



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN CLINICA  
CENTENARIO PERUANO JAPONESA Y CENTRO DE SALUD  
SANTIAGO DE SURCO, EN LIMA-PERÚ, PERIODO 2020-2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

DANIELA CARBONE BEGUELIN

ASESORA

DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON

LIMA, PERÚ

2021



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN CLINICA  
CENTENARIO PERUANO JAPONESA Y CENTRO DE SALUD  
SANTIAGO DE SURCO, EN LIMA-PERÚ, PERIODO 2020-2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
DANIELA CARBONE BEGUELIN**

**ASESORA  
DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON**

**LIMA, PERÚ  
2021**

## **JURADO**

**Presidente:** Mg. Carmen Layten Villanueva

**Miembro:** Mg. Gustavo Tagle Carbajal

**Miembro:** M.E. Andrea Lui Lam Postigo

## **DEDICATORIA**

Dedicado a mi madre, que nunca dejó que me rindiera.

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por haberme acompañado en cada paso de mi trayectoria universitaria.

Agradecer también a mi casa de estudios, la Universidad San Martín de Porres, que me abrió las puertas y me brindó todas las herramientas necesarias para convertirme en la gran profesional que aspiro ser.

A cada maestro, tutor, médico y personal de la salud que compartió su conocimiento desinteresadamente.

A mi familia y amigos, por tener las palabras precisas de aliento y creer en mi potencial. Sin ellos nada de esto sería posible.

Y por último y no por ello menos importante a mis abuelas que nunca perdieron la fe en mí y se mantuvieron firmes y dispuestas a sostenerme cuando más lo necesitaba.

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimiento</b>	iv
<b>Índice</b>	v
<b>Resumen</b>	vi
<b>Abstract</b>	vii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	viii
<b>CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
1.1. Medicina interna	2
1.2. Cirugía general	3
1.3. Pediatría	3
1.4. Ginecología y obstetricia	4
<b>CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	6
<b>CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	10
<b>CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	22
<b>CONCLUSIONES</b>	24
<b>RECOMENDACIONES</b>	25
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	26

## RESUMEN

El internado comenzó bajo condiciones regulares y en una segunda etapa se desarrolló dentro del marco de una pandemia. Este evento ha marcado la vida de todos en el mundo sin excepción, develando en nuestro país las carencias de nuestro sistema de salud.

En este trabajo se encuentran algunos de los casos clínicos que el interno presenció y su manejo respectivo basado en guías nacionales, internacionales, artículos científicos y recursos basados en evidencia como UpToDate.

En este informe en particular, se mostrará el manejo de ocho patologías, es decir, dos de cada especialidad en la que el interno tuvo la oportunidad de rotar. Las patologías seleccionadas fueron: celulitis, dislipidemia, hemorroides trombosadas, colecistitis aguda, enfermedad diarreica aguda en pediatría, dermatitis del pañal, preeclampsia severa, y, por último, infección del tracto urinario en gestantes.

Finalmente, se describen las instituciones donde se llevó a cabo el internado, el trabajo aprendido y vivido de manera teórica y práctica.

Resume cómo se inició en el 2020 en el contexto pre-pandemia y cómo terminó en medio de una realidad nunca imaginada, llena de retos y dificultades, pero que finalmente, hizo que esta experiencia sea mucho más potente y enriquecedora.

## **ABSTRACT**

The medical internship started under regular conditions, and, in a second phase, it developed within the framework of a pandemic. This event has impacted the lives of everyone in the world without exception, unveiling the flaws of our healthcare system.

This work will present some of the clinical cases that the intern witnessed and their respective management based on national and international guides, scientific papers, and evidence-based resources such as UpToDate.

This work will also show the medical management of eight pathologies; two for each of the areas in which the intern rotated. The selected pathologies were: cellulitis, dislipidemia, thrombosed hemorrhoids, acute colecystitis, acute diarrheic illness in pediatrics, diaper dermatitis, severe preeclampsia, and urinary tract infection in pregnancy.

Finally, the healthcare institutions in which the internship took place, the learned and lived work in a theoretical and practical way, are described.

The work summarizes how the internship began in 2020 in a pre-pandemic context and how it ended in the midst of a never imagined reality, full of challenges and difficulties, but which finally made the whole experience much more powerful and enriching.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo describe en forma sucinta la experiencia del internado médico antes y durante el desarrollo de la Pandemia del COVID-19 que le tocó completar como parte de los estudios para graduarse como médico-cirujano a los internos actuales. Iniciándose en un establecimiento de categoría III-1 del sector privado, y culminándolo en uno de primer nivel de atención, categoría I-3, perteneciente al Ministerio de Salud.

Esta pandemia de alcance mundial, que se presentó como una situación sui generis en nuestro país, afectó inicialmente de forma significativa los estudios prácticos que estaban llevando todos los estudiantes de la carrera de medicina. Sin embargo, a través de estrictos protocolos preventivos, pero por, sobre todo, las ansias de batallar en conjunto y sumarnos a los esfuerzos de la lucha contra el COVID-19, la comunidad médica encontró los mecanismos para que los estudiantes puedan sumarse en esta batalla.

Actualmente en el Perú se han confirmado aproximadamente 1 659 707 casos, de los cuales 1 584 425 han sido dados de alta y aproximadamente 15 mil están hospitalizados aún. Han fallecido alrededor de 55 489 personas.

En definitiva, los internos del año 2020-2021 han vivido una experiencia única, que no solo ha afianzado los conocimientos teórico- prácticos, si no que ha fortalecido la vocación de servicio de éstos. Y hoy más que nunca no deben tener dudas acerca de la profesión que cada uno de ellos ha elegido para ejercer por el resto de sus vidas.

## **CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El internado médico es el periodo que corresponde a las prácticas preprofesionales del último año de los estudios de pregrado, desarrolladas bajo la modalidad de docencia en servicio, con estricta tutoría de la universidad. Es decir, los internos de medicina se desempeñan en centros de salud, en su mayoría Hospitales del MINSA, EsSalud, fuerzas armadas y también en el ámbito privado, en clínicas que ejerzan la labor de docencia. En este periodo de tiempo, los futuros profesionales de la salud fusionan sus conocimientos teóricos y prácticos como una unidad, teniendo a la vez la oportunidad de tener un estrecho contacto con pacientes, poniendo en práctica bajo la supervisión de los médicos asistentes y/o residentes los conocimientos adquiridos durante los años de formación, complementándolos con el conocimiento que le brindan los médicos con mayor experiencia. En el contexto pre-pandemia, los internos tienen obligaciones que cumplir, entre las cuales podemos mencionar el colaborar con el personal médico, elaborar historias clínicas de los pacientes que se hospitalizan, así como las historias ambulatorias que se les asigne.

Asimismo, se encargan de escribir las notas de evaluación diaria de cada paciente y deben apoyar en los procedimientos o prescripciones que el médico encargado les solicite.

Por último, pero no menos importante, durante el internado se afianza la adquisición de valores éticos y nuevos conocimientos acerca de la relación médico-paciente. Se entiende finalmente que esta debe ser siempre una profesión de servicio y ser conscientes de la responsabilidad que esta conlleva, por lo que los médicos se deben a sus pacientes y no de forma inversa.

Durante este año el interno logra ver diversas patologías en las distintas rotaciones que debe llevar a cabo. A continuación, se presentan algunos casos clínicos:

## **1.1. Medicina interna**

### **1.1.1. Celulitis de miembro inferior**

Paciente mujer de 92 años con antecedente de hipertensión arterial y gastritis controladas, refiere un tiempo de enfermedad de aproximadamente 4 días. Es traída por familiar por presentar dolor en miembro inferior izquierdo al deambular. Hace 3 días lo nota edematoso y dolor persiste, pero cede a la ingesta de paracetamol. Actualmente el cuadro persiste y se le agrega eritema, por lo que deciden traerla a emergencia para manejo correspondiente. Al examen físico paciente se encuentra febril (38.1°C), al examinar las extremidades, paciente puede movilizar las 4 extremidades, se aprecia miembro inferior izquierdo edematoso, eritematoso, y doloroso a la palpación. La fuerza y la sensibilidad se encontraron conservadas. Paciente es diagnosticada con celulitis de miembro inferior izquierdo, y se decide hospitalizarla para tratamiento.

### **1.1.2. Dislipidemia**

Paciente mujer de 53 años, sin antecedentes de importancia. Acude a consulta de medicina interna en el Centro de Salud por presentar mareos, y cefalea holocraneal de intensidad 5 de 10. Paciente además refiere llevar una vida sedentaria y una dieta no balanceada. Mide 1.60 y pesa 91kg (IMC: 35.5). Se le realizan exámenes de laboratorio y se obtienen los siguientes resultados patológicos: Colesterol total 330 mg/dl, triglicéridos 300 mg/dl. Se le diagnostica con dislipidemia y obesidad grado II, por lo que se le da tratamiento con atorvastatina de 40 mg 1 vez por día, y se le solicita que regrese a consulta al mes siguiente. Además, se la refiere al servicio de nutrición para que le proporcionen un régimen dietético adecuado y a psicología pues la paciente se muestra bastante ansiosa.

## **1.2. Cirugía general**

### **1.2.1. Hemorroides trombosadas**

Paciente mujer de 32 años con antecedente de estreñimiento crónico y un tiempo de enfermedad de 14 horas aproximadamente, acude a emergencias por presentar dolor de intensidad 8 de 10 en región anal, acompañado de ardor e imposibilidad para sentarse. Además, refiere haber palpado 2 tumoraciones en dicha región. Al examen físico de recto y ano se encuentran 2 paquetes hemorroidales de color violáceo, aumentados de tamaño y dolorosos a la palpación, por lo que es ingresada con el diagnóstico de hemorroides trombosadas y se programa cirugía.

### **1.2.2. Colecistitis aguda**

Paciente mujer de 31 años sin antecedentes de importancia, acude a emergencias por presentar dolor en hipocondrio derecho y en epigastrio. Refiere un tiempo de enfermedad de 12 horas aproximadamente. El dolor se caracteriza por ser de tipo punzada en hipocondrio derecho, y de tipo urente en epigastrio, acompañado de náuseas. Niega vómitos. Se automedica (no indica que fármaco utilizó), pero dolor persiste.

Al examen físico se encuentra febril (38.3°) y se describe un abdomen blando, depresible, con ruidos hidroaéreos presentes. Dolor leve a la palpación en epigastrio, y signo de Murphy (+). El resto del examen físico es normal. Se propone como diagnóstico probable colecistitis aguda y médico emergencista se comunica con médico cirujano general para ampliar la evaluación y una mejor toma de decisiones.

## **1.3. Pediatría**

### **1.3.1. Enfermedad diarreica aguda**

Paciente mujer lactante de 4 meses, acude a emergencias traída por su madre, quien refiere que hace 2 días nota disminución del apetito en su hija y

horas después inicia cuadro de deposiciones líquidas (10 a 12 cámaras aproximadamente) sin moco, sin sangre, acompañado de vómitos de contenido alimentario en 2 oportunidades. Al examen físico resalta que la menor se encuentra febril (no especifican cuanto), presenta mucosas muy secas, no presenta lágrimas y se encuentra irritable. Resto del examen físico dentro de los parámetros normales. Se le diagnostica como enfermedad diarreica aguda y es manejado por el especialista.

### 1.3.2. Dermatitis del pañal

Paciente masculino lactante de 6 meses de edad con un tiempo de enfermedad aproximado de 2 días, es traído al centro de salud por su madre pues ésta refiere que su menor hijo presenta eritema en zona genital, específicamente en zona del pañal. Al examen físico, el paciente se muestra irritable, y se evidencian placas eritematosas en zona genital dolorosas, y enrojecimiento en las ingles. Además, se pueden apreciar lesiones erosivas. Resto del examen dentro de los parámetros normales. Médico diagnostica dermatitis del pañal, y el paciente recibe el tratamiento correspondiente, el cual será detallado en un capítulo posterior.

## 1.4. Ginecología y obstetricia

### 1.4.1 Preeclampsia

Paciente gestante de 30 años de edad, sin antecedentes de importancia. Cuya edad gestacional es 38 semanas 3 días por fecha de última menstruación acude a clínica refiriendo que al despertar presenta cuadro de cefalea de intensidad 8 de 10, escotomas, náuseas sin vómitos y edema de miembros inferiores. Al examen físico se aprecia edema de miembros inferiores (++/+++), y movimientos fetales disminuidos. Resto del examen no contributivo. Se mide la presión arterial de la paciente encontrándose una presión de 160/115mmHg. Se realiza el diagnóstico de preeclampsia severa en el centro de salud y se lleva a cabo el protocolo que debe hacerse en casos como estos, que será explicado posteriormente. Se realiza referencia a

Hospital María Auxiliadora.

#### 1.4.2. Infección del tracto urinario en gestante

Paciente mujer de 25 años, primigesta de 27 semanas por fecha de última menstruación, sin antecedentes de importancia. Acude al centro de salud a su control prenatal y refiere tener "molestias al orinar" hace aproximadamente 2 semanas. Niega fiebre. Al examen PPL (-). Se le solicita un examen completo de orina donde se evidencia 10-15 leucocitos por campo, 3 hematíes por campo, nitritos (+), gérmenes (+). Pasa por consultorio donde se le realiza el diagnóstico de infección del tracto urinario y se prescribe Cefalexina 500mg cada 6 horas por 7 días y se le indica que debe volver al culminar con el tratamiento para reevaluarla.

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

La primera rotación fue llevada a cabo en la Clínica Centenario Peruano Japonesa, entre los meses de enero y marzo del 2020. Es una institución de salud privada, ubicada en el distrito de Pueblo Libre, en la ciudad de Lima. Pertenece a la categoría III-1, lo que significa que este establecimiento está en la capacidad de otorgar servicios con atención integral emergencia, ambulatoria, y hospitalaria altamente especializada en daños de alta complejidad.

Se inició su construcción en el año 2000. Como misión tiene como objetivo ofrecer una atención de gran calidad diferenciada, con un trato responsable y humanitario; ofreciendo una estructura moderna con maquinaria de avanzada. Como visión, busca ser una entidad modelo en asistencia médica, con pacientes satisfechos por la atención ofrecida con calidad y calidez, posesionándose como un buen referente entre los centros de salud sin fines de lucro.

Actualmente cuenta con más de 40 especialidades, servicios de laboratorio, de imágenes, de medicina física y rehabilitación, unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados intermedios, centro obstétrico, y un centro quirúrgico equipado para realizar cirugías tanto ambulatorias como de alta complejidad (1).

Durante dicho periodo de rotación, una nueva patología surgía mundialmente. El SARS-CoV-2 (síndrome respiratorio agudo grave de coronavirus 2), éste

es el causante de la COVID 19, llamada así por la Organización Mundial de la Salud. Convirtiéndose rápidamente en una pandemia, es decir, un problema de salud global (2).

El 6 de marzo del 2020, se anuncia a nivel nacional, el primer caso de la COVID 19. Y el 16 de marzo se inició una larga cuarentena y se declara el estado de emergencia nacional. Por lo tanto, los internos fueron retirados de sus sedes. A los tres días posteriores del inicio de la cuarentena se anuncian las primeras 3 muertes a causa de este virus, las cuales tenían en común que los pacientes habían estado en Europa días antes. A partir de ese momento, las cifras aumentaron exponencialmente.

En el mes de agosto del mismo año, se publica el documento técnico con los 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. Éste se crea debido a que una de las muchas carencias develadas en esta emergencia sanitaria fue la falta de recursos humanos, es por eso, que en este documento se plasman las condiciones para que de forma voluntaria el estudiante opte por reanudar o no su internado. Se propone que los estudiantes retornen a establecimientos de primer nivel de atención, los cuales habían sido descuidados por la coyuntura nacional. Se les otorga nuevas condiciones para sus prácticas pre profesionales tales como: contratación por parte del estado, seguro de salud, seguro de vida, y un estipendio mensual mientras dure el Estado de Emergencia Nacional.

En ese contexto, el 7 de noviembre se retorna al internado. Esta vez, en el Centro de Salud Santiago de Surco que pertenece al Ministerio de Salud, a la Diris Lima Sur, RIS Barranco-Chorrillos-Surco, el cual fue creado según resolución el 09 de marzo de 1961. Está ubicado en el distrito de Santiago de Surco, distrito en el cual se pueden encontrar un Centro de Salud y cinco Puestos de Salud. En el 2016 este distrito representaba el 3.5% de la población de la provincia de Lima y el 50.8% a nivel de distritos de red Barranco-Chorrillos-Surco.

Tiene categoría I-3, es decir, corresponde a un Centro de Salud sin

internamiento con atención de 12 horas al día. Es el tipo de categoría responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, otorgando atención médica ambulatoria con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños y recuperación de problemas de salud más frecuentes a través de las unidades productoras de servicios básicos de salud de complejidad inmediata superior al puesto de salud.

Particularmente el Centro de salud Santiago de Surco tiene como misión la prevención a través de la vacunación con efectividad y equidad. La protección efectiva de las enfermedades inmunoprevenibles de todas las personas priorizadas en el Esquema Nacional de Vacunación dándole prioridad a los menores de 5 años y mujeres gestantes; basada en principios de universalidad, equidad y solidaridad con un enfoque de derecho a la salud e interculturalidad y la activa participación ciudadana. Y como visión, brindar inmunizaciones con calidez y calidad para todos. Inmunizaciones con cobertura por encima del 95% para todas las vacunas del Esquema Nacional de Vacunación, además de contar con infraestructura apropiada para la provisión del servicio de vacunación y la sostenibilidad operativa necesaria para garantizar la protección efectiva de todas las familias.

Cuenta con tres pisos: en el primero se encuentra la zona de triaje, dos consultorios para la atención de pacientes COVID, el tóxico, el laboratorio y el servicio de farmacia; en el segundo piso, se encuentran los consultorios de medicina interna y obstetricia, también se puede encontrar la oficina de asistencia social; y finalmente, en el tercer piso se encuentra el servicio de nutrición, psicología, odontología y vacunación.

En cuanto al sistema de referencias, éstas se realizan de la siguiente manera: en el caso de medicina interna, los pacientes son referidos en su mayoría al Hospital María Auxiliadora, el cual tiene categoría III-1.

Las pacientes gestantes son referidas para el parto institucional dependiendo de su condición. Se les realiza una prueba molecular para COVID 19, si ésta sale negativa, son referidas también al Hospital María Auxiliadora, de lo contrario, si la prueba resulta positiva, se las refiere al Hospital de Emergencias de Villa El Salvador.

En casos puntuales, por ejemplo, pacientes con alguna patología psiquiátrica, son referidos al Centro de Salud Mental Comunitario de Barranco.

Se decide referir a los pacientes que no pueden ser atendidos correctamente por presentar patologías complejas, que deben ser monitoreadas por médicos especialistas.

Debido a la coyuntura se realizan teleconsultas, en las cuales un médico del centro de Salud se comunica con el especialista del hospital, y éste decide si el caso presentado requiere que el paciente sea atendido de manera presencial, de caso contrario, el especialista deja algunas especificaciones que son informadas al paciente para complementar su tratamiento.

Se procura no referir a pacientes para cirugías electivas pues en su mayoría, estas referencias son rechazadas por la situación actual de pandemia que está atravesando el país.

### **CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL**

A continuación, se explicará detalladamente el manejo de cada caso clínico mencionado en el capítulo I del presente informe:

En el caso clínico 1.1 se plantea un diagnóstico de celulitis en miembro inferior izquierdo. Para poder entender mejor lo que esto significa se debe conocer que la celulitis es un proceso agudo inflamatorio de origen infeccioso que afecta a la dermis profunda y al tejido celular subcutáneo. El área afectada presenta signos flogóticos, con un límite mal definido respecto de la piel sana circundante.

Afecta en su mayoría a pacientes pertenecientes a la sexta década de la vida y se da principalmente en miembros inferiores.

No suelen hospitalizarse, sin embargo, existen criterios para determinar si un paciente debe ser ingresado o no: paciente en mal estado general, fiebre, compromiso de estructuras vitales, gran extensión, sospecha de complicación, patología de base, ausencia de mejoría a pesar de antibioticoterapia durante 3 o más días.

Por lo tanto, el paciente presentado en el caso clínico 1.1 fue correctamente hospitalizado pues se encontraba febril, y podía complicarse por su edad y las comorbilidades que presentaba.

Es importante recalcar que no existe un consenso sobre la terapia antibiótica empírica a utilizar, a pesar de eso, a continuación, se presentará un posible esquema para el correcto manejo de este caso en específico (3).

Los pacientes con celulitis no purulenta deben tratarse con terapia empírica para la infección por estreptococos beta-hemolíticos y Staphylococcus

aureus sensible a meticilina (MSSA). Las opciones comunes son cefazolina para terapia intravenosa y cefalexina para terapia oral.

En este paciente específicamente, se preferiría la terapia endovenosa ya que estará hospitalizado. Es así que utilizaríamos Cefazolina 1 a 2 g endovenoso cada 8 horas.

La duración de la terapia debe individualizarse según la respuesta clínica. En general, cinco días de terapia son apropiados para pacientes con celulitis no complicada cuya infección ha mejorado dentro de este período de tiempo. La extensión de la terapia con antibióticos (hasta 14 días) puede estar justificada en el contexto de una infección grave, respuesta lenta a la terapia o inmunosupresión.

Los pacientes con celulitis suelen tener una mejoría sintomática dentro de las 24 a 48 horas posteriores al inicio del tratamiento antimicrobiano, aunque la mejoría visible de las manifestaciones clínicas en los casos más graves puede tardar hasta 72 horas (4).

Con respecto al caso 1.2 se debe tener conocimiento que la dislipidemia es la elevación de las concentraciones plasmáticas de colesterol, triglicéridos o ambos, o una disminución del nivel de colesterol de tipo HDL que contribuyen al desarrollo posterior de aterosclerosis.

Pueden ser de origen primario (genéticas) o secundario (ésta probablemente sea la causa en el caso clínico presentado).

El diagnóstico se basa en la medición de las concentraciones plasmáticas de colesterol total, triglicéridos y lipoproteínas individuales. Y el tratamiento comprende cambios dietéticos, ejercicio y fármacos hipolipemiantes.

Los valores anormales para una o más pruebas de lípidos en sangre son muy frecuentes. Según las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 40% de las personas en todo el mundo tienen niveles elevados de colesterol total, mientras que alrededor del 50% tienen niveles elevados en Europa y las Américas (5).

Para el tratamiento farmacológico en adultos, en el 2018, la AHA publicó las directrices para el control de colesterol en sangre y recomienda el

tratamiento con una estatina para los siguientes grupos de pacientes, que tengan algunas de las siguientes condiciones:

Riesgo de enfermedad cardiovascular arterioesclerótica, colesterol LDL mayor o igual a 190 mg/dl (mayor o igual a 4,9 mmol/L), y tener entre 40 y 75 años con diabetes y colesterol LDL entre 70 y 189 mg/dL (1,8 a 4,9 mmol/L).

Las estatinas son el tratamiento de elección para reducir el colesterol LDL, ya que se ha demostrado su capacidad para disminuir la tasa de mortalidad y morbilidad por trastornos cardiovasculares. Estos fármacos tienen como mecanismo de acción inhibir a la hidroximetilglutaril CoA reductasa, una enzima clave en la síntesis del colesterol, lo que lleva al aumento del número de receptores para LDL y promueve su eliminación. Estos disminuyen hasta 60% la concentración de colesterol LDL y generan pequeños incrementos en las concentraciones de colesterol HDL, con descenso moderado de la concentración de triglicéridos. Además, parecen disminuir la inflamación intraarterial o la inflamación sistémica al estimular la producción endotelial de óxido nítrico y pueden ejercer otros efectos beneficiosos (6).

La farmacoterapia inicial consta de dosis estándar de una estatina (como se comentó en el caso clínico 1.2, donde se le prescribió al paciente Atorvastatina de 40 mg cada 24 horas) para reducir las concentraciones de LDL en por lo menos 30 a 40%. En pacientes en riesgo alto, para alcanzar un LDL < 70 mg/dL se requiere frecuentemente una reducción  $\geq 50\%$ . Si las concentraciones de C-LDL después de seis semanas permanecen por encima de las metas, se deben plantear las siguientes alternativas: Como primera medida, intensificar el tratamiento con estatinas. Luego, considerar intensificar el tratamiento con dieta, agregando fitoesteroles/fitoestanoles 2 g/día y aumentar el consumo de fibra soluble a 10-25 g/día. Además se plantea como opción, agregar ezetimiba o niacina. Se debe recalcar que si están presentes triglicéridos altos o HDL bajo, se puede agregar niacina, un fibrato o aceite de pescado en presentaciones farmacéuticas a dosis elevadas. Finalmente, si el LDL ha disminuido en 30 a 40% y se encuentra cerca de la meta, se debe considerar mantener la dosis actual de la estatina (7).

Por último, es importante nombrar las metas y objetivos para la prevención de la enfermedad cardiovascular: Evitar el tabaco en su totalidad, llevar una dieta baja en grasas saturadas enfocada en granos integrales, vegetales, frutas, pescado. Realizar actividad física 30 a 60 minutos la mayoría de los días de la semana, mantener un IMC entre 20-25 y un perímetro abdominal menor de 94cm en varones y menor a 80 en mujeres. Mantener una presión arterial menor de 140/90 mmHg. Un LDL menor a 70 mg/dl, en cuanto a los triglicéridos, se recomienda mantenerlos en un valor menor a 150 mg/dl. Y en caso de diabetes mantener una hemoglobina glicosilada menor a 7% (8).

En el caso 2.1 se presenta un caso de una paciente con hemorroides trombosadas, la información resaltante y el manejo se detallan a continuación: Las hemorroides son estructuras vasculares normales en el canal anal. Las externas están distales a la línea dentada y las internas, proximales a la línea dentada. Existe una clasificación para las hemorroides que se puede resumir de la siguiente manera: Las de grado I, son aquellas que no prolapsan. Las de grado II, prolapsan, pero se reducen espontáneamente. El grado III, prolapsan y se debe hacer una reducción manual. Y finalmente, las de grado IV, prolapsan y no pueden reducirse y son las que corren más peligro de estrangularse (9).

La cirugía (hemorroidectomía) está indicada en hemorroides complicadas (encarceladas o estranguladas), que se hayan trombosado, que no puedan reducirse manualmente, que ocasionen mucha sintomatología o, en pacientes que tienen una condición anorrectal concomitante que requiera cirugía.

La escisión de hemorroides externas (trombosadas o sintomáticas) se puede realizar en el quirófano, la sala de emergencias o en un consultorio debidamente equipado.

La piel que recubre la hemorroide se prepara con una solución de povidona yodada y se infiltra anestesia local en la piel en la base y que recubre el área de escisión alrededor de la hemorroide. También se puede realizar un bloqueo anal suplementario, además de esta infiltración.

La escisión de una hemorroide trombosada se realiza haciendo una incisión elíptica en la piel que recubre la hemorroide. La trombosis y el tejido edematoso resultante crean un plano fácilmente identificable para la disección. La incisión se realiza alrededor de la hemorroide y se disecciona con cuidado de las fibras superficiales del esfínter anal, asegurándose de evitar lesiones. Se puede realizar con un bisturí, tijeras o un electrocauterio, según la preferencia del cirujano. Los bordes de la piel pueden dejarse abiertos y permitir que drene o reaproximarse con suturas absorbibles. Se puede aplicar una pomada antibiótica tópica a la herida; sin embargo, esto no es necesario, ya que la infección es rara en este sitio bien vascularizado.

Después de la extirpación de una hemorroide externa, el área anal se cubre con un vendaje para proteger la ropa de la suciedad.

El dolor que sigue a una hemorroidectomía le ocurre a casi el 100% de pacientes y se debe probablemente a un espasmo del esfínter interno. La infiltración anestésica perianal en el momento de la hemorroidectomía es importante para reducir el dolor posoperatorio.

El tratamiento farmacológico inicial para controlar el dolor posoperatorio consiste en analgésicos orales, como AINES y/o paracetamol. Se pueden administrar opioides si el dolor no está bien controlado, pero pueden inducir estreñimiento y posiblemente empeorar el dolor. También es importante los primeros días hacer baños de asiento con agua tibia para disminuir la sensación de opresión por el procedimiento, y una dieta altamente rica en fibra para evitar el estreñimiento (10).

Con respecto al caso clínico 2.2 se plantea como diagnóstico colecistitis aguda. Ésta se caracteriza por la presencia de fiebre, dolor en hipocondrio derecho o en epigastrio y leucocitosis. Si bien la clínica y los exámenes de laboratorio son importantes, estos no son suficientes para establecer un diagnóstico. Se necesita un estudio de imagen, y en definitiva, la más indicada es una ecografía abdominal. En esta se podrá visualizar el engrosamiento de la pared de la vesícula biliar (mayor a 4-5mm), y comúnmente, la presencia de cálculos. También se puede apreciar en algunas ocasiones, edema de

pared, que se traduce como el "signo de la doble pared". Además, es útil para el diagnóstico el "signo de Murphy ecográfico" que se da durante la palpación abdominal con el transductor ecográfico (11).

Lo primero que se debe hacer con un paciente que presenta un cuadro de este tipo incluye reposo intestinal, hidratación intravenosa, corrección de alteraciones electrolíticas, analgesia y antibióticos intravenosos. Esto se conseguirá mediante la utilización de analgésicos de tipo AINES u opiáceos. Se prefiere el ketorolaco para el cólico biliar, éste suele aliviar el dolor a los 20-30 minutos de haber sido administrado. Los opiáceos como la morfina están indicados en pacientes que tienen contraindicación para los AINES. El dolor a pesar de los analgésicos indica una progresión de la enfermedad, por lo que puede requerir cirugía o drenaje de la vesícula en pacientes de alto riesgo.

En segundo lugar, en algunos casos los médicos responsables, prefieren el uso de antibióticos, a pesar de que éste es un proceso inflamatorio, se puede producir una infección secundaria a la obstrucción del conducto cístico y la estasis biliar. Según UpToDate, se recomienda administrar antibióticos de forma rutinaria a todos los pacientes que han sido diagnosticados con colecistitis aguda hasta que se pueda realizar la colecistectomía o hasta que la colecistitis se resuelve clínicamente. La terapia antibiótica utilizada es una cefalosporina de segunda generación combinada con una quinolona o metronidazol o, de caso contrario, una cefalosporina de tercera generación con un buen espectro contra anaerobios. En casos muy leves se menciona que se podría omitir la administración de antibióticos.

La paciente presentada en el caso clínico, se considera paciente de bajo riesgo pues tiene 31 años y no tiene antecedentes de importancia, es así, que lo recomendable es realizar una colecistectomía laparoscópica temprana. La colecistectomía laparoscópica debe realizarse en las primeras 24 a 72 horas después de realizarse el diagnóstico. Ésta es más fácil de realizar ya que la inflamación local aumenta después de 72 horas desde el inicio de los síntomas, lo que hace que la disección sea menos precisa, aumenta la gravedad de las complicaciones quirúrgicas y aumenta la probabilidad de conversión abierta.

Cuando los pacientes consultan en una fase tardía, después de 3 o 4 días de

presentarse la patología o por alguna razón no son aptos para realizar la cirugía, se indican antibióticos y se les programa para la colecistectomía aproximadamente dos meses después.

La colecistectomía percutánea se realiza bajo anestesia local con guía radiológica y se utiliza en pacientes que presentan sepsis severas y en los casos donde el tratamiento conservador falla, especialmente en pacientes que no son candidatos a la cirugía (12).

En el caso 3.1 se habla de enfermedad diarreica aguda en pediatría, que se caracteriza por la disminución de la consistencia y el aumento de la frecuencia habitual de las deposiciones, generalmente más de 3 en 24 horas, que puede ir acompañado de vómito y/o fiebre. Los lactantes menores de 6 meses pueden realizar deposiciones con mayor frecuencia, sin embargo, si éstas se incrementan sería pertinente considerar el diagnóstico antes mencionado. Al parecer esta se trataría de una diarrea acuosa, no se clasificaría como disentérica ya que no presenta ni sangre, ni moco. Otro punto importante a tomar en cuenta en este caso clínico es la deshidratación, que a pesar de que no fue incluida como parte del diagnóstico, se refiere que el menor presenta mucosas secas y se encuentra irritable. Los patógenos más comunes en la edad de la paciente son los virus, a la cabeza, rotavirus.

Lo primero que se debe hacer es evaluar el estado de hidratación, para luego iniciar el plan A, B, o C. Para evaluar esto, se tendrán en cuenta los siguientes signos y síntomas: estado de conciencia, ojos, boca y lengua, lagrimas, sed, y signo del pliegue. Importante recalcar que el estado de conciencia, la sed y el signo del pliegue son considerados "signos clave" de deshidratación.

El paciente, al presentar irritabilidad, ausencia de lágrimas y mucosas secas, presentaría una deshidratación grave (2 o más signos incluyendo por lo menos un signo clave), y le correspondería el plan C. Se debe actuar inmediatamente.

El manejo es institucional, por un pediatra o un médico general acompañado de una enfermera que esté capacitada. Se inicia con solución polielectrolítica, si no dispone de esta solución puede usar cloruro de sodio al 0.9% o lactato

de ringer. Se debe administrar 100mg/kg de solución polielectrolítica o cualquiera de las otras antes mencionadas de la siguiente manera: si es un lactante menor de 12 meses (como en el caso clínico presentado), se administra 30mg/kg en una hora y luego 70 mg/kg en 5 horas. Si el caso hubiese sido de un paciente mayor de 12 meses, se hubiese tenido que administrar 30mg/kg en 30 minutos, y 70mg/kg en 2 horas y media.

Se debe evaluar al paciente al menos cada hora, para ver cómo va evolucionando. Apenas el niño pueda beber, se debe administrar SRO (de osmolaridad reducida: 75 mmol/L de sodio) o 5-10mg/kg/hora, mientras continúan los líquidos endovenosos, y es importante continuar la lactancia materna si el menor lo tolera.

Al completar la terapia endovenosa, reevaluar al paciente para decidir su posterior manejo, y a que nuevo plan se adecuaría.

En la fase de mantenimiento, que se inicia cuando el menor ya está hidratado, éste debe empezar a recibir alimentos y SRO para mantenerse hidratado hasta que el cuadro de diarrea culmine. Idealmente se debe tomar SRO luego de cada deposición, y debe alternarse con la ingesta de otros líquidos.

Antes del alta el paciente debe permanecer en el establecimiento por lo menos 6 horas para observarlo y asegurarse que madre o familiar podrá hacerse cargo posteriormente.

El paciente no deberá recibir complementariamente sulfato de zinc, ya que está indicado en pacientes a partir de los 6 meses (13).

En el caso clínico 3.2 se plantea como diagnóstico dermatitis del pañal, lo más resaltante respecto a esta patología se mencionará a continuación:

La dermatitis del pañal ocurre generalmente por un mal cuidado la piel de esa zona. Se suele manifestar como un eritema que se inicia en las zonas de roce del pañal. Este eritema puede extenderse y producir erosiones e incluso lesiones pseudoverrucosas.

Se sobreinfecta con mucha facilidad, con mayor frecuencia por *Cándida Albicans* es por eso que debemos estar atentos a la evolución de estos

pacientes. Cuando éste se ha sobreinfectado con *Cándida* aparecerá un eritema marcado rojo violáceo, acompañado de pápulas y pústulas alrededor de la lesión inicial.

Se diagnostica clínicamente, pues no existe ninguna prueba diagnóstica hasta el momento.

Se recomienda airear la zona por lo menos 5 minutos en cada cambio de pañal, y cambiar éste cada 3-4 horas. Además, limpiar con agua tibia y una esponja suave. Y, por último, se recomienda usar pañales ultra absorbentes. En cuanto al manejo específico del caso expuesto, en primer lugar, se debe corregir la causa, es decir, si el lactante hubiera presentado diarrea, lo primero a corregir sería eso para que el cuadro de dermatitis no se agrave. Se puede clasificar este caso en particular como un caso leve, que no estaba sobreinfectado, es por eso que el manejo es únicamente airear la zona, cambiar de pañal con frecuencia y se puede agregar una pasta que contenga óxido de zinc cada vez que se cambie el pañal. Este caso se hubiese clasificado como moderado si el eritema hubiese sido generalizado, en esa situación hipotética, se añadiría un corticoide de baja potencia 2 veces al día. Y finalmente, si éste estuviera sobre infectado con *Cándida* se hubiese indicado lavar cuidadosamente con jabones antifúngicos (ketoconazol al 2%), y si no es suficiente aplicar una crema con corticoides de baja potencia, acompañado de antifúngicos (imidazoles), durante 4-5 días (14).

Con respecto al caso clínico 4.1, cuyo diagnóstico es preeclampsia severa se debe conocer los siguientes datos:

La preeclampsia se refiere a la nueva aparición de hipertensión (al menos dos tomas de presión con al menos 4 horas de diferencia donde se encuentre una presión sistólica mayor o igual a 140, o una presión diastólica mayor o igual a 90 mmHg) y proteinuria (mayor o igual a 0,3 g en 24 horas, o tira reactiva mayor o igual a 2+) o la nueva aparición de hipertensión y disfunción significativa de órganos diana con o sin proteinuria después de 20 semanas de gestación o posparto en una mujer previamente normotensa. Es importante señalar que aún se puede realizar el diagnóstico en ausencia de proteinuria si

la hipertensión de nueva aparición se acompaña de signos o síntomas específicos de disfunción significativa de órganos diana.

El diagnóstico de preeclampsia severa se realiza en el subconjunto de mujeres con preeclampsia que tienen hipertensión grave (presión arterial sistólica mayor o igual a 160, o presión arterial diastólica mayor o igual a 110 en dos ocasiones con al menos 4 horas de intervalo mientras paciente está en reposo) y / o signos o síntomas específicos de disfunción significativa de órganos diana como: síntomas de disfunción del sistema nervioso central (fotopsias, escotomas, y dolor de cabeza severo principalmente), anormalidad hepática (transaminasas séricas elevadas más de 2 veces el límite superior del rango normal, o dolor severo en cuadrante superior derecho persistente, o epigástrico), trombocitopenia (valor menor de 100 mil plaquetas/microL), y anormalidad renal (creatinina mayor a 1,1 mg/dl o una duplicación de la creatinina sérica en ausencia de otra enfermedad renal) (15).

El centro de salud de Surco al ser un Centro de salud I-3, siguió el siguiente protocolo para que la paciente sea inmediatamente referida:

En primer lugar, se coloca una vía endovenosa segura y se diluye 10 gramos de sulfato de magnesio (equivalente a 5 ampollas al 20%) en 1 litro de cloruro de sodio al 9%. Se debe pasar a chorro y mantener a 30 gotas por minuto hasta llegar al Hospital. Además, se debe colocar a la gestante una sonda Foley y la diuresis debe ser monitorizada.

Por otro lado, está indicado dar Labetalol de 200mg vía oral, cada 8 horas. De no ser posible o no contar con este fármaco, se puede utilizar Metildopa 1gr vía oral, cada 12 horas.

En caso la presión sistólica y/o diastólica se eleve en 30mmHg con respecto a la presión arterial inicial, o si se encuentra una presión mayor de 160/110mmHg, se debe administrar también Nifedipino 10mg vía oral cada 4 horas hasta mantener la presión diastólica en un rango de 90 a 100mmHg.

Por último, y de suma importancia, brindar oxigenoterapia a la paciente de ser necesario, y controlar las funciones vitales muy cuidadosamente, tanto de la paciente como del feto.

El manejo al llegar al Hospital de mayor capacidad resolutive debió centrarse en estabilizar a la gestante, pedir exámenes auxiliares y hacer pruebas cruzadas.

Decidir la mejor vía de culminación del embarazo. Si paciente ha convulsionado o tiene daño de órgano diana, se debe realizar inmediatamente una cesárea de urgencia. Si no convulsionó y no hay daño de órgano diana, se deben preguntar si el feto tiene la madurez pulmonar adecuada debido a la edad gestacional. Si por la edad gestacional, el pulmón del feto ya está maduro, terminar gestación por la mejor vía. Y si no está maduro, se debe madurar con Betametasona (12mg cada 24 horas, dos dosis) o Dexametasona (6mg cada 12 horas, 4 dosis), y a las 48 horas terminar la gestación (16).

En cuanto al manejo de la patología mencionada en el caso clínico 4.2 cuyo diagnóstico es una infección del tracto urinario en una gestante, es importante recalcar la siguiente información:

Debe sospecharse cistitis aguda en mujeres embarazadas que se quejan de disuria.

Los síntomas sistémicos, como fiebre y escalofríos, están ausentes en la cistitis simple.

El diagnóstico de cistitis aguda se confirma al encontrar crecimiento bacteriano en el cultivo de orina. Antes de confirmar el diagnóstico, el tratamiento empírico generalmente se inicia en un paciente con síntomas consistentes y piuria (más de 8 a 10 leucocitos por campo aproximadamente) en el análisis de orina.

El tratamiento antibiótico de la cistitis aguda en mujeres embarazadas es a menudo empírico, iniciado en el momento de quejas de disuria, y luego adaptado al patrón de susceptibilidad del organismo aislado vez que los cultivos de orina vuelvan.

Según literatura internacional, las opciones potenciales para la terapia empírica y dirigida incluyen betalactámicos, como la nitrofurantoína a 100mg por vía oral cada 12 horas durante 5 a 7 días, pero ésta debería ser evitada durante el primer trimestre.

Para la terapia empírica, se suele elegir entre cefpodoxima, amoxicilina-clavulánico y fosfomicina, dada su seguridad en el embarazo y el espectro de actividad algo más amplio en comparación con otros agentes (como amoxicilina o cefalexina).

La elección entre esta variedad de antibióticos debe ser individualizada en base a varios factores, incluidos los antecedentes de alergia del paciente, las guías de práctica nacionales, la prevalencia de la resistencia en la comunidad, la disponibilidad y el costo.

La duración óptima del tratamiento de la cistitis aguda durante el embarazo es incierta. Al igual que con la bacteriuria asintomática, se prefieren ciclos cortos de antibióticos para minimizar la exposición del feto a los antimicrobianos. Se trata la cistitis aguda con un ciclo de antibióticos de tres a siete días siempre que no haya síntomas que sugieran pielonefritis.

Una cultura de seguimiento debe ser obtenida como una prueba de curación. Por lo general, lo realizamos una semana después de completar la terapia (17).

En Perú, la infección urinaria en gestante es considerada como una infección urinaria complicada, es por eso que se recomienda un esquema de tratamiento más prolongado (7 a 10 días), a diferencia de la literatura internacional. El tratamiento empírico se basa en la sospecha del germen causal. Si se sospecha en bacterias productoras de BLEE se indicará nitrofurantoína (100mg cada 12 horas), fosfomicina (3g dosis única) o amoxicilina/ácido clavulánico (500mg/125mg cada 8 horas).

Mientras que si se no se sospecha de bacterias productoras de BLEE se podrá optar por nitrofurantoína, cefalexina (500mg cada 12 horas) o cefuroxima (500 mg cada 12 horas) (18).

## **CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

El internado médico inició el 1 de enero del año 2020. La primera rotación fue Ginecología y Obstetricia, la cual se desarrolló del 1 de enero al 15 de marzo, día en que los internos de medicina humana fueron retirados de sus sedes hospitalarias. Ésta primera rotación fue realizada en su mayoría en la Clínica Centenario Peruano Japonesa, en la que la labor principal del interno era realizar las historias clínicas al ingreso de la paciente, ya sea por emergencia, hospitalización, o programada para cirugía. Además, se debía realizar la evolución diaria de los pacientes hospitalizados, que, en esta rotación específica, eran en su mayoría puérperas post-cesareadas. El interno evaluaba diariamente la situación en la que se encontraba cada paciente. Otra de las labores específicas de esta rotación, era la asistencia a las cirugías, que incluían cesáreas, miomectomías, histerectomías laparoscópicas, entre otras.

Es importante recalcar que, debido al funcionamiento de la clínica, se realizaban guardias tanto diurnas como nocturnas de 12 horas. En las guardias nocturnas, se designaba un solo interno que se encargaba de la clínica en su totalidad, es decir, de realizar todas las historias clínicas de los pacientes adultos y pediátricos que ingresaban por el servicio de emergencia y que posteriormente serían hospitalizados. El interno solo realizaba la historia clínica del paciente que sería hospitalizado, de esa forma, al pasar visita el especialista tendría una idea clara del motivo de hospitalización y del estado de salud en el que se encontraba al ingreso. Durante las guardias los internos tenían la oportunidad de realizar gasometrías arteriales, retiro de catéter venoso central, retiro de sondas Foley, limpieza de heridas, drenaje de abscesos, y en limitadas ocasiones, suturas.

Dentro de esta rotación, el interno realizó 15 días de prácticas en la sala de

partos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Durante estos días, éste, acompañado por el médico residente, participó activamente en la atención de partos eutócicos y monitoreo a la gestante durante todo el proceso de trabajo de parto.

Durante los meses que los internos estuvieron fuera de sus sedes hospitalarias, se perdió la oportunidad de ver y manejar pacientes presencialmente, sin embargo, semanalmente y de manera virtual, se realizó resolución de casos clínicos con los especialistas, según la rotación correspondiente. Esto permitió que el interno pueda adquirir conocimientos importantes para la futura carrera médica que ejercerá.

El 7 de noviembre del año 2020 se inició el retorno a establecimientos de salud de primer nivel de atención.

Las 3 rotaciones restantes se hicieron en el centro de salud Santiago de Surco. En éste la dinámica de la labor del interno fue muy distinta a la primera rotación. Se atendieron a todos los pacientes que acudían diariamente al consultorio de medicina interna, dándoles tratamiento principalmente para patologías crónicas. En su mayoría eran pacientes conocidos por el establecimiento, que requerían pasar una consulta para recibir su medicamento mensualmente. También se tuvo la oportunidad de ver pacientes pediátricos, pues al no contar con un especialista en el centro, éstos también pasaban por consultorio de medicina interna. Se complementó el aprendizaje asistiendo al servicio de nutrición, donde principalmente se trató a niños con anemia, se prescribieron regímenes dietéticos a pacientes con dislipidemia, diabetes, sobrepeso, obesidad u otra patología que requiera un cambio de estilo de vida. Además, se asistió a campañas de vacunación cuando las vacunas contra el COVID 19 arribaron al país. Se realizaron charlas informativas sobre la importancia del lavado de manos, el uso de mascarilla, y los síntomas más comunes de esta enfermedad a padres de familia y niños de diferentes escuelas. También se aprendió el manejo del sistema de teleconsultas y referencias.

Durante esta etapa del internado se comprendió y presencié las carencias que existen en el sistema de salud, tanto de recurso humano como de recurso material, y se aprendió a trabajar con los recursos disponibles, de manera más eficiente y eficaz.

## CONCLUSIONES

- El internado es un proceso importante que debe vivir todo estudiante de medicina que aspire a convertirse en médico porque en él aprende a poner en práctica todos los conocimientos teóricos y prácticos recibidos durante su carrera además de desarrollar formas correctas de convivencia con los profesionales de la salud en general.
- En base a la convivencia el interno desarrolla admiración y respeto por sus superiores aprendiendo con humildad del que más sabe y entendiendo la gran responsabilidad que significa tener en sus manos la vida de cada uno de sus pacientes.
- El internado le sirve al interno para comprender el funcionamiento y la dinámica de los centros de salud, así como sensibilizarse con la realidad de lo que significa poner todo su conocimiento y destreza al servicio de sus pacientes para ayudarlos en su mejoría.
- Durante este proceso el interno se enfrenta a situaciones reales llegando a ser un pilar importante dentro de la estructura de un centro de salud por ser muchas veces el eslabón entre el paciente y el médico tratante.

## RECOMENDACIONES

- La medicina avanza presurosamente, pues lo que se conoce hoy sobre una enfermedad puede cambiar en años, meses, semanas o días. Un claro ejemplo es la variación en que se ha experimentado en cuanto al tratamiento del COVID-19 es sus distintas etapas de contagio. Es por esta razón, que el médico debe mantenerse actualizado de forma permanente y nunca pensar en que los conocimientos previamente adquiridos son suficientes.
- Hacer equipo con sus colegas y personal sanitario. Escuchar a los colegas con mayor experiencia y respetar las jerarquías. Aprender de los que más saben, asistir y enseñar a los que recién inician con la dedicación y empeño con la que a uno le enseñaron.
- Acatar estrictamente los protocolos y medidas preventivas de bioseguridad. Nunca debe ser un exceso el cuidarse asimismo para poder cuidar a otros.
- Poner todas las capacidades y conocimientos al servicio de los demás brindando ayuda, asistencia y en muchos casos soporte emocional a los pacientes.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Clínica Centenario Peruano Japonesa. Clínica Centenario Peruano Japonesa. [Online].; 2021 [Ninguno]. Available from: <https://www.clinicapj.org.pe/>.
2. Aquino Canchari CR, Ospina Meza RF. Estudiantes de medicina en tiempos de la COVID-19. Educ Med Super. 2020 junio; 34(2).
3. Perelló-Alzamora MR, Santos-Durán JC, Fernández-López. Celulitis moderada-grave que requiere ingreso hospitalario. Criterios de ingreso y antibioterapia empírica. Med Cutan Iber Lat Am. 2014; 42(1-3): p. 12-17.
4. Spelman D, Baddour L. UpToDate. [Online].; 2021. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-in-adults-treatment?search=celulitis&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H655500289](https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-in-adults-treatment?search=celulitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H655500289).
5. Vijan S. Screening for lipid disorders in adults. [Online].; 2021. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/screening-for-lipid-disorders-in-adults?search=dislipidemia&topicRef=7573&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/screening-for-lipid-disorders-in-adults?search=dislipidemia&topicRef=7573&source=see_link).
6. MSD. Dislipidemia. 2019 diciembre..
7. López MJ, Morales PK, Durán Fontes LR, Velasco González M, Ruiz Palacios y Santos GM, Arriola Peñalosa MA, et al. Guía de Tratamiento Farmacológico de Dislipidemias para el primer nivel de atención. Revista mexicana de Cardiología. 2013 diciembre; 24(Suplemento 1): p. S23-S37.
8. Rojas Pardo DA. Lo nuevo y mas importante de lasGuías 2019de la Sociedad Europea de cardiología para el manejo de las dislipidemias: La modificación de los lípidos para reducirriesgo cardiovascular. 2019 octubre 16..
9. Bleday R, Breed E. Hemorrhoids: Clinical manifestations and diagnosis.

- [Online].; 2020. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/hemorrhoids-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=hemorroides&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H2](https://www.uptodate.com/contents/hemorrhoids-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=hemorroides&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H2).
10. Rivadeneira DE, Steele SR. Surgical treatment of hemorrhoidal disease. [Online].; 2019. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/surgical-treatment-of-hemorrhoidal-disease?search=hemorroides&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=default&display\\_rank=3#H456751273](https://www.uptodate.com/contents/surgical-treatment-of-hemorrhoidal-disease?search=hemorroides&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H456751273).
  11. Zakko SF, Afdhal NH. Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis. [Online].; 2020. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis%20aguda&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H3828230108](https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H3828230108).
  12. Vollmer Jr. CM, Zakko SF, Afdhal NH. Treatment of acute calculous cholecystitis. [Online].; 2020. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=colecistitis%20aguda&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H1054419](https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=colecistitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H1054419).
  13. Ministerio de Salud de Perú. Guía Técnica: "Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño". 2017 septiembre 1..
  14. Pozo Román T. Dermatitis del pañal y trastornos relacionados. *Pediatr Integral*. 2016; XX(3): p. 151-158.
  15. August P, Sibai BM. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. [Online].; 2021. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?search=preeclampsia&sectionRank=1&usage\\_type=default&anchor=H14938176&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display\\_rank=1#H2242750405](https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?search=preeclampsia&sectionRank=1&usage_type=default&anchor=H14938176&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display_rank=1#H2242750405).

16. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de Preeclampsia y Eclampsia - Versión extensa -. 2017 junio..
17. Hooton TM, Gupta K. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. [Online].; 2019. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=urinary%20tract%20infection%20pregnancy&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H253488957](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=urinary%20tract%20infection%20pregnancy&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H253488957).
18. Ministerio de Salud de Perú. Guía de Práctica Clínica de Infección del Tracto Urinario (ITU). 2015 abril 9. Informe N° 001-2015-DME/HCH.