



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA LABORAL DEL INTERNADO MÉDICO EN ESTABLECIMIENTOS
DE SALUD DE LIMA EN LOS 3 NIVELES DE ATENCIÓN DURANTE EL PERIODO

2020- 2021

VERITAS
TESIS PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR
JUAN JESUS TARAMONA HOYOS

ASESOR

DR. EMILIO TEODORO GUIJA POMA

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 LABORAL DEL INTERNADO MÉDICO EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LIMA EN LOS 3
NIVELES DE ATENCIÓN DURANTE EL PERIODO 2020- 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL

TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

JUAN JESUS TARAMONA HOYOS

ASESOR

DR. EMILIO TEODORO GUIJA POMA

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. José Villarreal Palomino

Miembro: Dr. Manuel Neyra Sotelo

Miembro: M.E. Alberto Cárdenas Venturo

DEDICATORIA

A mis padres, Juan Taramona Guillén y Jessica Hoyos Quiroz, por su amor incondicional y por apoyarme en todo lo necesario para mi realización como persona y profesional, en valores y conocimientos. Los amo.

Juan Jesus Taramona Hoyos.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Medicina Interna	1
1.1.1 Aparato cardiovascular	2
1.1.2 Sistema endocrino	3
1.1.3 Enfermedades infecciosas	4
1.1.4 Salud Mental y psiquiatría	5
1.2 Rotación de Pediatría y Neonatología	5
1.3 Rotación de Cirugía General	9
1.4 Rotación de Ginecología y Obstetricia	11
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	13
2.1 Instituto Nacional de Salud del Niño- Breña	14
2.2 Instituto Nacional Materno Perinatal	14
2.3 Hospital Vitarte- MINSA	15
2.4 Centro de Salud Virgen del Carmen La Era- Ñaña	15
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	16
3.1 Rotación de Medicina Interna	16
3.2 Rotación de Pediatría y Neonatología	19
3.3 Rotación de Cirugía General	20
3.4 Rotación de Ginecología y Obstetricia	21
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	22
CONCLUSIONES	24
RECOMENDACIONES	25
FUENTES DE INFORMACIÓN	26

RESUMEN

Objetivo: Describir la trayectoria académica y experiencia laboral en el Internado Médico en tiempos de pandemia por SARS COV-2, en Establecimientos de Salud de Lima durante el periodo 2020-2021.

Trayectoria personal y aplicación profesional: Se adquirió habilidades y conocimientos en las cuatro rotaciones: Medicina General, Pediatría, Cirugía General y Gineco – Obstetricia, entre estos estudiaron diagnosticaron y manejaron de manera especial casos de hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemias, dengue, ansiedad y depresión, enfermedades autoinmunes como lupus eritematoso sistémico, nefropatía por cambios mínimos, enfermedad diarreica aguda, apendicitis aguda, colecistitis aguda, infección del tracto urinario e infecciones de transmisión sexual. **Contexto en el que se desarrolló la experiencia:**

Se realizaron estas rotaciones en establecimientos de salud de las 3 categorías: Instituto Nacional de Salud del Niño, Instituto Nacional Materno Perinatal, Hospital Vitarte y Emergencia Ate Vitarte, Centro de Salud Virgen del Carmen La Era en Ñaña. **Conclusiones:** Se aprovechó la transición del Internado antes y después de la pandemia, de tal modo que el Interno pudo asimilar diversos enfoques de atención en los distintos niveles de atención en salud. Fue beneficioso culminar el Internado en centros de primer nivel, pues aquí se aprendió el flujo de atención en la comunidad, el llenado de los formatos de atención y el registro en los sistemas de información de salud y se estableció además la relación médico- paciente bajo un enfoque bio-psicosocial, que será el día a día en el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) y en la vida del futuro médico.

Recomendaciones: Extender las horas de trabajo durante el Estado de Emergencia, así como mejorar la logística y distribución del equipo de protección personal (EPP) en los distintos Establecimientos de Salud.

Palabras clave: Internado médico, Medicina interna, Pediatría, Cirugía general, Gineco- Obstetricia.

ABSTRACT

Objective: Describe the academic trajectory and work experience in the Medical Internship in times of pandemic by SARS COV-2, in Health Establishments of Lima during the period 2020-2021. **Personal trajectory and professional application:** Skills and knowledge were acquired in the four rotations: General Medicine, Pediatrics, General Surgery and Gynecology - Obstetrics, among these they studied, diagnosed and managed in a special way cases of arterial hypertension, diabetes mellitus and dyslipidemias, dengue, anxiety and depression, autoimmune diseases such as systemic lupus erythematosus, minimal change nephropathy, acute diarrheal disease, acute appendicitis, acute cholecystitis, urinary tract infection, and sexually transmitted infections. **Context in which the experience was developed:** These rotations were carried out in health establishments of the 3 categories: *Instituto Nacional de Salud del Niño, Instituto Nacional Materno Perinatal, Hospital Vitarte y Emergencia Ate Vitarte, Centro de Salud Virgen del Carmen La Era in Ñaña.* **Conclusions:** The transition from the Internship before and after the pandemic was taken advantage of, in such a way that the Intern was able to assimilate various care approaches at the different levels of health care. It was beneficial to complete the Internship in first level centers, because here the flow of care in the community was learned, the filling of the care forms and the registration in the health information systems and the medic-patient relationship was also established under a bio-psychosocial approach that will be the day-to-day in the Rural and Urban Marginal Health Service (SERUMS) and in the life of the future doctor. **Recommendations:** Extend working hours during the State of Emergency, as well as improve the logistics and distribution of personal protective equipment (PPE) in the different Health Establishments. **Keywords:** Medical Internship, Internal medicine, Pediatrics, General surgery, Gynecology-Obstetrics.

INTRODUCCIÓN

Es conocido el impacto negativo de la pandemia, provocada por la propagación del virus SARS-CoV-2, en el campo económico, político, educativo y en la salud de la humanidad. Énfasis en este último, no solo por su potencial daño biológico, sino también en la psique de la familia y comunidad.

El personal de salud recibió con los brazos abiertos a todos los afectados, en la búsqueda de la prevención, manejo y rehabilitación de la salud, pues esta es su principal lucha y misión en su profesión, viéndose afectados también de manera letal por la naturaleza de este virus, entre ellos más de 400 médicos que dieron su vida en esta ardua pelea, héroes y ejemplo para futuros médicos, que, honrándolos, velarán en un futuro próximo por el bienestar de todos los integrantes de nuestro país.

De esta manera, el reto actual se encuentra en obtener capacidades para prevenir, afrontar y sobrellevar esta áspera situación para aquellos estudiantes que se encuentran a puertas de iniciar su vida profesional como médicos: los internos.

En este trabajo se presentará una perspectiva plena de la transición en el Internado Médico basados en los cambios y disposiciones del Gobierno del Perú y el Ministerio de Salud del Perú, en los distintos niveles de atención en salud, en aras de afrontar la situación de emergencia sanitaria promulgada en nuestro país.

A inicios del año 2020, se inició el Internado médico en establecimientos de salud del 3er nivel de atención, donde se adquirirían conocimientos y prácticas por especialidades en su máximo desempeño. Sin embargo, ya se conocía la

propagación a nivel mundial del Covid-19 y se manifestó la preocupación de cómo respondería nuestro sistema de salud ante su llegada.

Así, el 06 de marzo del 2020 se confirmó el primer caso de Covid-19, días siguientes se empezó a propagar a gran velocidad por lo que el 15 de marzo del 2020 se declara estado de emergencia en el Perú a través del Decreto Supremo N° 044-2020-PCM, y se inicia al día siguiente la cuarentena a nivel nacional. He aquí un hito, que connotó un radical cambio en la medicina y en la formación de futuros médicos en nuestro país.

El 16 de marzo del 2020 se suspendió el Internado médico en el Perú tanto para universidades públicas y privadas, dejando a más de cuatro mil internos en la constante duda de cómo se resolvería este problema y cómo podrían culminarlo para que de esta manera, sean médicos el año siguiente.

El 3 de agosto del 2020, se emite el Decreto de Urgencia N° 090-2020, que dispuso la reanudación progresiva del Internado médico para promover la formación integral de estos preprofesionales dado que, entre otras razones, de no hacerlo, el próximo año se encontrarían frente un vacío de recursos humanos en el servicio rural y urbano marginal en salud (SERUMS)(1).

No obstante, la mayoría de los internos de medicina recibieron un gran impacto debido al cambio de su entorno laboral, pues retornaron no a hospitales ni institutos como solían hacerlo, sino a establecimientos del primer nivel de atención.

He aquí el gran desafío en el proceso de aprendizaje frente al cual se encontraban acostumbrados y dispuestos por especialidades, enfocados en casos clínicos y quirúrgicos de alta capacidad resolutive; en contraste a este otro campo, el cual se encuentra enfocado en el nivel primario, centrado en la resolución y disposición de recursos básicos y esenciales para el bienestar de la personas, familias y comunidades.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El Internado médico es un pilar fundamental en la formación del profesional médico, pues aquí se adquieren y se consolidan capacidades clínico-quirúrgicas y su desenvolvimiento en atención directa de manera integral e integrada hacia los pacientes afectados por alguna patología. Durante este año los internos realizan sus actividades en cuatro rotaciones: medicina interna, cirugía general, gineco- obstetricia y pediatría.

No obstante, esto se vio alterado el último año debido a la situación de pandemia que se vive en la actualidad. Aun así, se pudo rescatar en su medida, aprendizaje importante según especialidad en los distintos niveles de atención según los establecimientos de salud no los que se realizó la rotación.

Se relatarán en este capítulo diversos casos clínicos por rotación, con una estructura no definida debido a que son de diversos niveles de atención en salud, por lo que su complejidad se incrementa de manera proporcional a dicho nivel.

1.1 Rotación de Medicina Interna

Esta rotación se orienta al estudio y manejo de enfermedades infecciosas y por sistemas, entre ellos cardiovascular, respiratorio, renal, digestivo, endocrinológico, sistema nervioso, dermatológico, reumático y problemas de la salud mental y psiquiátricos.

Se obtuvo aprendizaje en el centro de salud de primer nivel de atención, recibiendo en atención primaria en salud, diversas patologías frecuentes de estas especialidades.

1.1.1 Aparato cardiovascular

Se encontró y manejó casos de hipertensión arterial, cuyo límite inferior es $\geq 140/90$ mm Hg de manera sostenida en el tiempo y que a partir de ella se recomienda el uso de antihipertensivos orales según la guía de práctica clínica del MINSA Perú y la Sociedad Internacional de la Hipertensión(2)(3).

Los antihipertensivos más utilizados en el centro de primer nivel de atención fueron inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y antagonistas de receptores de angiotensina 2 (ARA2), entre ellos captopril 25mg, enalapril 10mg y losartán 50mg, respectivamente; fármacos que se encuentran en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME).

Caso clínico 1: Paciente varón de 45 años, sin factores de riesgo, antecedentes familiares de padre con hipertensión arterial, acude al centro de salud por control general. Se le encuentra PA de 150/ 91 mm Hg, hematocrito: 41%, colesterol total 190 mg/dL, triglicéridos 145 mg/dL, glucosa en ayunas de 93 mg/dL.

Se encuentran valores del perfil lipídico próximos a límite superior y la presión arterial alta. Se le indica al paciente realizarse controles diarios de presión arterial en la semana de manera intramural, pensando en dicho diagnóstico.

Se evidenció presiones elevadas $>140/90$ mg Hg durante los controles por lo que se reafirmó el diagnóstico y se inició manejo con Enalapril 10 mg 2 veces al día. Además, se le solicitó urea, creatinina para evaluar su función renal y se recomendó cambios en estilo de vida por lo cual, se atendió de manera concomitante con nutrición para iniciar dieta DASH por sus siglas en inglés *Dietary Approaches to Stop Hypertension*, la cual se basa en una dieta baja en sal y un consumo elevado de frutas y verduras, granos integrales, lácteos de bajo contenido graso y proteínas magras. Por último, se le indicó al paciente control al mes para evaluar adherencia y eficacia del tratamiento.

1.1.2 Sistema endocrino

Atención muy frecuente de pacientes con hiperglicemia e hiperlipidemia en el centro de salud de primer nivel de atención.

Caso clínico 2. Paciente varón de 58 años, peso: 92kg, talla: 1.68 m con antecedentes de hipertensión arterial desde hace 7 años, medicado con losartán 50mg 2 veces al día, refiere pérdida de 5 kg en el último mes, incremento del apetito y de la sed desde hace 3 meses, cefaleas ocasionales.

Se sospecha de diabetes mellitus y dislipidemia por lo que se le solicita un perfil lipídico: colesterol total: 220 mg/dL, triglicéridos: 136 mg/dL, glucosa en ayunas: 189 mg/dL, úrea: 20mg/dL, creatinina: 1.20 mg/dL, hematocrito: 40%. Se le solicita realizarse hemoglobina glicada (HbA1C) de manera particular y realizarse otra glucosa basal. A los dos días acude con nueva glicemia basal de 170 mg/dL y HbA1C: 7.34 mg/dL.

Se confirma el diagnóstico de diabetes mellitus 2 y se inicia manejo con cambios en estilos de vida, metformina 850mg al día e interconsulta a nutrición para cambios en la dieta.

Al mes del tratamiento, persiste con hiperglicemias de 132 mg/dL y 145 mg/dL por hemo- gluco test. Se opta por escalar en el tratamiento a metformina 850mg dos veces al día, obteniendo posteriormente glicemias entre 80 y 130 mg/d, cumpliendo la meta terapéutica en el manejo de diabetes según la Asociación Americana de Diabetes 2021 (ADA)(4). Se refiere además al paciente a endocrinología, oftalmología y odontología para respectiva evaluación.

Caso clínico 3. Paciente mujer de 42 años diabética en tratamiento con metformina, con antecedentes familiares de dislipidemia, con un tiempo de enfermedad de 2 meses con cefalea 2 veces por semana y sensación de hormigueo en miembros superiores y fatiga constante. Se le solicita un perfil lipídico: colesterol total: 310mg/dL, triglicéridos: 269 mg/dL, HDL: 29, LDL: 190mg/dL, glucosa basal: 97 mg/dL, hto: 39%.

Se confirma el diagnóstico de hiperlipidemia mixta, y se decide iniciar tratamiento farmacológico con atorvastatina 20mg por día y cambios en estilo de vida y dieta e interconsulta por nutrición.

1.1.3 Enfermedades infecciosas

En la jurisdicción del centro de salud Virgen del Carmen – La Era, se han encontrado casos importados y autóctonos de dengue.

Caso clínico 4. Paciente varón de 42 años acude al centro con un tiempo de enfermedad de 10 días, por presentar cefaleas, fiebre de 38.5°C durante 3 días, malestar generalizado, mialgias y artralgias intensas que ya están en remisión, leve dolor retro ocular. No visceromegalia. No lesiones cutáneas. Llenado capilar <2 segundos. PA: 120/80 mm Hg. Frecuencia cardiaca: 79 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 16 respiraciones por minuto. En la anamnesis refiere haber viajado por 3 semanas a un pueblo cercano a Juanjuí, considerado zona endémica de dengue donde habita su hija quien fue diagnosticada con dengue 2 semanas previas a su llegada.

Se le realiza la prueba rápida de dengue al paciente y se solicita hemograma completo, perfil hepático y perfil de coagulación. Disponible en el centro de salud: Hb: 13.5 mg/dL, leucocitos: 5300/mm³, plaquetas: 156 000/mm³, Segmentados 55%, abastionados 1%. Prueba rápida IgM/IgG: positiva.

Se diagnostica como Grupo A: Caso de dengue sin signos de alarma (según guía de práctica clínica del MINSA 2017)(5) y se maneja de manera ambulatoria con paracetamol, dieta normal con abundante líquido, sales de rehidratación oral y control de plaquetas.

Se notifica y se envía muestra serológica a la DIRIS correspondiente, se llena ficha de investigación clínico-epidemiológica para la vigilancia de dengue y se programan brigadas para realizar cerco epidemiológico a 400m a la redonda del hogar del paciente. Asimismo, se empleó el uso de pyriproxyfen en los tanques y recipientes de agua de las casas de la zona.

1.1.4 Salud mental y psiquiatría

Bajo la coyuntura actual de la pandemia, la salud mental ha sido muy afectada por diversos factores tales como la cuarentena, el aislamiento social en caso de ser diagnosticado como positivo para covid-19, distanciamiento social, inmovilización obligatoria, cambios drásticos en el trabajo, en la educación, limitaciones al realizar actividades deportivas y culturales, restricciones en personas adultas mayores y menores de edad, así como cambios negativos en la rutina diaria de cada persona que podrían comprometer de manera patológica el estado mental de las personas. De tal manera que, por su frecuencia, en el centro de salud Virgen del Carmen La Era se ha priorizado indagar en la anamnesis, por manifestaciones clínicas que nos orienten a afecciones de esta índole.

Caso clínico 5: Paciente mujer de 19 años, sin antecedentes de importancia con un tiempo de enfermedad de 5 meses, refiere tener ideas obsesivas al no poder realizar algo como desea o como suele hacerlo, se pone ansiosa su estado de ánimo se vuelve inestable, además de sentir palpitaciones. Continúa el interrogatorio y la paciente refiere llorar casi todos los días, tener un sentimiento de tristeza constante, estado de sueño alterado, marcada disminución de interés en realizar actividades que antes solía hacer. Finalmente, revela haber tenido autolesiones en varias ocasiones y tener ideas suicidas recurrentes, siendo la última ocasión, el día actual.

Se diagnostica como trastorno mixto de ansiedad y depresión, episodio depresivo moderado y se realiza la referencia a psiquiatría al Hospital Hermilio Valdizan, para evaluación por especialista y probable manejo farmacológico.

1.2 Rotación de Pediatría y Neonatología

Se evalúan problemas y patologías del recién nacido, del niño y del adolescente. Así como se enfoca también en la prevención y promoción en salud tales como el esquema de vacunación y otras recomendaciones para minimizar el riesgo de enfermar en esta población pediátrica. Esta rotación se desarrolló en el Instituto Nacional de Salud del Niño – Breña y en el Instituto Materno Perinatal, en las áreas de hospitalización y de emergencia.

Caso clínico 6: Paciente femenino de 13 años procedente de Tacna acude el día 30/01/2020 con un tiempo de enfermedad de 1 mes de inicio insidioso y curso progresivo, madre refiere 1 mes antes del ingreso al INSN, su hija manifiesta dolor abdominal, 2 vómitos de contenido alimentario, fiebre 38,5°C, sangrado nasal leve y lesiones eritematosas en cara y tórax, acude a centro de salud donde la diagnostican como infección urinaria y la tratan con antiinflamatorios no esteroideos y antibióticos. 25 días antes del ingreso, la fiebre persiste, se agrega sangrado vaginal excesivo con abundantes coágulos. 21 días antes del ingreso acude a médico particular e inicia tratamiento con anticonceptivos orales, se le encuentra Hb: 6mg/dL. El sangrado persiste durante la semana. 12 días antes del ingreso presenta cefalea y lesiones equimóticas en miembros inferiores, es referida a este nosocomio. Su apetito se encontraba disminuido, sed conservada, sueño aumentado. Peso: 54 kg conservado. Al examen físico: signos vitales normales. Piel: tibia, elástica, llenado capilar menos a 2", palidez ++/+++, lesiones pápulo- costrosas violáceas en cara, tronco y extremidades superiores. Labios agrietados con rasgos de sangrado. Sensorio: despierta, conectada con el entorno. Aparato cardiovascular y respiratorio sin alteraciones. Abdomen: se palpa bazo. Genitales: sangrado vaginal activo. Neurológico: no signos meníngeos, no focalización. Glasgow 15/15.

Los diagnósticos de EMG fueron 1. Trastorno de coagulación, EAD. 2. D/C falla hepática aguda D/C autoinmune vs infeccioso 3. Hemorragia uterina disfuncional. 4. Reacción alérgica a AINES 5. Anemia severa, poli transfundida. 5. Eutrófica.

Análisis de laboratorio durante la hospitalización: Hb: 7,1 mg Hg, Plaquetas: 71 000 mm³, leucocitos: 3490 mm³, reticulocitos: 3.02%, TP>90, TTPa >180, TT: 15.4, fibrinógeno 408mg/dL, Test de Coombs directo: positivo ++, Grupo sanguíneo O+, Hierro: 20, Transferrina: 170, %saturación transferrina: 12%, Ferritina: 114, Glucosa: 69 mg/dL, úrea: 12mg/dL, creatinina: 0.39 mg/dL, Na: 137, K: 2.2, Cl: 115, proteínas totales: 4.3, albúmina: 2.7, globulinas:1.6, DHL: 613, Haptoglobina:1, Orina: 60-80 leucocitos por campo, úrea en orina: 1173, creatinina en orina: 37, proteínas:6, ácido úrico:6. Complemento C3: 21, C4: 0. Hepatitis/HIV: no reactivos, IgA: 209, IgM: 138, IgG: 1846. Anticuerpos

anticardiolipina IgG: 24.80, IgM: 102.23. Perfil ENA: proteína P-ribosomal +++, Anticuerpos antinucleares ANA: patrón moteado título 1/100. Anticuerpos anti dsDNA IgG: 52.09 (positivo).

Durante la hospitalización desarrolla celulitis en pie izquierdo en zona de venopunción, con signos de calor, edema, flogosis, dolor.

Se inicia tratamiento con ácido fólico, carbonato de calcio, ceftriaxona, clindamicina, omeprazol, nistatina, polietilenglicol, transfusión de plaquetas, nitazoxamida, dexametasona, vitamina K, corticoterapia con prednisona, Etinilestradiol + levonorgestrel., pulsos de metilprednisolona.

A los 3 días de hospitalización es evaluada por reumatología se evalúan criterios EULAR/ACR para lupus eritematoso sistémico: 26 puntos(6).

El diagnóstico final es: 1. LES con compromiso hematológico e inmunológico. 2. D/C síndrome antifosfolípido. 3. Anemia severa multifactorial. 4. Coagulopatía 5. Muguet Oral. 6. Caries dental. 7. Celulitis en pie resuelta. 8. Hemorragia Uterina disfuncional resuelta.

La paciente es evaluada por distintas especialidades, entre ellas hematología, infectología, inmunología, reumatología, odontología y ginecología. El día 24/02/2020 persiste hospitalizada en constante observación. Pronóstico estacionario.

Caso clínico 7: Paciente varón de 4 años con un peso de 14, 5kg y talla de 98cm que acude por emergencia con un tiempo de enfermedad de 5 días. Madre refiere su hijo ha tenido sensación de alza térmica, no cuantificada, cuadros de diarrea frecuentes, aproximadamente 7 evacuaciones por día sin moco sin sangre, vómitos los últimos 2 días de contenido alimentario. Refiere además le daba suero de rehidratación oral. En la anamnesis se observa que el niño ha tenido cuadros diarreicos con frecuencia y sus vacunas están incompletas: no se vacunó contra el rotavirus a los 2 y 4 meses. Al examen físico, se encuentra muy irritable, sus ojos se encuentran hundidos y cuando llora no se observan lágrimas, signo de pliegue negativo, llenado capilar < 2 segundos, mucosa oral seca, extremidades frías, taquipnea, taquicárdico.

El diagnóstico es enfermedad diarreica aguda acuosa con signos de deshidratación moderada.

Se decide iniciar terapia de tolerancia oral con suero de rehidratación oral (SRO) 1100 cc las primeras 4 horas, a razón de 10 ml cada 5 minutos los primeros 30 minutos. El paciente no tolera vía oral, tuvo 4 vómitos durante la primera hora por lo que se decide administrar dextrosa 5% con NaCl al 1 normal por vía endovenosa.

Se reevalúa al paciente 1 hora después y se observa muy somnoliento, mucosas muy secas y el signo del pliegue + (retracción lenta de + de 2 segundos). Se decide hospitalizar e iniciar plan C con bolos de NaCl al 0.9%(7), por mala evolución, signos de deshidratación grave y riesgo de shock.

Caso clínico 8: Niño de 5 años sin antecedentes de importancia acude por emergencia, tiempo de enfermedad 11 días de inicio insidioso y curso progresivo. Madre refiere el cuadro inicia con leve aumento de volumen de ambos párpados y orina cargada "color te", espumosa. 9 días antes del ingreso se aprecia aumento de volumen de miembros inferiores bilateral. Al día siguiente presenta mayor edema palpebral. 7 días antes del ingreso lo llevan al Hospital La Merced donde lo hospitalizan por síndrome nefrótico, se agrega fiebre 38.5° C, 2 días antes del ingreso al no haber mejoría piden retiro voluntario. Es ingresada al INSN el día actual donde se decide su hospitalización. Apetito y sed conservado, sueño aumentado.

Como antecedentes refiere infección por varicela hace 7 meses. Frecuencia cardíaca: 85 latidos por minutos, 22 respiraciones por minuto, temperatura 36 °C, peso 21.2 kg, saturación de oxígeno 98%. Al examen físico el paciente ventila sin distrés, con edema bipalpebral, orofaringe eritematosa, congestiva, no supurativa. Aparato cardiovascular, respiratorio y tórax normales. Abdomen globuloso, ruidos hidroaéreos (+), blando depresible no doloroso a la palpación con leve edema de la pared abdominal. Genitales: Edema escrotal. Locomotor: Moviliza 4 extremidades, rangos articulares conservados, fuerza muscular conservada, miembros inferiores con edema ++/+++. Neurológico: despierto, conectado con el entorno. No focalización ni signos meníngeos.

Impresión diagnóstica: 1. Síndrome nefrótico descompensado: Anasarca. D/C primario: enfermedad de cambios mínimos, D/C secundario: infeccioso. 2. Faringoamigdalitis aguda. 3. Eutrófico.

Plan de trabajo: Hemograma, perfil de coagulación, grupo y factor, PCR, urea, creatinina, electrolitos, perfil lipídico, ácido úrico, C3, C4, serológicos, examen de orina simple, proteinuria de 24 h, ecografía renal, ecografía abdominal, radiografía de tórax, hemocultivo, urocultivo, parasitológico e interconsulta a nefrología. Se manejó en emergencia con dieta hiposódica, normoproteica (1g/kg/día), hipercalórica. VT: 630 cc. Furosemida 30mg EV en bolo, luego 20 mg EV cada 8 horas. Balance hídrico estricto y se decide hospitalizar.

Caso clínico 9: Paciente pediátrico de 1 año 4 meses en primer mes tratamiento con sulfato ferroso, acude con su madre quien refiere estreñimiento, náuseas y vómitos. Peso: 11,430 kg. Hb. 10.3 mg/dL.

Se le explica a la madre que son efectos secundarios del sulfato ferroso, por lo que se decide cambiar a hierro polimaltosado (HP), que, a diferencia del anterior, presentaba más tolerancia en los niños.

Tratamiento: en base a la norma técnica de manejo de anemia en niños, a dosis de 3mg/kg como terapéutico y calculado con el contenido de hierro elemental del HP le corresponde al paciente: 14 gotas por día. Se le explica a la madre las recomendaciones de su ingesta, tales como no tomarlo con lácteos o té, preferencia con agua o cítricos, espaciado 1 a 2 horas de las comidas, asegurarse de que el niño beba todo el suplemento al momento para evitar la tinción de los dientes y pausar el tratamiento en caso se le administre antibióticos; asimismo medidas de higiene y lavado de manos(8).

1.3 Rotación de Cirugía General

Esta rotación se realizó en el Hospital Vitarte- MINSA, establecimiento de categoría II-1, en las áreas de consultorio, hospitalización y emergencia de Cirugía general y Traumatología.

En hospitalización se evolucionó a pacientes post operados de diversos procedimientos quirúrgicos como apendicectomías, colecistectomías,

toracocentesis, fijación interna de fracturas. En emergencia se realizaba la atención directa a los pacientes, realizando historias clínicas de emergencia y de hospitalización y pre- quirúrgicos en caso lo requiera. Se realizó diversas suturas de heridas bajo la supervisión de los médicos residentes y especialistas.

Caso clínico 10: Paciente mujer de 28 acude por emergencia con tiempo de enfermedad de 36 horas, febril T: 38.6°C, refiere dolor abdominal de intensidad 8/10 que inició en mesogastrio y después migra a fosa iliaca derecha, hiporexia, niega náuseas, niega vómitos.

Al examen físico: abdomen distendido, Mc Burney +, Blumberg +, Rovsing +. Se realizan exámenes de laboratorio: Hb: 12.5mg/dL, leucocitos: 15 430 mm³, segmentados 75%, abastionados 8%, plaquetas: 240 000 mm³, PCR: 22.

El diagnóstico es Apendicitis aguda, D/C peritonitis localizada vs generalizada. Alvarado 9. Se solicitan prequirúrgicos y se decide cirugía.

El reporte operatorio evidencia un apéndice con base necrosada, perforada, 120 ml de líquido purulento en cuadrante inferior y superior derecho. Se deja dren laminar y tubular.

Post operada de Apendicectomía por apendicitis aguda con peritonitis generalizada ingresa a sala de hospitalización donde se encuentra con signos vitales estables. Se encuentra con Cefotaxima y Metronidazol.

Caso clínico 11: Paciente mujer de 40 años, obesa, acude por emergencia con antecedente de litiasis vesicular hace 8 meses confirmada por ecografía, presenta dolor intenso 10/10 en hipocondrio derecho, el dolor inicia 2 días antes, que empezaba después de la ingestión de comidas abundantes, progresivo e irradiado a región lumbar y hombro derecho, asociado a náuseas, vómitos y cefalea. Frecuencia cardíaca: 98 latidos por minuto, 20 respiraciones por minuto, presión arterial: 123/70, temperatura 38°C, signo de Murphy (arresto inspiratorio) positivo, dolor e hipersensibilidad a la palpación en cuadrante superior derecho. Estado de consciencia no alterado.

La impresión diagnóstica es: colecistitis aguda litiásica, por lo que se solicita exámenes auxiliares. Hematocrito: 40%, leucocitos: 17600 mm³, plaquetas:

223 000 mm³, proteína C reactiva: 7 mg/dL. Úrea: 16 mg/dL, creatinina: 1,0. Análisis de gases arteriales no evidencian alteraciones y el PaO₂/ FiO₂: 324. Ecografía abdominal: se evidenció vesícula biliar distendida con engrosamiento de pared (6mm), doble contorno, presencia de líquido peri vesicular y múltiples litiasis con sombra acústica posterior.

Se utilizan los criterios diagnósticos de Tokyo 2018 y se establece el diagnóstico definitivo de colecistitis aguda grado I (leve), se decide cirugía por ser de bajo riesgo al momento (9).

En el Centro de Salud Virgen del Carmen La Era, se realizó en 3 ocasiones curación y cierre de heridas mediante sutura con nylon 3/0, previa asepsia con povidona yodada y solución salina.

1.4 Rotación de Ginecología y Obstetricia

Se realiza la rotación de esta especialidad en el centro de salud Virgen del Carmen La Era. Se estudiaron problemas ginecológicos y de obstetricia, así como prevención y promoción de la salud y un abordaje ético y adecuado a estas pacientes.

Caso clínico 12: Mujer de 34 años, sin antecedentes de importancia, acude al centro de salud por manifestar desde hace 1 mes, prurito en la ingle y en zona vaginal, además manifiesta disuria, polaquiuria, nicturia, dispareunia y dolor en zona lumbar izquierda. Refiere además desde hace 1 semana presentar flujo amarillento. No refiere mal olor. A la especuloscopia se aprecia colpitis en "fresa" y líquido amarillento verdoso, abundante en fondo de saco posterior. Epitelio vulvovaginal eritematoso, lesiones descamativas. No se evidencia olor a pescado. Se toma muestra de secreción vaginal y Papanicolau, se envía a laboratorio donde se realizó examen en fresco, dando positivo para trofozoítos móviles y cándida. Test de aminas negativo.

Se realizaron exámenes de laboratorio: Análisis de orina: 40-45 leucocitos por campo. 2-3 hematíes por campo. Nitritos: positivo.

El diagnóstico fue de: 1. Infección de tracto urinario no complicada, 2: Tricomoniasis vaginal.

Se maneja con Ciprofloxacino 500 mg vía oral, Metronidazol 2g vía oral, clotrimazol 1% tópico y se le recomiendan óvulos vaginales de policresuleno y tratamiento para pareja sexual. Se refiere al servicio de obstetricia para consejería en salud sexual.

Caso clínico 13: Mujer de 31 años, gestante de 19 semanas de gestación por fecha de última menstruación es referida por el servicio de obstetricia por manifestar dolor en hipogastrio, disuria, polaquiuria, nicturia. Niega náuseas y vómitos, niega fiebre. Puño percusión lumbar (-). G3 P2002. Al examen de orina se evidencia: 30-32 leucocitos por campo y nitritos: positivo.

Se confirma infección de tracto urinario en la gestante, y se opta por solicitar un urocultivo más antibiograma, e iniciar manejo antibiótico empírico con Nitrofurantoína 100mg cada 12 horas, por 7 días. También se suele dar Cefalexina a dosis de 500 mg cada 6 horas en pacientes gestantes cuando no hay disponibilidad del medicamento previamente mencionado.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Se desarrolló en 4 instituciones de diferentes categorías:

2.1 Instituto Nacional de Salud del Niño - Breña

Es un Instituto especializado (categoría III-2) desde el año 1983, con orientación a la docencia e investigación científica además de sus labores asistenciales. Ubicado en la provincia de Lima, distrito de Breña, avenida Brasil 600 (10).

Inaugurado el 1 de noviembre de 1929 bajo el mandato de Augusto B. Leguía, con el nombre de “Hospital Julia Swayne de Leguía”, para atender de manera específica a la población pediátrica de toda la nación. Desde entonces hasta a actualidad se ha desempeñado el servicio a la salud en áreas de consultorios, hospitalización, emergencia, unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados intermedios, banco de sangre, sala de operaciones, departamento de biotecnología, hemodiálisis, diagnósticos por imágenes, laboratorio y anatomía patológica, farmacia.

Los pacientes son referidos a esta institución de hospitales de menor categoría al no poder resolver los cuadros de enfermedad por no contar con la capacidad resolutoria por sus niveles de atención. Esta institución refiere a población pediátrica con patologías complejas hacia el Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, también de categoría III-2, y garantizar el bienestar de los niños.

En enero del 2020 inició el internado médico, en ese entonces ya se conocía el brote en Wuhan, China, de este virus SARS COV -2, que aún no llegaba a nuestro continente. La asistencia a este nosocomio se desarrollaba todos los días del año, con guardias cada 4 días, entre ellas diurnas y nocturnas. Además, después de la evolución de los pacientes, se desarrollaban

actividades académicas todos los días con presentación de caso clínico y exposiciones. Posterior a la actividad académica se pasaba visita en hospitalización.

Cuando inició el estado de emergencia se rechazó la reintegración de los internos propios a este Instituto dado que existía una elevada posibilidad de contagiarse del Covid-19 y aun se encontraban en formación, y que esto termine en un desenlace letal tanto para ellos como para los pacientes. Poco a poco se fueron reintegrando internos como rotación de otros nosocomios.

2.2 Instituto Nacional Materno Perinatal

Fundado en 1826 por el médico Hipólito Unanue, como Casa de la Maternidad, ubicado en Jirón Miro Quesada 941, Cercado de Lima. Con enfoque de atender partos de mujeres de menores recursos, dando lugar a la formación de muchas personas instruidas en ayudar a traer nuevas vidas al mundo. Así, se hizo la cuna de la Obstetricia y de manera posterior, de la Ginecología y Neonatología del Perú. En 1992, se estableció como Instituto, incorporando la docencia e investigación su misión. El 2006 fue categorizada como Establecimiento de Salud III-2, hasta la fecha(11).

A este establecimiento son referidos todas las mujeres y gestantes con factores de riesgo de tener partos complejos, así como neonatos de alto riesgo. Durante el Internado médico, se desempeñaron labores en Hospitalización, Sala de Partos, Unidad de Cuidados Intensivos, Cuidados Intermedios, emergencia y se realizaron actividades académicas todos los días a las 2 de la tarde. Cuando inició el estado de emergencia, los internos fueron retirados de la sede. Se volvieron a aceptar rotaciones del internado médico cuando se reanudaron las actividades de estos.

2.3 Hospital Vitarte- MINSa

Ubicado en Av. Nicolas Ayllon 5880, distrito de Ate, Provincia de Lima. Fundado en 1957 como Puesto de Salud, reconocido como Hospital Vitarte desde el 2003. Categorizado como Hospital de Baja complejidad II-1(12).

Se acudió en el mes de diciembre en las rotaciones de Cirugía General y Traumatología, las cuales se desarrollaron en hospitalización y emergencia del hospital antiguo. Este hospital cuenta con sala de operaciones donde se realizan cirugías de bajo riesgo como apendicectomías o colecistectomías. Se acudió al nuevo Hospital Emergencia Ate Vitarte a los consultorios de estas especialidades.

Al hospital se refieren casos de baja complejidad de los distintos centros de primer nivel del distrito de Ate por no contar con la capacidad resolutive para manejar ciertas patologías. Fue un poco complicado porque el MINSA, mediante la DIRIS Lima Este, no entregó equipo de protección personal a los internos que rotaron en este nosocomio, aun siendo conocido como “Hospital COVID”.

Aun así, se asimiló mucho conocimiento en la identificación del paciente con abdomen quirúrgico agudo, tanto en diagnóstico como en manejo, en el pre y post operatorio.

2.4 Centro de Salud Virgen del Carmen La Era - Ñaña

Ubicado en el distrito de Lurigancho- Chosica, fundado en 1997, es un establecimiento de salud de categoría I-3, que atiende 12 horas al día de lunes a sábados durante el Estado de Emergencia. Cuenta con servicios de medicina general, odontología nutrición, obstetricia, farmacia, psicología, laboratorio, vacunación y enfermería. La población objetivo de este establecimiento se extiende a aproximadamente 13 000 pobladores de La Era.

Los pacientes que lo ameriten son referidos al Centro de Salud Miguel Grau de categoría I-4, al Hospital José Agurto Tello de Chosica de categoría II-2. Además, se realizan referencias a pacientes con desórdenes psiquiátricos moderados y severos al Hospital Hermilio Valdizan de categoría III-1.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Tanto en Institutos, Hospitales y Centros de Salud, la oportunidad de desarrollar habilidades médicas, humanas y éticas es extensa.

En los establecimientos de salud de mayor categoría el Interno de Medicina aprende por especialidades, conocimientos de máximo nivel, enfocados en atención transdisciplinaria y de esta manera abordar al paciente de manera transversal por todo el personal de salud, tanto el médico pediatra, hematólogo, inmunólogo, entre otros, servicios de enfermería, radiología, nutrición, odontología, en la búsqueda del bienestar del paciente de manera integral e integrada.

A continuación, se fundamentará el manejo terapéutico de cada caso expuesto en este documento ordenados por rotación.

3.1 Rotación de Medicina Interna

Caso clínico 1: Paciente con diagnóstico de hipertensión arterial en manejo con antihipertensivo con Enalapril 10 mg 2 veces al día y modificaciones en los estilos de vida del paciente, de acuerdo con la Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva del MINSA del año 2015. Esta guía tiene lineamientos parecidos a la Sociedad Internacional de la Hipertensión y a la Guía ESC/ ESH (Sociedad Europea de Cardiología/ *European Society of Hypertension*), quienes también definen el manejo farmacológico y definición propia de hipertensión estado I desde 140/90 mm hg(13).

En contraste con el *American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension (ACC/AHA)*, que en el año 2017 define por primera

vez como HTA estadio I desde 130/80 mm Hg, eliminando el concepto de prehipertensión y recomienda iniciar tratamiento no farmacológico, a menos que el paciente se encuentre en este estadio y además tenga factores de riesgo cardiovasculares, por lo cual ya ameritaría iniciar manejo con fármacos antihipertensivos (14).

Caso clínico 2: Se establece el manejo según la guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención del MINSA del año 2015 (15). Como fármaco de primera línea se utilizó Metformina y cambios en el estilo de vida como también lo sugieren los *Standards of Medical Care in Diabetes-2021* de la *American Diabetes Association (ADA)*; sin embargo, difieren en los fármacos de segunda línea ya que la ADA considera a las sulfonilureas como Glibenclamida o Glimepirida como opciones alternativas a otros fármacos como inhibidores de la SGLT-2, agonistas de los receptores de GLP-1 e inhibidores de DPP4, mientras que la guía técnica de Perú y países latinoamericanos la utilizan como segunda línea debido a su bajo costo(4).

Discrepan además en las metas de control cardio metabólico donde el MINSA busca una glicemia en ayunas de 70 a 130 mg/dL y una presión arterial < 140/80 mm Hg; en contraparte con la ADA, quien busca glicemia en ayunas de 80 a 130 mg/dL, y PA < 140/90 mm Hg y en pacientes con riesgo cardiovascular alto una PA < 130/80 mm Hg(4,15).

Caso clínico 3: Se maneja el caso de dislipidemia en un paciente diabético según la guía de práctica clínica para diagnóstico, manejo y control de dislipidemia, complicaciones renales y oculares en personas con diabetes mellitus tipo 2 del MINSA – 2017, y se inicia con tratamiento farmacológico de Atorvastatina 20mg cada 24 horas por 30 días. Por el momento no se realizó la interconsulta a especialidad en el Hospital José Agurto Tello de Chosica, por tener factor de riesgo para COVID-19 severo(16).

El manejo farmacológico del MINSA coincide con aquel propuesto por la *AHA journal* el año 2018, que clasifica el manejo con estatinas en terapia de alta, moderada y baja intensidad en relación con el porcentaje de lipoproteínas de baja intensidad que se desea disminuir con dicha terapia. Se usan entre otras

estatinas: atorvastatina, simvastatina, rosuvastatina. En la guía de práctica clínica se utiliza atorvastatina al estar incluido en el PNUME(17).

Caso clínico 4: Se maneja el caso clínico de dengue en base a la guía de práctica clínica del Perú del año 2017. Se realiza de ficha de investigación clínico-epidemiológica para la vigilancia de dengue, se envía la muestra de sangre para su análisis por Antígeno NS1, se realizan cercos epidemiológicos alrededor de la casa donde habita el caso positivo de dengue, además de fumigación y uso de pyriproxyfen en los depósitos de agua para prevención y eliminación de larvas del vector de este virus que es el *Aedes Aegypti*.

El manejo coincide con el mencionado por la guía clínica de manejo de dengue de la CDC (Centers for Disease Control and Prevention), para casos de dengue sin signos de alarma o severidad, con hidratación abundante y acetaminofén (paracetamol)(18).

Además, la literatura actual nos ilustra con la existencia de 2 vacunas para la prevención de la enfermedad grave por ese virus.

En primer lugar, la vacuna CYD-TDV (Dengvaxia), aprobada por la FDA (*Food and Drugs Administration*) el año 2018 para su uso en pacientes seropositivos, es decir, que ya hayan tenido infección por el virus del dengue previamente, debido a que se asoció mayor riesgo de dengue severo en seronegativos (personas que no han tenido infección por este virus)(19).

La segunda vacuna es TAK- 003, vacuna tetravalente basada en un virus DENV-2 atenuado derivado de laboratorio, y las demás cepas son quimeras generadas a partir del DENV-2, reemplazando genes de premembrana y envoltura de este tipo con los de DENV-1,3 y 4. A los 18 meses, esta vacuna presenta una eficacia general del 73.3% (IC del 95%: 66,5-78,8) y contra el dengue con signos de alarma de 90,4% (IC del 95%: 82,6-94,7). Asimismo, la eficacia de la vacuna fue mayor en pacientes seropositivos frente a seronegativos, 76.1 y 66.2% respectivamente(20).

En el Perú, el año 2021, hasta la semana epidemiológica 09, se han notificado 12 125 casos, incluyendo 7 defunciones, por lo cual se declaró en el mes de marzo Alerta Epidemiológica por brotes de dengue. En relación a los años

anteriores, cada vez se encuentra mayor incidencia de casos en la región, siendo el Perú el segundo país con más casos de dengue en el continente (21).

En base a la literatura expuesta y la existencia de extensas áreas endémicas de dengue y del vector en la región peruana, se recomienda la adquisición de estas vacunas en vías de mejorar la prevención de esta enfermedad que puede ser, en algunos casos, muy grave.

Caso clínico 5: Se atendió un caso de trastorno mixto ansioso depresivo, con episodios depresivos moderados, al cumplir con criterios de gravedad según CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades, décima edición).

Se refirió a un especialista en psiquiatría, al manifestar lesiones contra ella misma, e ideas suicidas recurrentes, que ponen en riesgo su vida(22).

3.2 Rotación de Pediatría y Neonatología

Caso clínico 6: La paciente pediátrica fue hospitalizada en la búsqueda de la patología que la afectaba, confirmándose mediante exámenes auxiliares el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico de compromiso hematológico, pues nos encontrábamos frente a una pancitopenia, además un trastorno de coagulación marcado y una hemorragia uterina disfuncional que agravaba la anemia, posiblemente asociado a un síndrome antifosfolípido que para diagnosticarlo con certeza se debe medir el anticuerpo anticardiolipina (el cual salió positivo en la paciente), con al menos 12 semanas de diferencia de acuerdo con las directrices de la Sociedad Internacional de Trombosis y Hemostasia(23,24).

Se manejó con pulsos de metilprednisolona intravenosa por 3 días y posteriormente con prednisona. Los glucocorticoides sistémicos son el tratamiento de primera línea en la afección hematológica con anemia y trombocitopenia por LES (25).

Caso clínico 7: Paciente pediátrico con diagnóstico de enfermedad diarreica aguda inicia tratamiento con plan B según la guía técnica del Perú; sin embargo, no muestra mejoría, y empeoran los signos de deshidratación por

lo que se decide hospitalizar e iniciar plan C de tratamiento con bolos de NaCl al 0.9%. El manejo coincide con el detallado por la Guía Práctica de la Organización Mundial de Gastroenterología, que recomienda la terapia de rehidratación oral en deshidratación leve-moderada con SRO 50-100 ml/kg en 3-4 horas, de no tolerarlo iniciar reposición intravenosa. En el manejo de la deshidratación severa recomienda usar Lactato de Ringer 100mg/kg por vía intravenosa dentro de las 4-6 horas y luego mantener hidratación hasta la recuperación del paciente (26).

Caso clínico 8: Paciente con anasarca, manifestaciones de afectación renal, es hospitalizado por sospecha de síndrome nefrótico, a descartar cambios mínimos y secundario a infeccioso u otras causas que pueden ser autoinmunes como lupus y vasculitis.

Se inicia tratamiento, solo para manejar el edema, puesto que aun no se cuentan con exámenes de laboratorio que cumplan ciertos criterios y requisitos como niveles normales de complemento, no elevación marcada de la creatinina sérica, para iniciar terapia empírica con prednisona por 4 semanas a dosis de 60mg/m², con un máximo de 60mg/día, de acuerdo con las directrices de la *International Pediatric Nephrology Association* (IPNA). Asimismo, se recomienda biopsia renal en caso haya resistencia a los glucocorticoides (27).

Caso clínico 9: Es un caso clínico de manejo de anemia en pediatría, en el cual se formula la dosis basada en la norma técnica de anemia del Perú del año 2017. Se cambió a hierro polimaltosado, debido a las manifestaciones gastrointestinales y para mejorar su adherencia al tratamiento. La dosis del tratamiento es de 3 mg/kg/día, siendo la dosis estándar recomendada de 3 a 6 mg/kg de hierro elemental por día (8,28).

3.3 Rotación de Cirugía General

Caso clínico 10: El manejo de apendicitis aguda de manera rápida y con elevada sensibilidad mediante la aplicación del score de Alvarado modificado,

con un puntaje total de 10 puntos. El paciente contaba con 9 puntos y estaba clasificado como riesgo alto (8-10 puntos) con una probabilidad de apendicitis del 90% y de manejo quirúrgico inmediato (29).

Caso clínico 11: Paciente diagnosticado con apendicitis aguda grado I según los criterios de Tokyo 2018, los cuales nos indican manejo quirúrgico al ser de bajo riesgo siempre y cuando sean clasificados como ASA (Sociedad Americana de Anestesiología) I o II, que nos indica pacientes sin enfermedades o con enfermedades sistémicas leves o bien controladas (9,30).

3.4 Rotación de Ginecología y Obstetricia

Caso clínico 12: Se presenta un caso de infección de transmisión sexual por *trichomonas vaginalis* y de manera concomitante una infección del tracto urinario bajo. El manejo de cada patología se realiza de manera individual de acuerdo con los antibióticos recomendados. Se escogió el ciprofloxacino porque también tiene actividad contra la *clamidia trachomatis*, y por ser fármaco de elección en ITU. Los mejores fármacos para el tratamiento de la tricomoniasis son las drogas 5-nitroimidazol como metronidazol o tinidazol, siendo este último superior; sin embargo, se utilizó el metronidazol al estar incluido en el PNUME por ser de menor costo. (31,32).

Caso clínico 13: Gestante de segundo trimestre de embarazo con ITU confirmada por análisis de orina, se solicita urocultivo con antibiograma y se maneja con antibióticos adecuados para su condición, con Nitrofurantoína que es un fármaco de categoría de riesgo B en el embarazo, lo cual significa no hay riesgo para el feto en animales; sin embargo, aún no hay estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas (33).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Existe un gran contraste entre el Internado Médico antes y después de la pandemia. El interno de medicina en promedio realizaba sus actividades laborales en hospitales e institutos alrededor de 350 horas mensuales, ya que ingresaba 6 de la mañana para evolucionar a los pacientes y se retiraba 6 de la tarde, sin contar las guardias nocturnas que en frecuencia eran 6 al mes, sin descanso post guardia. De esta manera, el interno se encontraba muy concentrado y enfocado en las prácticas clínico-quirúrgicas, actividades académicas, de manera constante en el día a día.

No obstante, la carga laboral, en ciertas ocasiones no le permitía al interno estar muy consciente y actuaba como un factor de riesgo para cometer errores en el momento de realizar las historias clínicas y ordenar o efectivizar los exámenes auxiliares que en están a su cargo, puesto que cuando se realizaban guardias nocturnas, significaba estar despierto alrededor de 36 horas seguidas, pudiendo desencadenar mala calidad de sueño, ansiedad y depresión, lo cual arremetía en contra del bienestar biológico, psicológico y social del futuro médico(34).

Entonces nos encontramos ante una balanza en la que por un lado encontramos alta carga laboral y académica con su consecuente aprendizaje intensivo y desarrollo de abundantes habilidades clínicas y prácticas; mientras que, en el otro lado, observamos un descanso inadecuado, somnolencia diurna y posibilidad de desarrollar afecciones psicológicas(34).

Al acudir a los centros de salud según el Decreto de Urgencia N° 090-2020 y sus lineamientos, el interno solo debía acudir 75 horas como mínimo al mes, reflejando en una disminución radical de carga laboral, con la oportunidad de tener un buen descanso, y estudiar para el Examen Nacional de Medicina.

En suma, otra ventaja es el enfoque en atención primaria en salud (APS) en establecimientos de salud I-3 y I-4, los cuales son los centros donde, culminado el Internado y titulado como médico cirujano, realizarán sus labores asistenciales en el servicio rural y urbano marginal en salud (SERUMS). Así se adquieren los conocimientos necesarios para el registro en el formato HIS (Sistemas de información hospitalaria por sus siglas en inglés), cómo realizar las referencias-contrarreferencias tanto de manera electrónica como física, realizar con los demás trabajadores del centro cercos epidemiológicos y brigadas que se deben formar en el caso de un brote por dengue, zika, fiebre amarilla y otras enfermedades transmisibles por vectores, la entrega de medicamentos bajo el llenado anexo del FUA (formato único de atención) para aquellos pacientes que cuenten con SIS (Seguro Integral de Salud).

CONCLUSIONES

El Internado de medicina humana en tiempos de pandemia ha sido un reto, tanto por la disminución de horas de trabajo – académicas, como por el cambio de hospitales e institutos especializados a centros de primer nivel de atención.

El interno en el primer nivel establece la interacción y relación médico-paciente, bajo un enfoque transdisciplinario, bio- psicosocial y preventivo, donde integra el estado de salud mental y biológico del paciente y lo relaciona con su familia y comunidad, desarrollando habilidades de recolección de signos claves en la consulta para el diagnóstico y tratamiento oportuno de las dolencias de la población. Enseñando y promoviendo recomendaciones en salud, puesto que esta debe apuntar no a tratar la enfermedad, sino a la prevención y de esta manera gozar de un bienestar en todo aspecto.

La transición a centros de primer nivel de salud ha resultado beneficiosa, en el sentido de que prepara al Interno de medicina para la atención como médico en el SERUMS, adquiriendo los conocimientos necesarios para el registro en el formato HIS (Sistemas de información hospitalaria por sus siglas en inglés), el sistema de referencia-contrarreferencia, los cercos epidemiológicos y brigadas que se deben formar en el caso de un brote epidemiológico, la entrega de medicamentos bajo el llenado anexo del FUA (formato único de atención) para aquellos pacientes que cuenten con SIS (Seguro Integral de Salud).

RECOMENDACIONES

Extender las horas de trabajo del Internado Médico durante el Estado de Emergencia, puesto que 75 horas al mes es poco tiempo de actividades y prácticas clínicas. Además, en esta pandemia, se puede realizar monitoreo de pacientes COVID leve o asintomáticos desde el hogar.

Mejorar la logística de distribución y entrega de material y equipo de protección personal (EPP), puesto que se dispone de estos, pero no se extiende al personal de salud en su totalidad.

Considerando que los Internos de medicina, como personal de salud de primera línea, están expuestos de manera directa con los pacientes, sin tener certeza de que estos tengan infección por COVID-19; se sugiere establecer una estrecha comunicación y coordinación con las DIRIS de Lima, para que futuros internos acudan a centros de salud próximos a sus hogares, debido a que largos periodos de tiempo en transportes de diverso tipo, se traducen en mayor riesgo de contagio y propagación de este virus a la población en general y para sus familiares, pudiendo concluir en un desenlace letal, dado que en la actualidad se conoce que este virus no discrimina entre grupos etarios.

En base al caso clínico de dengue y de acuerdo con la situación epidemiológica actual, se recomienda la evaluación, metodología, adquisición de vacunas contra el virus del dengue e implementación de un plan de vacunación para seropositivos con la finalidad de mejorar la salud en nuestra población.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Decreto de Urgencia N 090-2020 que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID-19 [Perú], 3 Agosto 2020, disponible en esta dirección: <https://www.refworld.org/es/docid/5f3c05f44.html> [Accesado el 10 Abril 2021].
2. Unger Thomas, Borghi Claudio, Charchar Fadi, Khan Nadia A., Poulter Neil R., Prabhakaran Dorairaj, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. 1 de junio de 2020;75(6):1334-57.
3. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial 031-2015. enero de 2015;25.
4. Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes—2021 | Diabetes Care [Internet]. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://care.diabetesjournals.org/content/44/Supplement_1/S73
5. Guía de práctica clínica para la atención de casos de Dengue en el Perú. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial 071-2017. febrero de 2017;64.
6. Criterios EULAR/ACR para la clasificación del lupus eritematoso sistémico[a] [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/multimedia/table/v46187661_es
7. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño. Ministerio de Salud. Resolución ministerial 755-2017. Setiembre de 2017;49.
8. Norma Técnica- Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. Ministerio de Salud. Mayo de

- 2017;40. [citado 19 de abril de 2021]; Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
9. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*. 2018;25(1):41-54.
 10. Instituto Nacional de Salud del Niño [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.insn.gob.pe/>
 11. Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/presentacion/1415392103>
 12. Ministerio de Salud - Hospital Vitarte [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/index.php?mod=service>
 13. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol*. 1 de febrero de 2019;72(2):160.e1-160.e78.
 14. Whelton Paul K., Carey Robert M., Aronow Wilbert S., Casey Donald E., Collins Karen J., Dennison Himmelfarb Cheryl, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 1 de junio de 2018;71(6):e13-115.
 15. Guía técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial 719-2015. noviembre de 2015;56.
 16. Guía de práctica clínica para diagnóstico, manejo y control de dislipidemia, complicaciones renales y oculares en personas con diabetes mellitus tipo 2. Ministerio de Salud. [Internet]. [citado 18 de abril de 2021] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4186.pdf>
 17. Grundy Scott M., Stone Neil J., Bailey Alison L., Beam Craig, Birtcher Kim K., Blumenthal Roger S., et al. 2018 ACC/AHA/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: A Report of the American

- College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 18 de junio de 2019;139(25):e1082-143.
18. Centros de Control y Prevención de Enfermedades. Manejo de casos de dengue. http://www.cdc.gov/dengue/resources/DENGUE-clinician-guide_508.pdf (Consultado el 18 de abril de 2021).
 19. Dengue virus infection: Prevention and treatment - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/dengue-virus-infection-prevention-and-treatment?search=dengue&source=search_result&selectedTitle=3~103&usage_type=default&display_rank=3#H3395051
 20. Biswal S, Borja-Tabora C, Martinez Vargas L, Velásquez H, Theresa Alera M, Sierra V, et al. Efficacy of a tetravalent dengue vaccine in healthy children aged 4-16 years: a randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet*. 2 de mayo de 2020;395(10234):1423-33.
 21. Alerta Epidemiologica: incremento de incidencia de casos y ocurrencia de brotes por Dengue y otras Arbovirosis en el país. [citado 19 de abril de 2021]; Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/alertas/alertas_20213.pdf
 22. Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/es/
 23. Hematologic manifestations of systemic lupus erythematosus - UpToDate [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/hematologic-manifestations-of-systemic-lupus-erythematosus?search=lupus%20eritematoso%20sist%C3%A9mico%20en%20ni%C3%B1os&topicRef=6420&source=see_link#H24
 24. Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, Branch DW, Brey RL, Cervera R, et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). *Journal of Thrombosis and Haemostasis*. 2006;4(2):295-306.

25. Systemic lupus erythematosus (SLE) in children: Treatment, complications, and prognosis - UpToDate [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/systemic-lupus-erythematosus-sle-in-children-treatment-complications-and-prognosis?search=lupus%20eritematoso%20sist%C3%A9mico%20en%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H75095071
26. Acute Diarrhea in Adults and Children: A Global Perspective. World Gastroenterology Organisation. [Internet]. 2012 [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/acute-diarrhea/acute-diarrhea-english>
27. Trautmann A, Vivarelli M, Samuel S, Gipson D, Sinha A, Schaefer F, et al. IPNA clinical practice recommendations for the diagnosis and management of children with steroid-resistant nephrotic syndrome. *Pediatr Nephrol.* 2020;35(8):1529-61.
28. Iron deficiency in infants and children <12 years: Treatment - UpToDate [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/iron-deficiency-in-infants-and-children-less-than12-years-treatment?search=manejo%20anemia%20en%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
29. Reyes N, Zaldívar FR, Cruz R, Sandoval MD, Gutiérrez CA, Athié C. Precisión diagnóstica de la escala RIPASA para el diagnóstico de apendicitis aguda: análisis comparativo con la escala de Alvarado modificada. *Cir Gen.* 2012;34 (2):101-6.
30. ASA Physical Status Classification System [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>
31. Trichomoniasis - UpToDate [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/trichomoniasis?search=tricomoniasis%20vaginal&source=search_result&selectedTitle=1~88&usage_type=default&display_rank=1#H13

32. Andrés Wurgaft K. Infecciones del tracto urinario. Rev Med Clin Condes. 1 de julio de 2010;21(4):629-33.
33. Herráiz MÁ, Hernández A, Asenjo E, Herráiz I. Infección del tracto urinario en la embarazada. Enferm Infecc Microbiol Clin. 3 de diciembre de 2005;23:40-6.
34. Gómez Landeros O, Zúñiga Valadés A, Granados Cosme JA, Velasco Arenas FE, Gómez Landeros O, Zúñiga Valadés A, et al. Cambios en la calidad de sueño, somnolencia diurna, ansiedad y depresión durante el internado médico de pregrado. Investigación en educación médica. septiembre de 2019;8(31):48-54.