



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DE LAS PRACTICAS PREPROFESIONALES EN UN
ESTABLECIMIENTO DE PRIMER Y TERCER NIVEL DE ATENCION
DURANTE EL INTERNADO MEDICO EN EPOCA DE PANDEMIA EN
LA CIUDAD DE LIMA, 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

ANGELA MIRELLA LEYVA ZEGARRA

ASESOR

DR. JOSÉ FRANCISCO PARODI GARCÍA

**LIMA, PERÚ
2021**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DE LAS PRACTICAS PREPROFESIONALES
EN UN ESTABLECIMIENTO DE PRIMER Y TERCER NIVEL DE
ATENCION DURANTE EL INTERNADO MEDICO EN EPOCA
DE PANDEMIA EN LA CIUDAD DE LIMA, 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
ANGELA MIRELLA LEYVA ZEGARRA**

**ASESOR
DR. JOSE FRANCISCO PARODI GARCÍA**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: Mg. Giselle Vásquez Donayre

Miembro: Mg. Edgar Rolando Ruíz Semba

Miembro: M.E. Johandi Delgado Quispe

DEDICATORIA

Este informa está dedicado:

A Dios, quien ha sido mi guía en todos estos años y quien ha estado conmigo siempre, ayudándome a aprender de mis errores.

A mis abuelos, que están en el cielo, quienes estuvieron conmigo en los primeros años de la carrera y me apoyaban en cada paso que daba.

A mis padres, que con su esfuerzo me han permitido cumplir uno de mis sueños, han sido mi mano derecha todos estos años y me han inculcado un ejemplo de valentía, al sacarnos adelante a mis hermanos y a mí.

Angela Mirella Leyva Zegarra

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud a Dios y a toda mi familia por estar siempre presentes, por apoyarme en cada decisión y por no dejarme caer.

A mis tutores, quienes con sus enseñanzas hicieron que crezca día a día como profesional; gracias a cada uno de ustedes, por su paciencia, dedicación y apoyo incondicional.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	
1.1 Importancia del internado	1
1.2 Rotación de Pediatría	3
1.3 Rotación de Gineco-obstetricia	7
1.4 Rotación de Medicina interna	8
1.5 Rotación de Cirugía	13
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	17
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	
3.1 Rotación de Pediatría	19
3.2 Rotación de Gineco-obstetricia	20
3.3 Rotación de Medicina interna	21
3.4 Rotación de Cirugía	22
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	24
CONCLUSIONES	27
RECOMENDACIONES	28
FUENTES DE INFORMACIÓN	29

RESUMEN

Objetivo: Describir la experiencia de las prácticas profesionales en las cuatro rotaciones del internado de la carrera de medicina humana, antes y durante la pandemia por la COVID-19.

Materiales y métodos: Se realizará una presentación de todo lo aprendido pre y post pandemia durante el internado médico, según las cuatro rotaciones de la carrera: pediatría, ginecología, cirugía y medicina interna. Se describirán casos clínicos fundamentados en bases teóricas, donde se integrarán todos los conocimientos aprendidos durante la carrera, de tal forma que proporcionen evidencia de la opinión crítica y humanista de la profesión.

Conclusión: Se describe un internado médico con elevada demanda de personal de salud y con déficit de recursos en los centros de salud de atención primaria.

ABSTRACT

Objective: To describe the experience of the professional practices in the four rotations of the internship of the human medicine career, before and during the COVID-19 pandemic.

Materials and methods: There will be a presentation of everything learned before and after the pandemic during the medical internship, according to the four rotations of the career: pediatrics, gynecology, surgery and internal medicine. Clinical cases based on theoretical bases are described, where all the knowledge learned during the career will be integrated, in such a way that they provide evidence of the critical and humanistic opinion of the profession.

Conclusion: A medical internship with high demand for personal health and with a deficit of resources in primary care health centers is described.

INTRODUCCIÓN

El internado médico es la última etapa de la carrera de medicina humana, consiste en hacer prácticas preprofesionales, en donde se consolida todo lo que se aprendió años anteriores.

El 1 de enero del 2020 se inició el internado en el Instituto Nacional de Salud del Niño, el cual es categoría III-2, está ubicado en la Avenida Brasil N°600 – Distrito Breña, la población objetivo son niños y adolescentes, cuenta con los servicios de medicina pediátrica (con las especialidades de cardiología, dermatología, endocrinología, gastroenterología, hematología, infectología, nefrología, neonatología, neumología, neurología y reumatología), cirugía, biotecnología, salud mental, odontología, hemodiálisis, emergencia, anatomía patológica, diagnóstico por imágenes, nutrición, farmacia (1).

Una semana antes del inicio del internado, la Doctora Ubillus realizó una inducción, en la cual explicó cómo sería la distribución de internos según conveniencia, podías elegir entre los servicios de medicina general, cirugía o subespecialidades (como neurología, neumología o infectología), luego de esto, a los que elegían medicina general los dividían en pabellones.

La primera rotación de pediatría, en el mes de enero, fue en el pabellón C, donde el jefe del servicio, el Doctor Galdós dio la bienvenida y dividió a los internos y residentes según las 4 salas existentes. Se indicó que las evoluciones deberían estar listas a las 7:30am, para hacer una pequeña visita con el residente de primer año, y si hubiese un ingreso, el interno debía presentarlo en la reunión que se realizaba de lunes a viernes a las 8:00am. En la sala 4, la visita con el médico asistente se realizaba a las 9:00am; al

medio día de lunes a viernes se realizaban actividades académicas sobre los temas más comunes en pediatría y los sábados de cada semana se presentaba un caso clínico junto con el residente y se tomaba una pequeña prueba sobre lo aprendido.

La segunda rotación de pediatría en el mes de febrero fue en el pabellón B, donde la Doctora Ugarte dividió a los internos según las 3 salas existentes. En la sala 3, la primera visita con el médico asistente, se realizaba a las 7:30am, para mandar a tiempo las interconsultas y exámenes auxiliares; la segunda visita se realizaba a las 9:00am, el interno se encargaba de presentar las camas, si hubiese un ingreso debía tener la historia clínica ya hecha hasta el mediodía, hora en la cual se realizaban las actividades académicas de lunes a viernes; la tercera visita se pasaba a la 1:00pm, para revisar los pendientes y apuntar las sugerencias de las interconsultas. En este pabellón existe un área llamada UTI (unidad de tratamiento intermedio), donde se encontraban niños con enfermedades crónicas, cada interno debía rotar una semana y hacer 3 evoluciones al día, con la supervisión del residente de tercer año.

Las emergencias estaban cubiertas por 4 internos de diferentes universidades, eran aproximadamente 5 a 6 por mes, las guardias diurnas y nocturnas eran de 12 horas, antes de cada guardia había un examen escrito y al culminar la guardia había examen oral sobre los temas más relevantes en pediatría. Los internos se encargaban de atender las prioridades III y IV, realizaban la anamnesis e identificaban la patología, para luego presentarla al médico residente de primer año, con el cual realizaban el tratamiento; el residente de segundo año se encargaba de las prioridades I y II.

En el mes de marzo se accedió a la rotación de neonatología en el Instituto Nacional Materno Perinatal, el cual es categoría III-2, está ubicado en Jr. Santa Rosa N°941 – Distrito La Victoria, la población objetivo son mujeres (atención ginecológica, obstétrica y perinatal), cuenta con los servicios de Ginecología y obstetricia, especialidades médicas para la madre: medicina interna, anestesiología, endocrinología, genética, oftalmología, psiquiatría, radiología y especialidades médicas para el niño: pediatría, cirugía pediátrica, oftalmología, otorrinolaringología, neuropediatría y rehabilitación (2).

El primero de marzo, el residente de quinto año, el doctor De La cruz dividió a los internos según los servicios (Intermedios A-I, A-II, B-III, B-IV), en los cuales rotarían cada semana, explico que las guardias diurnas se harían en el servicio de intermedios, y las guardias nocturnas en centro obstétrico. La rotación de neonatología comenzó en Intermedios III, donde las evoluciones debían estar a las 08:00am, la sala contaba con aproximadamente 40 camas, cada interno se encargaba de evolucionar 20 camas.

La emergencia era en centro obstétrico, y estaba a cargo de 1 interno, eran aproximadamente 4 a 5 por mes, las guardias diurnas eran de 6 horas y las nocturnas de 12 horas. Los internos tenían a cargo 19 camas, se encargaban de realizar la historia clínica neonatal, hacían el examen físico, y junto con el residente de primer año los diagnósticos de ingreso y el tratamiento.

Por motivo de la pandemia el gobierno peruano impuso medidas de control para evitar la propagación de la Covid-19, por lo que suspendieron el internado el 15 de marzo del 2020. La Asociación Nacional de Facultades de Medicina, decidió seguir las indicaciones de la resolución Viceministerial 081-2020-MINEDU de retirar a los internos de medicina de los establecimientos de salud, ya que no contaban con seguro médico y equipo de protección personal (3).

Después de 5 meses, salió el decreto de urgencia N°090-2020, donde se brindan lineamientos para la reanudación progresiva de los internos (4). Algunos regresaron a los establecimientos de salud de origen, mientras que otros retornaron a centros de salud. La elección de realizar el internado en el primer nivel de atención se debió a salvaguardar la seguridad de los internos, además de brindarles equipo de protección personal (gorros, mascarillas, mandilones, guantes y botas). Debían asistir 15 días continuos, en áreas no-COVID, seguidos de 15 días de internado virtual según la universidad, el horario era de 7:00am a 13:00pm.

La asignación de la nueva sede, fue el Centro de Salud Materno Infantil Ancón, el cual es categoría I-4, está ubicado en Jr. Loa N°595 – Distrito Ancón, la población objetivo son mujeres, gestantes, niños y adultos (5).

La inducción fue realizada por el jefe del establecimiento, el Doctor Mejía, quien dividió a los internos según rotaciones las rotaciones faltantes, el horario de entrada y salida era de 7:00am a 7:00pm, la asistencia a las campañas de vacunación era voluntaria, las actividades académicas estaban a cargo de 2 tutores (El Doctor Mejía y el Doctor Ayquipa), quienes supervisaban el desempeño de cada interno.

En el mes de diciembre se dio la oportunidad de hacer una rotación externa en el Hospital Sergio Bernales para la rotación de Gineco-Obstetricia, donde el jefe del servicio, el Doctor Otoyá, dio la bienvenida y dividió a los nuevos internos. La primera semana la rotación fue en la Unidad de cuidados intermedios (UCIM), donde se encontraban mujeres postoperadas, la evolución debía estar a las 7:30am para pasar visita con el residente de segundo año, hacer interconsultas, solicitar exámenes auxiliares y curar heridas operatorias. La segunda semana la rotación fue en la Unidad de alto riesgo obstétrico (ARO), el horario de entrada era más temprano debido a la complejidad de las pacientes, por lo tanto, la evolución debía estar a las 7:00am para pasar visita con la residente de tercer y segundo año, hacer interconsultas, solicitar exámenes auxiliares y preoperatorios.

La emergencia estaba a cargo de 3 internos, eran 1 a 2 guardias por semana, de 7:00am a 7:00pm, antes de cada guardia se dejaban listos los paquetes de cesárea, AMEU y legrado uterino, por la alta demanda de pacientes. Los internos se encargaban de hacer la anamnesis y rápidamente la presentaban al residente de primer año, juntos realizaban el examen físico y procedían a completar los diagnósticos y tratamiento. En ese tiempo no se permitía dejar la guardia para ir a centro obstétrico, por el contacto cercano con los pacientes y como medida contra la COVID-19.

Los siguientes meses las rotaciones fueron en el Centro de Salud Materno Infantil Ancón. Donde la principal limitación fue que solo se veían las patologías comunes, además no se podía hacer seguimiento a los pacientes, cosa contraria a los hospitales, donde se hacía seguimiento al paciente desde el ingreso hasta el alta.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Importancia del internado

El internado es la etapa más importante en la formación de todo médico, en el Perú consta de cuatro rotaciones: Pediatría, ginecología, medicina y cirugía. Los estudiantes participan de manera activa en los establecimientos de salud, interviniendo en las visitas médicas, realizando las evoluciones, haciendo procedimientos, etc. Todo esto con el fin de consolidar conocimientos, aprender procedimientos básicos y manejar las emergencias más comunes que podrían darse en el SERUMS.

En la rotación de pediatría, se esperaba identificar, diagnosticar y tratar las patologías más comunes en emergencia: faringitis, resfrió común, otitis, bronquiolitis, crisis asmática, neumonía, diarrea aguda infecciosa, deshidratación, infección urinaria, urticaria; calcular la dosis de los fármacos más usados. En este caso, si se logró cumplir con las metas propuestas, ya que el hospital del niño es muy académico, siempre preocupados porque aprendas lo básico en pediatría, eran muy frecuentes las exposiciones, trabajos, presentación de casos y actividades académicas, además se contaba con un tutor que cada semana presentaba casos y los resolvía con los internos, así afianzaban los conocimientos aprendidos durante la semana.

En neonatología, se esperaba realizar historia clínica neonatal, atención inmediata del recién nacido, además de identificar, diagnosticar y tratar las complicaciones más frecuentes: sepsis neonatal, hipoglicemia neonatal, ictericia neonatal, policitemia, etc. En este caso, se logró cumplir las metas propuestas a medias, esta rotación solo duró dos semanas, ya que se suspendieron las prácticas hospitalarias por la COVID-19, por otro lado, al

rotar por intermedios y tener 20 pacientes a cargo, se pudo tratar las complicaciones más frecuentes en neonatología.

En Gineco-Obstetricia, se esperaba aprender a realizar la historia clínica prenatal, atender un parto, manejar el trabajo de parto, identificar, diagnosticar y tratar patologías más frecuentes: hiperémesis gravídica, anemia, infección urinaria, claves obstétricas, enfermedades de transmisión sexual, y sobre todo planificación familiar. En este caso, al rotar 2 semanas en hospital solo se pudo evaluar las patologías más frecuentes en emergencia y en piso. Las siguientes semanas durante la rotación en el centro de salud, se logró realizar controles prenatales a las gestantes, tratar anemias, infecciones urinarias, hiperémesis gravídica y enfermedades de transmisión sexual.

En medicina, se esperaba identificar, diagnosticar y tratar las patologías más frecuentes: hipertensión arterial, diabetes mellitus, gastritis, dolor abdominal, cólico renal, convulsiones, intoxicaciones, lumbalgias, dislipidemias, etc. Al rotar en un centro de salud, solo se pudo afianzar conocimientos sobre las patologías crónicas y emergencias más comunes, pero se tuvo apoyo de los tutores en todo momento, los cuales preparaban a los internos para el SERUMS, en este caso estar en el primer nivel de atención sería beneficioso ya que esas patologías eran las verían durante toda la carrera, además se pudo afianzar conocimientos en diagnóstico por imagen, ya que uno de los tutores es especialista y siempre estaba dispuesto a enseñar.

En cirugía se esperaba manejar suturas, heridas, quemaduras y mordeduras de perro; manejar fracturas y luxaciones; identificar, diagnosticar y tratar hernias, obstrucción intestinal, pancreatitis, apendicitis, diverticulitis, colecistitis, hemorroides, etc. Al rotar en un centro de salud, solo se pudo afianzar conocimientos sobre las patologías quirúrgicas más frecuentes, además se aprendió a manejar heridas, quemaduras y mordeduras de perro; y el beneficio que se tuvo es la alta demanda de suturas, que permitió mejorar la técnica quirúrgica día a día.

Por esta razón se presentarán los casos clínicos más vistos durante las cuatro rotaciones, y con ello se aplicarán los conocimientos teóricos y prácticos aprendidos durante toda la carrera.

1.2 Rotación de pediatría

Caso 1: Se trata de una paciente mujer de 3 años, sin antecedentes de importancia, que acude por emergencia al INSN con su madre, quien refiere:

- Hace 3 días la menor presenta fiebre cuantificada en 40°C por lo cual le administro metamizol, además un vomito de contenido alimenticio.
- Hace 2 días persiste la fiebre, por lo que la llevan a una clínica donde le indican nebulización más ceftriaxona IM, además de tratamiento vía oral con amoxicilina/ácido clavulánico y prednisona.
- Hace 1 día persiste la fiebre, se agrega tos y deposiciones líquidas en 2 oportunidades, por lo que acude al INSN, donde le indican tratamiento con cefuroxima y paracetamol.
- El día del ingreso, persiste la fiebre cuantificada en 39°C, tos, un vómito de contenido alimenticio y se agrega respiración rápida.

Se procedió a llevar a la menor a tóxico, donde se le aplico medios físicos y se le administro paracetamol. En caso de fiebre, la primera medida que se realiza son medios físicos, se procede a bañar al paciente con agua tibia por 15 a 20 minutos en una habitación cerrada, además de darle antipiréticos.

La menor no tenía ningún antecedente patológico, familiar ni quirúrgico, además no era alérgica a ningún medicamento. Las funciones biológicas estaban normales, excepto el apetito que estaba disminuido y el sueño que estaba interrumpido por la tos.

Funciones vitales: Frecuencia cardíaca: 128 lpm, Frecuencia respiratoria: 48 rpm, Temperatura: 39°C, Saturación: 94%. Peso: 13kg, Talla: 98cm.

Al examen físico:

- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos
- Nariz: fosas nasales con secreción mucosa
- Orofaringe: congestiva, sin presencia de exudados

- Tórax y pulmón: tiraje subcostal leve. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, subcrépitos en ambos hemitórax, a predominio de hemitórax derecho.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos, pulsos periféricos presentes.
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, ruidos hidroaéreos presentes, no visceromegalia.
- Sistema nervioso central: despierta, reactiva a estímulos, tono muscular conservado.

Por los hallazgos clínicos caracterizados por fiebre, tos y dificultad respiratoria (taquipnea, hipoxemia, tirajes), se pensó en un cuadro de neumonía, ya que su diagnóstico es netamente clínico.

Se realizó una radiografía de tórax, la cual no es necesaria para confirmar el diagnóstico, pero en este caso es útil porque el paciente iba ser hospitalizado y porque no hubo respuesta al tratamiento antibiótico. En esta se evidencio una radiopacidad pulmonar compatible con consolidación, según estos hallazgos se podría pensar que la causa de la neumonía es bacteriana, ya que el patrón es el mismo.

Además, se procedió a tomar exámenes de laboratorio de rutina, en el hemograma se observó que los leucocitos estaban elevados (el recuento de leucocitos >15000 sugiere que la causa de la patología es bacteriana), el PCR, que es un reactante de fase aguda, también estaba elevado (el PCR >8 podría asociarse a etiología bacteriana), el resto de exámenes se encontraban normales. Por la persistencia de los síntomas y la no mejoría con el tratamiento ambulatorio, se decide su hospitalización.

Diagnósticos:

- Síndrome distrés respiratorio: Neumonía adquirida en la comunidad.
- Eutrófico

Tratamiento:

- Dieta blanda + líquidos a voluntad
- Ceftriaxona 520 mg c/12h EV

- Metamizol 260mg EV, si la T>38°C
- Oxígeno suplementario, si satura <92%
- Posición semisentada + CFV + BHE

Caso 2: Se trata de un paciente varón de 9 meses, sin antecedentes de importancia, acude por emergencia al INSN con su madre, quien refiere:

- Hace 1 día el menor presenta deposiciones semilíquidas sin moco y sin sangre (3 veces al día), además de vómitos (2 veces al día).
- El día del ingreso las deposiciones se tornan líquidas sin moco y sin sangre (6 veces al día), además de un vómito post ingesta de leche materna.

El menor no tenía ningún antecedente patológico, familiar ni quirúrgico, además no era alérgica a ningún medicamento.

Funciones biológicas: Apetito: disminuido, Sed; aumentada, Heces: líquidas, amarillas, Orina: transparente, regular cantidad, Sueño: interrumpido.

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 120 lpm, Frecuencia respiratoria: 46 rpm, Temperatura: 37°C, Saturación: 94%. Peso: 8kg, Talla: 68cm

Al examen físico:

- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos, no signo del pliegue, ojos hundidos, boca seca
- Tórax y pulmón: tórax simétrico, amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, aumentados de intensidad, no se auscultan soplos, pulsos periféricos presentes.
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, ruidos hidroaéreos aumentados, no visceromegalia.
- Sistema nervioso central: despierto, irritable, moviliza las 4 extremidades, no signos de focalización.

Por la edad del paciente y los hallazgos clínicos: ausencia de fiebre y diarrea acuosa sin sangre de 2 días de evolución, se pensó en una diarrea aguda infecciosa de causa viral, en este caso por rotavirus, que es el agente etiológico más frecuente en niños menores de 2 años. Luego de ello se procedió a observar y explorar los signos de deshidratación, para orientar el tratamiento correspondiente. En este caso el uso rutinario de examen de heces no está recomendado, ya que por lo anterior mencionado la causa sería viral.

Diagnóstico: Diarrea aguda infecciosa con deshidratación moderada

Plan: Se aplicó el Plan B, que implica la atención en emergencia, el paciente tolera la vía oral, por lo que se inició terapia con Suero de rehidratación oral 50 a 100cc/k en 4 horas. El paciente pesaba 8 kilos, por lo que le suministró 800cc en 4 horas.

Luego de 4 horas de rehidratación se reevaluó al paciente, ya no presentaba signos de deshidratación, tenía buena tolerancia oral y había presencia de micción, por lo tanto, cumplía con criterios de alta y continuó con el tratamiento ambulatorio en casa.

Tratamiento:

- Suero de rehidratación oral 5ml/kilo por cada vómito o 10ml/kilo por cada diarrea
- Paracetamol 5ml c/6 horas por 2 días.

Se le indicó a la madre: control por consultorio externo de pediatría en 48 horas, y si el paciente presentaba los siguientes signos de alarma: duerme todo el rato, más de 6 deposiciones en una hora, más de 4 vómitos en 1 hora, ojos hundidos y lengua seca, debería acudir por emergencia.

1.2 Rotación de Gineco-obstetricia

Caso 3: Se trata de una mujer de 30 años, sin antecedentes de importancia, que acude por emergencia al Hospital Sergio Bernales por fiebre cuantificada en 39°C, dolor abdominal bajo y flujo vaginal grisáceo con mal olor, además refiere que en la última semana sintió dolor al tener relaciones sexuales.

Antecedentes: su menarquia fue a los 12 años, su primera relación sexual fue a los 5 años, su régimen catamenial es 4-5/28. Formula Obstétrica: G2 P2002. El método anticonceptivo es la ampolla trimestral. FUR fue el mes pasado. Niega antecedentes patológicos y familiares.

Funciones biológicas: Apetito: disminuido, Sed; conservada, Heces: conservadas, Orina: conservada, Sueño: interrumpido por el dolor.

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 100 lpm, Frecuencia respiratoria: 18 rpm, Temperatura: 38.5°C, Presión arterial: 120/80mmHg, Saturación: 98%.

Peso: 75kg, **Talla:** 160cm

Examen físico:

- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos.
- Tórax y pulmón: tórax simétrico, amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos, pulsos periféricos presentes.
- Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio
- Genitourinario: A la especuloscopia se evidencia flujo grisáceo mal oliente que fluye por el orificio cervical externo. Al tacto vaginal se evidencia útero AVF de 8cm, muy doloroso a la movilización del cérvix, anexos no dolorosos
- Sistema nervioso central: despierta, sin signos de focalización, orientada en tiempo, espacio y persona.

Por la sintomatología de la paciente (dolor abdominal bajo, fiebre, dolor cervical y descenso) se pensó en una enfermedad pélvica inflamatoria, que puede ser causada por patógenos de transmisión sexual o puede estar asociado a vaginosis bacteriana. El diagnóstico clínico sigue siendo el enfoque más importante, pero el diagnóstico definitivo se realiza por laparoscopia (aunque solo si no se tiene un diagnóstico certero).

Se realizaron exámenes auxiliares, donde se evidenció leucocitosis, PCR y VSG elevados.

Diagnóstico:

- Síndrome de dolor abdominal bajo: Enfermedad pélvica inflamatoria
- Vaginosis bacteriana

Por el dolor al rebote y el dolor a la movilización del cérvix, se pensó en una EPI estadio II, por lo cual se decidió hospitalizar a la paciente e iniciar tratamiento antibiótico empírico.

Tratamiento: Doxiciclina 100 mg c/12h + Metronidazol 500 mg c/12h

El agente etiológico más frecuente en EPI es la *Chlamydia Trachomatis* y *Neisseria Gonorrhoeae*, por lo tanto, al ser bacterias gram negativas se cubrió con doxiciclina, además por el flujo vaginal que presentó se pensó en vaginosis, por eso se cubrió con metronidazol.

Caso 4: Se trata de una primigesta de 38 5/7 semanas de 25 años de edad, que acude por consultorio al CSMI Ancón, con un tiempo de enfermedad de 2 días. Refiere que desde hace dos días presenta fiebre cuantificada en 38°C por lo cual tomó 2 tabletas de paracetamol, además dolor de espalda; hace un día el dolor de espalda aumenta de intensidad 8/10, y se agrega dolor y ardor al orinar, por lo que acude al centro de salud. Fórmula obstétrica: G1P0000.

Antecedentes: su menarquía fue a los 12 años, primera relación sexual fue a los 18 años, su régimen catamenial fue 3-4/28. Fórmula obstétrica: G1 P0000. Niega antecedentes patológicos, familiares y alergia a algún medicamento.

Funciones biológicas: Apetito: conservado, Sed; conservada, Heces: duras y marrones, Orina: anaranjada, regular cantidad, Sueño: interrumpido.

Funciones vitales: Frecuencia cardíaca: 95 lpm, Frecuencia respiratoria: 18 rpm, Temperatura: 37.5°C, Presión arterial: 100/60mmHg, Saturación: 98%.
Peso: 75kg, Talla: 158cm.

Examen físico:

- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos.
- Mamas: blandas, simétricas, secretoras de calostro.
- Tórax y pulmón: tórax simétrico, amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos, pulsos periféricos presentes.
- Abdomen: útero grávido, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, ruidos hidroaéreos presentes
- Genitourinario: Puño percusión lumbar (+).
- Sistema nervioso central: despierta, sin signos de focalización, orientada en tiempo, espacio y persona.

Por la sintomatología de la paciente (fiebre, dolor lumbar y disuria) se pensó en una infección del tracto urinario. Estas infecciones, si se presentan en el tracto genital inferior, lo hacen como una bacteriuria asintomática o cistitis, siendo los síntomas más frecuentes la disuria y tenesmo; y si se presentan en el tracto genital superior, lo hacen como una pielonefritis, siendo los síntomas más frecuentes la fiebre, dolor lumbar, náuseas y vómitos.

Diagnóstico: Infección del tracto urinario en gestante.

Plan: Ante la sospecha, se solicita examen de orina porque es el examen que podría apoyar al diagnóstico, ya que el establecimiento de salud no realiza urocultivo.

El examen de orina resulto patológico, se encontró leucocituria (50-100 x campo), esterasa leucocitaria y nitritos +. El urocultivo es la prueba de elección para diagnosticar Infección del tracto urinario y encaminar el tratamiento; la paciente era de bajos recursos, por lo que se inició el tratamiento de

inmediato, pero igual se sugirió que realice el urocultivo lo antes posible y acuda por consultorio con los resultados.

Tratamiento:

- Ceftriaxona 1gr c/24h IM por 5 días
- Paracetamol 500mg c/8h por 2 días

Como la paciente tiene una edad gestacional avanzada, se administró tratamiento por vía parenteral con ceftriaxona, ya que este fármaco cubre *Escherichia Coli*, que es el principal agente etiológico de la infección del tracto urinario.

1.4 Rotación de medicina interna

Caso 5: Se trata de una paciente mujer de 30 años de edad, con antecedente de atopía, que acude por emergencia al CSMI Ancón, con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 20 minutos, de inicio brusco, curso progresivo. Refiere que comió arroz con mariscos y a los pocos minutos le empezó a picar todo el cuerpo y le aparecieron ronchas en los brazos, tórax y abdomen, además siente que sus ojos se están hinchando.

La paciente refiere que sufría de rinitis alérgica en la infancia, además niega antecedentes familiares y quirúrgicos, además refirió no ser alérgica a ningún medicamento. Las funciones biológicas estaban normales.

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 78 lpm, Frecuencia respiratoria: 18 rpm, Presión arterial: 120/80 mmHg, Temperatura: 37°C, Saturación: 98%.
Peso: 68kg, Talla: 1.60cm

Al examen físico:

- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos. Edema en párpado superior (+/+++), habones a predominio de miembros superiores, tórax y abdomen. presencia de eritema generalizado.

- Tórax y pulmón: tórax simétrico, amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos, pulsos periféricos presentes.
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, ruidos hidroaéreos presentes.
- Sistema nervioso central: despierta, sin signos de focalización, orientada en tiempo, espacio y persona.

Por la clínica tan repentina, la exposición a los mariscos y el antecedente de rinitis alérgica, se concluyó que la paciente presento una alergia alimentaria, la cual se da con mayor frecuencia en adultos con antecedente de atopía.

Diagnóstico: Intoxicación alimentaria

La alergia alimentaria se presenta como urticaria, cuya lesión característica es el habón o roncha (lesiones eritematosas, sobreelevadas que se blanquean a la digitopresión y que se acompañan de prurito).

Plan: Por lo tanto, se llevó la paciente a tóxico y rápidamente se procedió a administrar Clorfenamina 10mg + Dexametasona 4mg EV en Bolo y se quedó en observación (los antihistamínicos y glucocorticoides, han demostrado mejoría de los síntomas en casos de urticaria aguda). A los 30 minutos de la reevaluación se observó mejoría, el edema en párpado superior y los habones ya habían disminuido, por lo tanto, se fue de alta.

Tratamiento:

- Clorfenamina 4mg c/8h por 3 días

También se le recomendó evitar comer cítricos y comidas condimentadas por lo menos 3 días, además de no volver a comer mariscos.

Caso 6: Se trata de una paciente mujer de 45 años de edad, de ocupación ama de casa, que acude por consultorio externo del CSMI Ancón con un tiempo de enfermedad de 2 días, por presentar cefalea holocraneana, tipo opresivo, de intensidad 5/10, niega náuseas y vómitos.

La paciente no tenía antecedentes patológicos ni quirúrgicos, ni era alérgica a ningún medicamento, pero refiere que su madre tiene diagnóstico de Diabetes Mellitus.

Funciones biológicas: Apetito: disminuido, Sed: aumentada, Deposiciones: duras, Orina: transparente, mucha cantidad.

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 80 lpm, Frecuencia respiratoria: 20 rpm, Presión arterial: 110/80 mmHg. Temperatura: 36.5°C, Saturación: 98%, Peso: 91 kg, Talla: 1.58cm, IMC: 36.45

Al observar a la paciente, llamo la atención la obesidad que presentaba, por tal motivo se dirigió la anamnesis en búsqueda de factores de riesgo para dislipidemia y/o diabetes. La paciente mencionó consumir gran cantidad de grasas y carbohidratos y además refirió que, por su pobre condición económica, no era frecuente su consumo de verduras y frutas. Al estar a cargo de sus dos hijas, tampoco tenía tiempo de salir a hacer deporte.

Al examen físico:

- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos, panículo adiposo aumentado y acantosis nigricans en región cervical.
- Tórax y pulmón: tórax simétrico, amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos, pulsos periféricos presentes.
- Abdomen: globoso, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, ruidos hidroaéreos presentes.
- Sistema nervioso central: despierta, sin signos de focalización, orientada en tiempo, espacio y persona.

Diagnósticos:

- Cefalea tensional
- Obesidad tipo II
- Diabetes mellitus probable
- Dislipidemia probable

Plan: se le explico a la paciente que el dolor de cabeza que presentaba era de por tensión, por lo cual se le recomendó tomar Paracetamol 500 mg c/8h x 5 días. Ante la sospecha de un posible diagnóstico de diabetes mellitus y por la obesidad grado II que presentaba, se le solicitó exámenes auxiliares: Glucosa en ayunas, Hemoglobina glicosilada y Perfil lipídico, indicándole que apenas tenga los resultados saque cita por consultorio.

La paciente acude por consultorio de medicina 2 días después, con resultados de laboratorio: Glucosa en ayunas: 130 mg/dl, Hemoglobina glicosilada: 7%, Colesterol: 180, Triglicéridos: 160.

La paciente tenía clínica de Diabetes Mellitus: polidipsia, polifagia y poliuria, esto aumentado a los resultados de laboratorio confirmo el diagnóstico. Se le explico a la paciente que el colesterol y triglicéridos estaban dentro de los valores normales, pero que la glucosa estaba elevada en las 2 pruebas realizadas, por lo tanto, eso confirmaba el diagnostico de Diabetes y por eso debía recibir tratamiento y medidas dietéticas.

Tratamiento:

- Metformina 850 mg c/24h después del almuerzo.
- Dieta mediterránea: a base de verduras y frutas: tratar de comer 5 veces al día, y a las 10pm comer una fruta.
- Ejercicios aeróbicos (salir a caminar o correr).
- Evitar comer harinas, carbohidratos y dulces.

El manejo de primera línea ante un caso de diabetes son los cambios en el estilo de vida: dieta y ejercicios, y sumado a eso metformina.

1.5 Rotación de cirugía

Caso 7: Se trata de un paciente varón de 6 años, que acude por emergencia al CSMI Ancón con su madre, quien refiere que hace aproximadamente 20 minutos, mientras su hijo jugaba en el patio de su vecindad, fue atacado por

un perro bulldog, al interrogar al niño, el refirió que estaba jugando con unos amigos y de la nada el perro lo atacó primero en el brazo, luego en la espalda.

El menor no tenía ningún antecedente patológico, ni quirúrgicos, además no era alérgico a ningún medicamento. Todas las funciones biológicas se encontraban normales.

Funciones vitales: Frecuencia cardíaca: 85 lpm, Frecuencia respiratoria: 18 rpm, Temperatura: 36.4°C, Saturación: 98%, Peso: 22 kg, Talla: 113cm.

Al examen físico:

- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos. Se observan dos heridas punzantes de aproximadamente 0.5 cm de longitud en antebrazo derecho y tórax, a nivel subescapular se observan dos heridas punzocortantes de aproximadamente 2cm de longitud y 1 cm de profundidad, con exposición de panículo adiposo.
- Tórax y pulmón: tórax simétrico, amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos, pulsos periféricos presentes.
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, ruidos hidroaéreos presentes.
- Sistema nervioso central: despierta, sin signos de focalización, orientado en tiempo, espacio y persona.

Se procedió a llevar al paciente a tópicos de cirugía, donde se le realizó el lavado de las heridas con abundante agua y jabón (este procedimiento es muy importante porque así se reduce la carga viral y la contaminación bacteriana en el lugar de la mordedura), se procedió a limpiar las heridas con agua destilada y después con yodopovidona. En las zonas de mayor extensión (a nivel subescapular), con ayuda de dos pinzas Kelly se insertaron dos apósitos con yodopovidona dentro de la cavidad y se limpió minuciosamente, estas heridas si requirieron sutura, ya que había exposición de panículo adiposo (en casos de mordedura está prohibido suturar las heridas, ya que podría provocar mayor infección, excepto en cara o si es muy extenso). Se procedió a realizar dos puntos simples de afrontamiento para generar hemostasia, se

realizó en un solo plano, sin suturar tejido celular subcutáneo (para facilitar el drenaje).

Cuando se le consulto a la madre sobre el perro, refirió que era de una vecina y que tenía sus vacunas al día.

Diagnóstico: Mordedura de perro

Plan: Administrar tratamiento antibiótico con Amoxicilina/Ácido clavulánico dar 4ml c/8h por 7 días y tratamiento analgésico con ibuprofeno 11ml c/8h por 5 días.

Caso 8: Se trata de un paciente varón de 28 años, que acude por emergencia al CSMI Ancón refiriendo que hace aproximadamente 6 horas presenta dolor abdominal tipo cólico de intensidad 5/10, al pasar las horas el dolor fue incrementado ahora es 7/10 y se irradia a flanco derecho, además refiere sensación de alza térmica y náuseas con vómitos en 3 oportunidades.

El paciente no tenía antecedentes patológicos ni quirúrgicos, además no era alérgico a ningún medicamento.

Funciones biológicas: Apetito: disminuido, Sed: conservada, Deposiciones: normales, Orina: transparente, de regular cantidad.

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 118 lpm, Frecuencia respiratoria: 18 rpm, Presión arterial: 110/80, Temperatura: 38.5°C, Saturación: 97%, Peso: 75 kg, Talla: 168cm.

Al examen físico:

- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos.
- Tórax y pulmón: tórax simétrico, amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos, pulsos periféricos presentes.
- Abdomen: globoso, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación profunda en mesogastrio, hipogastrio y fosa

iliaca derecha. Se encuentra punto Mac Burney positivo, signo de Rovsing positivo, signo del Obturador positivo.

- Sistema nervioso central: despierta, sin signos de focalización, orientado en tiempo, espacio y persona.

Debido a las manifestaciones clínicas del paciente se pensó en una probable apendicitis aguda, en este caso el examen físico es fundamental para el diagnóstico, la paciente presento lo que se conoce como cronología de Murphy, que consta de dolor en mesogastrio que se irradia a la fosa iliaca derecha, fiebre, náuseas y vómitos, esto sumado a los signos que se evaluaron en el examen físico: Signo de Rovsing (al palpar el cuadrante inferior derecho, se produce dolor en el cuadrante inferior izquierdo se encuentra dolor en la FID), Signo del obturador (con el paciente en decúbito dorsal, el medico flexiono la cadera y rodilla derecha, seguido de la rotación interna y se produjo dolor en el cuadrante inferior derecho), apoyaron al diagnóstico.

Diagnóstico: Apendicitis aguda probable

El paciente presentaba fiebre, por eso solo se le aplico medios físicos, ya que cualquier analgésico podría enmascarar el dolor, además se restringió la ingesta de líquido y alimentos.

Plan: Ante la sospecha de apendicitis, se procedió a preparar la referencia al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, previa coordinación con el establecimiento de salud. Se canalizó una vía con Cl Na al 9% 1000cc y se procedió a llevar en ambulancia al paciente.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El Centro de Salud Materno Infantil Ancón, es el único establecimiento con más alto nivel de resolución en el distrito, pertenece a la categoría I-4: corresponde a un centro de salud con internamiento, que cuenta con consultorio externo, laboratorio clínico, medicina general, obstetricia, centro obstétrico y hospitalización, por ello brinda atención las 24 horas.

Está ubicado en Jr. Loa N°595 – Distrito Ancón, tiene una población aproximada de 42157 habitantes. Cuenta con los servicios de medicina, enfermería, odontología, obstetricia, psicología, nutrición, fisioterapia y rehabilitación, laboratorio clínico, saneamiento ambiental, descarte de anemia, programa de control de tuberculosis y farmacia. La población objetivo son mujeres, gestantes, niños y adultos.

Los pacientes son referidos al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, previa coordinación con el establecimiento de destino; cuando el problema de salud del usuario supera la capacidad resolutive de establecimiento, cuando se requiera la opinión, confirmación diagnóstica o procedimiento de otra especialidad o cuando la condición del paciente requiera un manejo médico integral en un servicio de hospitalización. El centro de salud brinda acciones de promoción de la salud, prevención de riesgo y recuperación de problemas de salud más frecuentes.

El internado médico en el hospital del niño, antes de la pandemia constaba de prácticas hospitalarias, donde el interno se encargaba del cuidado clínico del paciente, realizaba actividades propias de la carrera: entrevistaba a los

pacientes, escribía evoluciones clínicas, colaboraba con los planes y decisiones clínicas; frente a la pandemia esta rotación solo duro dos meses.

Durante la pandemia el internado continuo en el CSMI Ancón, donde los internos se dividieron en 3 servicios. Un interno atendía en emergencia de medicina: hacia la anamnesis, examen físico y presentaba sus diagnósticos al médico de guardia, si había algún procedimiento o alguna cirugía menor la realizaba con supervisión, si llegaba alguna gestante en labor de parto acudía con el médico. Otro interno iba a consultorio o a emergencia de obstetricia: en consultorio realizaba los controles prenatales, daba tratamiento de prevención para anemia, realizaba procedimientos ginecológicos y si había alguna patología ginecológica, se la presentaba al médico y juntos brindaban tratamiento; en emergencia hacia planificación familiar y si había algún parto participaba activamente con supervisión de la obstetra y el médico.

Por último, como no había pediatría se podía rotar por inmunizaciones, donde se ayudaba a la licenciada a llenar los datos del paciente y a actualizar las vacunas en el sistema, además se apoyar en las campañas de vacunación, orientando a la población sobre las vacunas que le correspondían según su edad, o a control de crecimiento y desarrollo, donde se encargaba de examinar al paciente y llenar los datos en el sistema; o a nutrición, donde se encargaba de dar consejería nutricional y hacer el dosaje de hemoglobina, si el paciente requería tratamiento preventivo, buscaba al médico de guardia y le daba tratamiento para la anemia.

Las funciones del interno durante la pandemia cambiaron notoriamente, ya no se realizaban las mismas funciones que en un establecimiento de mayor complejidad, pero lo positivo fue que se pudieron manejar las patologías más frecuentes que se verán en toda la carrera, además los tutores a cargo enseñaron como era el manejo en el primer nivel de atención según las necesidades del paciente, cuando y como hacer una referencia, y sobre todo prepararon a los internos para ir al Servicio rural y urbano marginal (SERUMS)

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de pediatría

Respecto al caso de la paciente con neumonía adquirida en la comunidad, el diagnóstico se basa en realizar un examen clínico detallado, donde los síntomas y signos característicos son fiebre, tos y taquipnea y factores de riesgo como la edad; en niños mayores es más frecuente que sea de causa viral. La radiografía de tórax podría pedirse en casos de duda diagnóstica, si se sospecha de alguna complicación, por falta de respuesta al tratamiento o si se requiere hospitalización; los exámenes auxiliares no son de rutina, a menos que sea hospitalizado. En base al tratamiento la norma técnica del MINSA nos dice que en niños mayores de 2 meses hasta los 12 años se puede usar ampicilina, cloranfenicol, cefotaxima o ceftriaxona (6). Según Up to date para neumonía bacteriana en niños mayores a 6 meses, lo más usado es ampicilina o penicilina G, cefotaxima o ceftriaxona (7). En el caso de la paciente se usó ceftriaxona 75-100mg/k/d EV c/12h por 7 días, ya que es un antibiótico de amplio espectro contra bacterias gram positivas (*Streptococo Pneumoniae*) y gram negativas (*Haemophilus influenzae*).

Respecto al paciente con diarrea aguda infecciosa con deshidratación moderada, el diagnóstico se basa en la clínica y un examen físico detallado. Según la norma técnica del MINSA el examen físico debe centrarse en identificar signos de deshidratación: estado de conciencia, ojos, sed, mucosa, lágrimas y signo del pliegue (con dos o más signos se hace el diagnóstico de deshidratación). El tratamiento se basa en planes, el plan A se hace en pacientes sin signos de deshidratación, en casa, a través de 5 reglas: aumentar la ingesta de líquidos, continuar con la alimentación, reconocer

signos de alarma y deshidratación, enseñar a evitar futuros episodios de diarrea y administrar suplementos de Zinc; el plan B se hace en pacientes con deshidratación leve a moderada, en emergencia o consultorio, con Suero de rehidratación oral 50-100cc/k en 4 horas y por último el Plan C se hace en pacientes con deshidratación severa, donde si hay signos de shock se da NaCl 0.9% 10-20cc/k/bolo, pero si no hay shock NaCl 0.9% 100cc/k por 3 horas (>1 año) o 6 horas (<1 año) (8). Según la OMS, para ver el grado de deshidratación se debe evaluar: la apariencia general, ojos, sed, pellizco de piel y déficit de líquido estimado. El tratamiento por lo tanto se basa en el estado del paciente: Sin signos de deshidratación (<5%) solo requieren terapia de mantenimiento con SRO, bebidas saladas (agua de arroz) o jugo de fruta fresca; los niños <2 años deben recibir 50-100ml de SRO por cada episodio de diarrea y los niños >2 años deben recibir de 100-200ml de SRO por cada episodio, además los niños >6 meses deben recibir terapia con zinc; con algo de deshidratación (5-10%) se debe administrar SRO 75ml/k en 4 horas; con deshidratación severa (>10%) se debe administrar un bolo de líquido cristalino isotónico (lactato de Ringer o solución salina normal), si tiene >1 año: 30ml/k por 30 minutos seguido de 70ml/k por 2 horas y media; y si tiene <1 año: 30ml/k por 1 hora seguido de 70ml/k por 6 horas (9). En este caso el menor recibió el plan B con Suero de rehidratación oral 800cc en 4 horas.

3.2 Rotación de Gineco-obstetricia

Respecto al caso de la paciente con enfermedad pélvica inflamatoria, según la norma técnica del MINSA toda paciente con dolor abdominal bajo asociado a fiebre, dolor cervical y descenso debe recibir tratamiento para EPI, el diagnóstico final se hace con cultivo por laparoscopia, pero este solo se usa si no hay un diagnóstico certero, en estos casos el tratamiento ambulatorio se hace con ciprofloxacino más doxiciclina más metronidazol, mientras que el hospitalario con clindamicina más gentamicina o doxiciclina más clindamicina o metronidazol (10). La sociedad peruana de ginecología y obstetricia utiliza los criterios de Hager, que pueden ser mayores (dolor abdominal bajo, dolor a la movilización del cérvix, dolor anexial, antecedente de contacto sexual

reciente y ecografía negativa para otra causa de abdomen agudo quirúrgico) o menores (exudado cervical, fiebre, VSG elevada y leucocitosis) como apoyo para el diagnóstico (11). Según up to date el régimen más usado es Doxiciclina más ceftriaxona más metronidazol (en caso de flujo maloliente para cubrir *Trichomonas*) (12). En el caso de la paciente la terapia antibiótica usada fue Doxiciclina 100 mg c/12h + metronidazol 500mg c/12h.

Respecto a la gestante con infección del tracto urinario, la sociedad española de ginecología y obstetricia, recomiendan iniciar tratamiento empírico lo antes posible, modificándose más adelante si así lo requiere con los resultados de urocultivo y antibiograma. En caso de pielonefritis el tratamiento ambulatorio con ceftriaxona ha mostrado beneficios, si se seleccionan bien los casos (13). Up to date recomienda betalactámicos de amplio espectro como ceftriaxona, cefepime o ampicilina más gentamicina, mientras que las opciones de tratamiento por vía oral incluyen betalactámicos y trimetoprim-sulfametoxazol (si se encuentra en el segundo trimestre). Para prevenir la recurrencia recomienda nitrofurantoina o cefalexina (14). En el caso de la paciente por estar a término de la gestación se prefirió usar ceftriaxona 1gr c/24h IM por 5 días.

Respecto a la paciente con intoxicación alimentaria, Up to date recomienda que ante casos de urticaria se deben usar antihistamínicos H1 de primera generación (clorfenamina o hidroxizina) o de segunda generación (cetirizina o loratadina) asociados a glucocorticoides (prednisona) (15). Según la guía clínica de urticaria en atención primaria, el tratamiento se fundamenta en evitar los factores desencadenantes y tratamiento farmacológico adecuado con antihistamínicos no sedantes de segunda generación (16). En el caso de la paciente se uso Clorfenamina 10mg + Dexametasona 4mg EV en Bolo.

3.3 Rotación de medicina interna

Respecto a la paciente con Diabetes Mellitus, Según la norma técnica del MINSA, los pacientes diagnosticados recientemente, estables y sin complicaciones, deben iniciar solamente con cambios en los estilos de vida previos al inicio del tratamiento farmacológico por 3 a 4 meses, si los valores

de glicemia alcanzan la meta continuaran con los cambios en los estilos de vida y los controles se realizaran cada 3 a 6 meses, de lo contrario iniciara tratamiento farmacológico con metformina o glibenclamida (17). Según asociación americana de diabetes (ADA), existen criterios para diagnosticar Diabetes Mellitus, estos son: glucosa en ayunas >126mg/dl, test de tolerancia oral a la glucosa >200mg/gl, hemoglobina glicosilada >6.5% o síntomas clásicos de hiperglicemia (poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso), si dos resultados de las pruebas salen anormales, me da el diagnóstico definitivo. El tratamiento de arranque son los cambios en el estilo de vida y el uso de metformina (18). Según up to date la terapia inicial es cambiar el estilo de vida para bajar de peso y aumentar la actividad física, además del tratamiento con metformina, se comienza con 500mg una vez al día con la cena y si se tolera, agregan una segunda dosis de 500mg con el desayuno (19). En este caso la paciente recibió consejería sobre los cambios en los estilos de vida, dieta mediterránea e inicio tratamiento con metformina 850 mg c/24h después del almuerzo.

3.4 Rotación de cirugía

Respecto al paciente con mordedura de perro, Según la norma técnica del MINSA lo primero que se debe hacer es lavar la herida aproximadamente por 10 minutos con abundante agua y jabón, yodopovidona u otro antiséptico; si se necesita suturar (cabeza y cara) esta debe quedar floja y con puntos de afrontamiento para facilitar el drenaje; si está indicado el suero antirrábico se debe aplicar antes de suturar; además se indicara tratamiento antibiótico y analgesia de ser necesario. Los antibióticos más usados en niños son amoxicilina con ácido clavulánico, dicloxacilina, amoxicilina y trimetropim-sulfametoxazol (20). Según up to date lo primero que se hace ante una mordedura es controlar el sangrado, limpiar la herida con agua y jabón y yodopovidona, además sugieren que el cierre primario es lo mejor ante una laceración simple. Según ellos la tasa de infección es de 5-8% con o sin administración de antibióticos profilácticos; por lo tanto, sugieren que el tratamiento antibiótico de elección es amoxicilina con ácido clavulánico, otras alternativas incluyen doxiciclina, ciprofloxacino o cefuroxima. La Sociedad

Estadounidense de Enfermedades Infecciosas (IDSA) no recomienda el cierre, primario de las mordeduras de perros, salvo por laceraciones faciales (21).

Respecto al paciente con apendicitis, según Up to Date el examen físico es lo más importante, ya que este apoyara al diagnóstico, en este caso se presentó lo que se conoce como la cronología de Murphy: anorexia, fiebre, dolor en mesogastrio que se irradia a fosa iliaca derecha, náuseas y vómitos. También se puede usar la escala de Alvarado, que sirve para identificar a los pacientes con mayor probabilidad de desarrollar apendicitis, los elementos que incluye son: anorexia, náuseas y vómitos, fiebre $>37.5^{\circ}\text{C}$, dolor que migra al cuadrante inferior derecho, dolor al rebote en cuadrante inferior derecho, leucocitosis >10000 y desviación izquierda (22). El tratamiento definitivo es la apendicetomía, ya sea abierta o por laparoscopia. Antes de la cirugía, los pacientes requieren hidratación adecuada, corrección de anomalías electrolíticas y antibióticos. Los antibióticos profilácticos que sugieren usar son cefoxitina, cefazolina más metronidazol o clindamicina más gentamicina (23). En este caso la paciente fue referida al hospital.

CAPÍTULO IV: RELFEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El estudiante de medicina humana espera con ansias empezar el internado médico, ya que en ese año se consolida lo aprendido durante toda la carrera, se resuelven dudas y se aprende de los errores. Antes de la pandemia el internado era en los hospitales, al ser establecimientos de salud de mayor complejidad se podía atender pacientes más complejos, las visitas médicas demoraban más, eran más educativas, con mayor número de asistentes e internos, se podían quedar leyendo sus casos o avanzando sus historias clínicas, se podían ver más patologías en emergencia o podías quedarte en la guardia, había más contacto con el paciente, se podían hacer más procedimientos y si había un paciente con alguna patología interesante, podías hacerle seguimiento.

La pandemia dio un giro enorme en la educación del interno, en este caso no se pudo regresar al establecimiento de origen, sino a un centro de salud de atención primaria, en el cual se aprendieron cosas nuevas sobre los principales problemas de salud de la comunidad, y se puso énfasis en las actividades preventivo promocionales. Al principio la labor del interno era hacer la anamnesis, examen físico, presentar sus diagnósticos y probable tratamiento al médico, si había algún procedimiento o alguna cirugía menor la realizaba con supervisión, si llegaba alguna gestante en labor de parto acudía con el médico y participaba en la atención inmediata del recién nacido. Pero tras meses de experiencia y siempre con la supervisión respectiva, los doctores dieron la oportunidad de atender a los pacientes, de darles un diagnóstico y lo más importante, de tratarlos según nuestro criterio, dejaban a los internos solos en la emergencia y si había algún inconveniente o duda

procedían a buscarlos y juntos resolvían el problema. Eso es lo que más se rescató de rotar en un centro de salud, las patologías vistas eran con las que se topaban toda la vida como médicos y sobre todo las que veían cuando vayan al Servicio rural y urbano marginal.

La dificultad que se tubo fue adaptarse al nuevo sistema de salud y a los pacientes, ya que estos eran de bajos recursos, por lo tanto, no podían solventar ciertos medicamentos necesarios para su tratamiento, por eso solo se les brindaba lo que había en el repositorio del centro de salud.

En la rotación de medicina llegaban pacientes con anemia y no había gotas de hierro, así que se recetaba jarabe; a veces la alta demanda de pacientes no permitía que las licenciadas cubran la emergencia, así que el interno ayudaba a poner las vías y las ampollas. El centro de salud contaba con una carpa COVID por eso los días que se hacía guardia de noche, el interno salía a carpa a atender a los pacientes junto con el médico.

En la rotación de cirugía llegaban pacientes con cortes y a veces no había hilo nylon de sutura, así que se tuvo que suturar con hilo de seda negra; el licenciado de enfermería se encargaba de hacer las curaciones, vendajes y asistir al médico o interno en algún procedimiento, por eso cuando había dos internos en emergencia cubrían la labor del licenciado y así ganaban más experiencia.

En la rotación de ginecología y obstetricia, la principal dificultad fue que la mayoría de partos se daban en la noche, así que algunos días el interno hacía guardia de noche, así podía participar en la atención de parto y hacerle seguimiento a la puérpera hasta el alta; durante la pandemia, los procedimientos ginecológicos y de planificación familiar eran mínimos, así que el interno tenía que estar buscando a los pacientes y pidiendo a las obstetras que les avisen si se presentaba algo.

En la rotación de pediatría se tenían dudas sobre algunas dosis de medicamentos o como calcularlas, más si eran de administración parenteral, así que se pidió ayuda al tutor, quien enseñó formas prácticas de calcular la dosis. La enfermera neonatóloga se encargaba de hacer la atención inmediata del recién nacido, así que el tutor hablo con ella y permitió que el interno

evalúe al recién nacido, haga la historia clínica neonatal, el plan de trabajo y evolución del menor.

CONCLUSIONES

1. La pandemia por la COVID-19 ha planteado retos en la educación médica en el Perú, cada universidad ha respondido de acuerdo a sus posibilidades con el fin de aprovechar este suceso como una oportunidad de aprendizaje, continuar con la educación e incorporar a los internos como trabajadores de salud.
2. Esta emergencia sanitaria en cierta medida ha permitido que se pueda continuar con el aprendizaje, pero sobre todo a ayudado a ser más humanos, a ver al paciente como un todo y a tener más empatía hacia ellos.
3. Todos los conocimientos aprendidos en el centro de salud, servirán en un futuro no muy lejano para realizar un adecuado servicio rural y urbano marginal en salud.
4. Laborar en un centro de primer nivel ayudo a comprender la problemática en la que se encuentra la población más vulnerable y la precariedad del sistema sanitario, cosa muy diferente a lo que se ve en los hospitales.

RECOMENDACIONES

- De Se deben ampliar las rotaciones del internado medico en centros de salud de primer nivel, para que el interno gane experiencia, vea como es la situación en un centro de salud y en un hospital, además para que esté preparado para ir al Servicio rural y urbano marginal.
- Se debe garantizar que el internado medico sea digno, de calidad, seguro y que proporcione herramientas adecuadas para la formación del médico.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Gob.pe. [citado el 01 de mayo de 2021]. Disponible en: http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/publicaciones/ASIS%202019%20_TOMO%20I.pdf
2. Ejecución: DY, de Investigación Epidemiológica Y Análisis Situacional de ODEE /. U. Información para la Toma de Decisiones en Salud [Internet]. Gob.pe. [citado el 01 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1887.pdf>
3. Gob.pe. [citado el 01 de mayo de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/565533/RVM_N__081-2020-MINEDU.PDF
4. De Urgencia N 090- D. DECRETOS DE URGENCIA [Internet]. Gob.pe. [citado el 01 de mayo de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1184155/DU090_2020.pdf
5. Gob.pe. [citado el 01 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.dirislimanorte.gob.pe/wp-content/uploads/2019/01/asis-2018.pdf>
6. MINSA. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de neumonía en las niñas y los niños. Lima: Minsa; 2019 <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4931.pdf>
7. William J, Barson. Pneumonia in children: Inpatient treatment. Up to date [WebSite] https://www.uptodate.com/contents/pneumonia-in-children-inpatient-treatment?search=neumonia%20en%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

8. MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño. Lima: Minsa; 2017
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf
9. Jason B. Harris. Approach to the child with acute diarrhea in resource-limited countries. Up to date [WebSite]
https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited-countries?search=tratamiento%20diarrea%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H1159942460
10. MINSA. Guía nacional de manejo de casos de enfermedad de transmisión sexual. Lima: Minsa; 2000
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2104.pdf>
11. Jonathan Ross. Pelvic inflammatory disease: Clinical manifestations and diagnosis. Up to date [WebSite]
https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=criterios%20para%20enfermedad%20pelvica%20inflamatoria&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
12. Harold C. Wiesenfeld. Pelvic inflammatory disease: Treatment in adults and adolescents. Up to date [WebSite]
https://www.uptodate.com/contents/image?imagekey=id%2f118249&topickey=id%2f7585&search=enfermedad%20pelvica%20inflamatoria&rank=1~150&source=see_link
13. Thomas M. Hooton. Infección del tracto urinario en la embarazada. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005; 23(4):40-6.
<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-infeccion-del-tracto-urinario-embarazada-13091447>
14. Miguel Angel Herráiz, infección del tracto urinario en la embarazada. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Up to date [WebSite]
<https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract->

- infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=infeccion%20urinaria%20en%20gestante&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H18
15. Riccardo Asero. New-onset urticaria. Up to date [WebSite] https://www.uptodate.com/contents/new-onset-urticaria?search=urticaria%20aguda%20tratamiento&source=search_result&selectedTitle=1~126&usage_type=default&display_rank=1#H10818973
 16. Juan Marín. Guía clínica de urticaria en Atención primaria. España 2005; 48(10): 687-689. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-guia-clinica-urticaria-atencion-primaria-S0212656716300907>
 17. MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Lima: Minsa; 2015 <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
 18. Asociación Americana de Diabetes 2. Clasificación y Diagnóstico de Diabetes: Estándares de Atención Médica en Diabetes-2021. Diabetes Care 2021; 44: S15.
 19. Silvio E. Inzucchi. Clinical presentation, diagnosis, and initial evaluation of diabetes mellitus in adults. Up to date [WebSite] https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-initial-evaluation-of-diabetes-mellitus-in-adults?search=diabetes&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#
 20. MINSA. Norma técnica de salud para la vigilancia, prevención y control de la rabia humana en el Perú. Lima: Minsa; 2017 <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4193.pdf>
 21. Larry M Baddour. Animal bites (dogs, cats, and other animals): Evaluation and management. Up to date [WebSite] https://www.uptodate.com/contents/animal-bites-dogs-cats-and-other-animals-evaluation-and-management?search=mordedura%20de%20perro&source=search_re

sult&selectedTitle=1~41&usage_type=default&display_rank=1#H2690407769

22. Ronald F. Martin. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis. Up to date [WebSite] https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H3268560644
23. Douglas Smink. Management of acute appendicitis in adults. Up to date [WebSite] https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=diagnostico%20apendicitis&source=search_result&selectedTitle=7~150&usage_type=default&display_rank=7#H4048700510