



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL CENTRO DE
SALUD DE CORIRE- HOSPITAL DE APLAO-CASTILLA-
AREQUIPA 2021-2022**

PRESENTADO POR

NICOLÁS JOSÉ CUBA CÁCERES

ASESOR

ERIKSON GUTIERREZ INGUNZA

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

LIMA- PERÚ

2022



**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/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL CENTRO DE
SALUD DE CORIRE- HOSPITAL DE APLAO-CASTILLA-
AREQUIPA
2021-2022**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

NICOLÁS JOSÉ CUBA CÁCERES

ASESOR

ERIKSON GUTIERREZ INGUNZA

LIMA, PERÚ

2022

JURADO

Presidente: M.E. Rosemary Lilia Moscoso Chirinos De Roca

Miembro: M.E. Edgar Kelvin Espinoza Tarazona

Miembro: M.E. Miguel Hermilio Tenorio Taramona

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	iii
Resumen	iv
Abstract	iv
Introducción	iv
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Cirugía general	1
1.2 Pediatría	1
1.3 Medicina interna	2
1.4 Gineco - obstetricia	2
1.5 Casos clínicos	3
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	19
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	22
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	35
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	39
FUENTES DE INFORMACIÓN	40

RESUMEN

En este trabajo se narra la experiencia del internado de medicina en el C.S. Corire y Hospital de Aplao, en el departamento de Arequipa, en el “nuevo internado de medicina” durante la pandemia COVID 19. El rol como interno está limitado, al estar regulado por nuevos reglamentos del MINSA y de los establecimientos de salud, con la finalidad de proteger la salud de los internos.

Esta experiencia profesional permitió consolidar conocimientos y habilidades adquiridas en los seis años anteriores sobre: la prevención, diagnóstico y tratamiento de diversas patologías de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología-Obstetricia, y Pediatría.

Este trabajo describe diversos casos clínicos y patologías vistas durante estas rotaciones clínicas y quirúrgicas, en las cuales como interno se participó desde el ingreso del paciente hasta el alta médica.

ABSTRACT

This paper narrates a medical intern's experience in the Corire Health Center and Aplao Hospital, in the department of Arequipa. His role as an intern is limited under the new guidelines from the Ministry of Health and from the health institutions, made to keep the interns from harm.

The intern consolidated knowledge and skills acquired during the six previous years in the prevention, diagnostics and treatment of a variety of pathologies in Internal Medicine, General Surgery, Gynecology-Obstetrics and Pediatrics.

This paper aims to show a range of clinical cases seen during these clinical and surgical rotations, in which the intern participated in every stage of the patient's care.

INTRODUCCIÓN

El internado médico en el sistema de salud peruano ha cambiado notablemente en los últimos 2 años. Históricamente, tenía una duración de 12 meses, iniciando el 1ro de enero y terminando el 31 de diciembre. En el año se realizaban 4 rotaciones de 3 meses. Esto cambió en marzo del 2020, debido a la pandemia COVID-19, que causó un colapso total del sistema de salud a nivel nacional y una serie de consecuencias socioeconómicas, de salud y políticas. Los internos del 2020 fueron obligados a abandonar sus sedes desde marzo hasta julio del 2021, momento que los lineamientos del desarrollo del internado se modificaron para proteger al interno, y darle prioridad a la atención médica y planteamiento de nuevas estrategias en el sistema de salud bajo un estado de emergencia.

Ante los nuevos lineamientos para internos del MINSA, la duración del internado es de 10 meses y dividido en 2 fases: 5 meses en atención primaria (centro de salud I-3 o I-4) y 5 meses en un hospital, similar al internado pre-COVID.

Debido a la alta demanda de internos para desarrollar su internado médico en sedes en Lima, la USMP- FMH apertura nuevas sedes para el internado, una de las cuales fueron: el Hospital de Aplao y el C.S. Corire, ambos en el distrito de Castilla, Arequipa.

Las responsabilidades del interno varían según el nivel de complejidad de su sede y rotación. En el hospital, el interno elabora la nota de ingreso y la historia clínica del paciente hospitalizado, incluyendo anamnesis, examen físico y antecedentes personales y familiares. Adicionalmente, la evolución diaria de cada paciente, y su presentación al docente en la visita matutina, quien supervisa y pone a prueba los conocimientos y capacidades del interno.

A inicios del 2020, el Hospital de Aplao fue dividido en dos: Hospital COVID y Hospital no COVID. Cada hospital contando con su propia infraestructura,

equipamiento y recursos humanos. Un médico del lado COVID, nunca ingresaba al lado no COVID. Bajo esas normas, el interno nunca tuvo responsabilidades en el lado COVID.

En el centro de salud, las responsabilidades y experiencias del interno varían en comparación a su tiempo en el hospital. No hay pacientes hospitalizados, por ende, no hay evoluciones. La evaluación de pacientes se hace a través de consulta externa de medicina, o urgencias/emergencias. Donde uno evalúa la anamnesis, examen físico y pruebas auxiliares del paciente, determina su tratamiento y prioriza su referencia precoz al hospital más cercano si fuese necesario.

La prioridad de atender en el primer nivel es la prevención y diagnóstico temprano. Por lo que una prioridad de los establecimientos del primer nivel en el 2021 fue la vacunación contra COVID-19. Se ejecutaron campañas, comúnmente llamadas "Vacunaton" donde se intentaba vacunar la mayor cantidad de personas posible en un día. El interno participaba en estas actividades, al estar a cargo del área de observación, vigilando y advirtiendo sobre la posibilidad de efectos adversos de la vacuna, y cómo actuar ante estos casos y aplicando los protocolos establecidos.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado brinda una formación para resolver problemas de salud en el Centro hospitalario. Durante este período, el interno tiene contacto constante con pacientes, cumpliendo un rol importante de reconocer riesgos, aplicar medidas preventivas, realizar diagnósticos tempranos, y brindar tratamiento. El desarrollo del internado en el Hospital de Aplao y Corire fueron divididas en 4 rotaciones: cirugía general, pediatría, medicina general y gineco-obstetricia.

1.1 Cirugía general

El interno a cargo del servicio de cirugía, adquiere las capacidades para realizar: diagnóstico, manejo médico y quirúrgico, evolución y pronóstico de las patologías más frecuentes en este servicio. Las cuales suelen ser: apendicitis aguda, cólico biliar, obstrucción intestinal, hernias, etc. De igual manera, participa del manejo de curación de heridas y quemaduras, tanto en el servicio de cirugía, como en el departamento de emergencias.

En el área de hospitalización, el interno participa en el manejo del paciente antes, durante, y después del procedimiento quirúrgico, hasta el momento de su alta. Esto incluye su participación en algunos casos como primer asistente en sala de operaciones, dado que no hay residentes de cirugía ni cirujanos adicionales en el Hospital de Aplao, lo cual fue una gran ventaja para su desarrollo profesional en el área quirúrgica.

1.2 Pediatría

El departamento de pediatría en el Hospital de Aplao, cuenta con un servicio de cirugía pediátrica, en razón de que uno de los asistentes pediatras es también cirujano pediatra, y un servicio de neonatología.

En el área de neonatología, el interno adquiere el conocimiento necesario para realizar el diagnóstico de patologías y el manejo del recién nacido, en

partos eutócicos y distócicos. Participa en la atención inmediata del recién nacido y en su evolución posterior.

Adicionalmente, participa en el manejo del niño y adolescente en el área de emergencia, en consulta externa, en la elaboración de historias clínicas en hospitalización, y la evolución diaria de pacientes hospitalizados.

1.3 Medicina interna

El Servicio de Medicina incluye casos de cardiología, neurología, nefrología, neumología y gastroenterología de los cuales el interno debe tener claro su epidemiología, factores de riesgo, diagnóstico, manejo, y pronóstico. Adicionalmente, es el responsable de recibir al paciente, hacer su historia clínica y nota de ingreso, ejecutar su evolución diaria de hospitalización, y realizar su alta médica.

En las diferentes especialidades del servicio de medicina, el interno tiene posibilidades de observar y manejar una variedad de patologías. Entre ellas, las más frecuentes fueron: neumonías no COVID, cirrosis, enfermedad renal aguda y crónica, hemorragia digestiva, etc. Adicionalmente, realiza curación de úlceras por presión a diario, y cuando fuese necesario.

En el departamento de emergencia, el interno atiende las interconsultas de medicina interna, acompañado del asistente del servicio.

1.4 Gineco-obstetricia

En el servicio de Ginecología y Obstetricia, el interno trabaja no solo de manera muy cercana del ginecólogo, sino también de las obstetras, para poner en práctica los conocimientos y destrezas en la atención a la paciente gestante normal.

Adicionalmente, brinda atención a las principales patologías ginecológicas y obstétricas, elaboración de la historia clínica y nota de ingreso a

hospitalización, y la evolución diaria de la paciente, lo que se debe informar al médico asistente.

El interno participa en cirugías programadas y también cirugías de urgencia como cesáreas inmediatas. En el área de hospitalización participa en el manejo de sangrado uterino anormal, quistes de ovario y mama, atonía uterina, pre eclampsia, infecciones del tracto urinario en gestantes, etc.

1.5 Casos clínicos

Caso 1: Cirugía general 1

Anamnesis:

Paciente varón de 30 años, que llega al departamento de emergencias a las 2pm, traído por un compañero de trabajo, con un tiempo de enfermedad de 8 horas. Dolor localizado en epigastrio, 4/10 intensidad, de inicio insidioso tipo punzante no irradiado, no asociado a náuseas y vómitos.

Paciente refiere que es la primera vez que siente este tipo de dolor, y que tomó naproxeno 500mg VO que no le calmó el dolor.

Antecedentes Familiares:

-Ninguno de relevancia.

Antecedentes Personales:

- Patológicos:

• HTA (-) DM (-) Asma (-), Gastritis (-), Hepatitis (-), TBC (-)

-Quirúrgicos: • Niega

-Alergias: • Niega

-Transfusiones: Niega

-Vacunas: No ha recibido vacuna COVID-19

Examen físico

Funciones Vitales: FC: 90 lpm, PA: 110/80mmHg, saturación: 99%, temperatura: 36.2

Al examen: AREG. AREN. AREH. Piel y mucosas tibias, elásticas, hidratadas de coloración normal. No palidez, no ictericia, no diaforesis.

Tórax: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados, no tirajes. Miocardio normo rítmico normo fonético.

Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. Murphy (-). McBurney (+) Bloomberg (-) Rovsing (-). No se palpan masas. RHA (+).

Genitourinario: Genitourinario: PPL (-) y PRU (-).

SNC: Glasgow 15/15. LOTEPE.

Impresión Diagnóstica:

-Apendicitis Aguda.

Plan y Pruebas Adicionales:

Mientras se solicita interconsulta al departamento de cirugía, se le pone vía, 2 ampollas de 1g de metamizol y 1 ampolla de ranitidina 50mg EV STAT, NaCl .9% 1000cc a 30g/m, y estatus de NPO. Adicionalmente, se le hacen los exámenes de laboratorio.

Después de 3 horas se reciben resultados. Leucocitos: 13000/mm³, hemoglobina: 12.5 g/dL, hematocrito: 33.6%, plaquetas: 185000/mm³, bandas: 01, amilasa: 70 mg/dl, lipasa: 45 mg/dl y PCR: 0.9 mg/d.

Serología: HIV -1 (ELISA): No Reactivo, VHB: no reactivo,

Examen de orina: No Patológico

El cirujano evalúa al paciente, encuentra dolor incrementado a 7/10, asociado a náuseas y vómitos de contenido gástrico. Examen físico se le agrega Bloomberg (+) y Rovsing (+). Los nuevos diagnósticos: apendicitis aguda complicada y peritonitis aguda probable.

Cirujano programa al paciente para sala de operaciones.

Riesgos Quirúrgicos: ASA II

Indicaciones:

- ceftriaxona 2g EV cada 24h
- metronidazol 500mg EV cada 8h
- dimenhidrinato 50 mg EV STAT,
- 1000cc mas de NaCl 0.9%
- No se solicita ecografía abdominal por no disponer de ecografista.

Una hora después, el paciente ingresa al centro quirúrgico para una laparotomía exploratoria por abdomen agudo quirúrgico, operación que dura 40 minutos y termina sin complicaciones. Se hace el cierre poniendo un dren Penrose en la fosa iliaca derecha, con el diagnóstico pos operatorio de apendicitis aguda complicada.

Durante la operación, se encontró 50 ml de líquido purulento libre en el fondo parietocólico derecho de la cavidad abdominal. Adicionalmente, el apéndice cecal de 9cm por 1cm en posición paracecal, con necrosis en toda su extensión, con la base en regular estado y parcialmente plastronado hacia el epiplón y ciego.

Posteriormente, paciente pasa a sala de recuperación, donde el anestesiólogo mantuvo su estado de NPO, y le indicó 1000cc de NaCl 0.9%, 1000cc de dextrosa al 5%. El cirujano le agrega KCl 20% (1 amp) + NaCl 20% (2 amp) EV, metamizol 2g EV cada 24 horas, metoclopramida 10 mg

EV cada 6 horas vía EV, omeprazol 40 mg EV cada 24 horas para los siguientes días.

El paciente evolucionó de manera favorable, manteniendo su estado NPO por solo 1 día adicional. Se le realizó curaciones a su herida a diario, y el retiro del dren fue progresivo. No presentó complicaciones y se le da de alta al 5to día de hospitalización, con tratamiento analgésico por 5 días más y su control a los 7 días por consultorio externo de cirugía general.

Caso 2: Cirugía general 2

Anamnesis:

Paciente mujer de 40 años refiere que hace 18 meses cursa con cuadro de dolor postprandial tipo cólico en hipocondrio derecho. Refiere automedicación con hiosina 1 tableta, que calma su dolor. En mayo de 2021 refiere presentar otro cuadro de dolor, se le diagnóstica Litiasis Vesicular por ecografía abdominal, no trae consigo el reporte de la ecografía. Después de dicho cuadro, presentó dos cuadros similares anteriores al actual.

Antecedentes familiares:

-Ninguno de relevancia.

Antecedentes Personales:

- Patológicos:

• HTA (-) DM (-) Asma (-), Gastritis (-), Hepatitis (-), TBC (-)

• Depresión 2018. TTO: Sertralina 1 tab cada 24h y Clonazepam 0.5mg cada 24h por 10 meses.

-Quirúrgicos: • Apendicetomía abierta (2008)

-Alergias: • Niega

-Transfusiones: Niega

-Vacunas: No ha recibido vacuna COVID-19

Examen Físico:

Funciones vitales: FC: 70 /min. FR: 18/min. PA: 100/60mmHg Temp: 36.4 °C.

Al examen: AREG. AREN. AREH. Piel y mucosas tibias, elásticas, hidratadas de coloración normal. No palidez, no ictericia, no diaforesis.

Tórax: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados, no tirajes. Miocardio normo rítmico normo fonético.

Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. Murphy (+). McBurney (-) Bloomberg (-) Rovsing (-). No se palpan masas. RHA (+).

Genitourinario: PPL (-) y PRU (-) bilateral.

SNC: Glasgow 15/15. LOTEP. No signos de focalización, no signos meníngeos, función motora y sensitiva conservada. Colaboradora.

Aparato locomotor: Movilidad conservada.

Pruebas complementarias previas:

-Ninguna

Impresión Diagnóstica:

Colecistitis Aguda.

Plan:

Se pide pruebas de laboratorio pre quirúrgicas, incluyendo riesgo quirúrgico por consultorio externo de parte de medicina interna, antes de hospitalizar a la paciente para Colecistectomía Laparoscópica electiva.

Pruebas Complementarias Adicionales:

Leucocitos: 12000/mm³, hemoglobina: 13.5 g/dL, hematocrito: 35.6%,
plaquetas: 289000/mm³, bandas: 01, TC.7:10, TS 3.10, TTP: 34, TT: 16.9,
PCR: 0.43, Urea: 31 Glucosa: 101 TGO: 34.1 TGP: 53 GGTP: 70 P: FA:
191

BT: 0.27 BD: 0.08 BI: 0.19

Serología: HIV -1 (ELISA): No Reactivo, VHB: no reactivo,

Examen de orina: No Patológico

Riesgos Quirúrgicos: ASA II

Durante la operación, no se encontró líquido libre en la cavidad abdominal.
No hubo complicaciones. Se extrae vesicular biliar con 10+ cálculos de
<5mm de diámetro.

La paciente evolucionó de manera favorable, manteniendo su estado NPO
por solo 1 día adicional. Se le realizó curaciones a su herida a diario, no
presentó complicaciones y se le da de alta al 3er día post-operatorio, con
tratamiento analgésico por 5 días más y su control a los 7 días por
consultorio externo de cirugía general.

Caso 3: Gineco-obstetricia 1

Anamnesis:

Paciente mujer de 37 años gestante de 29ss ingresa por consultorio COVID
presentando dolor de garganta y congestión nasal hace 2 días. Niega
sensación de alza térmica, y síntomas adicionales.

Antecedentes Familiares:

-Ninguno de relevancia.

Antecedentes Personales:

- Patológicos: • HTA (-) DM (-) Asma (-), Gastritis (-), Hepatitis (-), TBC (-)

-Quirúrgicos: • NIEGA

-Vacunas: Tiene 2 dosis de vacuna COVID-19 Pfizer aplicadas el 15/10/21 y el 15/11/21.

Antecedentes Obstétricos:

Fórmula Obstétrica: P0G1000.

FUR: 07/07/21. Ecografía del 1er trimestre el 05/11/21 con diagnóstico de gestación de 18ss. FPP: 14/04/22. Inicio de relaciones sexuales: 18 años. No usa contraceptivos. Refiere 3 controles prenatales en Chimbote. 4to CPN: 09/12/21.

Examen Físico:

Funciones Vitales: FC: 115 PA: 115/80 FR: 20 Peso: 80kg Talla 1.55 Sat: 96% T: 36.5

AREG. AREN. AREH. LOTEP. Mucosa y coloración normal. Faringe congestionada sin presencia de placas. MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados no tirajes. RC normo rítmico normo fonético, no soplos audibles. Abdomen englobado por útero grávido. No doloroso a la palpación. Genitourinario: Puntos renoureterales: (-) puno percusión lumbar (-). Neurológico: Glasgow 15/15.

Sospechando el diagnóstico de faringitis por COVID-19, se le solicita prueba COVID-19 antigénica rápida por hisopado nasofaríngeo, cual sale positiva. Confirmando el diagnóstico de faringitis por COVID-19. No se le solicita exámenes adicionales. Se inicia tratamiento sintomático para COVID-19

Se realiza ficha de investigación clínico epidemiológica COVID-19.

Pruebas Complementarias:

En su último CPN: Hb: 11.9 Ecografía 08/01/22: gestación 27ss. PF: 1080g. Latidos Fetales: 141x.

Impresión Diagnóstica:

Infección por COVID-19 en Gestante

Tratamiento:

- Paracetamol 500mg c/8h por 5d VO
- Clorfenamina 4mg c/8h x 3d VO.
- amoxicilina 500mg c/8h x 5d VO como antibioticoterapia profiláctica

Se le hace seguimiento diario a la paciente por vía telefónica. En el segundo día post prueba positiva, no presentó síntomas y siguió así hasta su alta a los 7 días.

Caso 4 Gineco-obstetricia 2:

Anamnesis

Primigesta de 19 años de edad, con una gestación de 18 semanas llega a urgencias del C.S. Corire refiriendo fiebre, dolor lumbar, náuseas y disuria. Trae resultados de examen de orina de hace 2 semanas con leucocitos de 10-15 por campo, nitritos 3 cruces, y refiere no haber acudido a su consulta después de E.C.O, por lo cual nunca recibió tratamiento. Su fórmula obstétrica es G1P0010, con un embarazo hasta este entonces de transcurso normal.

Antecedentes personales

- Patológicos:

HTA (-) DM (-) Asma (-), Gastritis (-), Hepatitis (-), TBC (-)

-Quirúrgicos: Niega

-Alergias: Niega

-Transfusiones: Niega

-Vacunas: No ha recibido vacuna COVID-19

Antecedentes familiares:

-Padre DM II

Fórmula Obstétrica:

-G1P0000

Examen Físico

Funciones Vitales FC: 100 /min. FR: 21/min. PA: 120/70mmHg Temp.: 38.5 °C.

AREG. AREN. AREH. Febril. Piel y mucosas tibias, elásticas, hidratadas de coloración normal. No palidez, no ictericia, no diaforesis. Edema en miembros inferiores (+)

Tórax: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados, no tirajes. Miocardio normo rítmico normo fonético.

Abdomen: ligeramente distendido por útero grávido, no doloroso a la palpación. Murphy (-). McBurney (-) Bloomberg (-) Rovsing (-). No se palpan masas. RHA (+).

Genitourinario: Genitourinario: PPL (+) y PRU (-) bilateral.

SNC: Glasgow 15/15. LOTEP. No signos de focalización, no signos meníngeos, función motora y sensitiva conservada. Colaboradora.

Aparato locomotor: Movilidad conservada,

Pruebas Complementarias:

Exámenes auxiliares: Hb: 12.0. g/dl Leucocitos: 12000 Plaquetas: 290,000

Examen de orina (de hace 2 semanas): Nitritos (+) leucocitos 10-15 por campo. Hematíes: 0 por campo.

Examen de orina actual: Nitritos (++) leucocitos 20-30 por campo. Hematíes: 0 por campo.

Impresión Diagnóstica:

-Pielonefritis en Gestante

Plan:

-Poner vía + 1000cc NaCl 0.9% a 30g/min

-Ceftriaxona 2g EV STAT

-Referencia a Hospital de Aplao en ambulancia

Caso 5: Medicina Interna 1**Anamnesis:**

Paciente masculino de 28 años ingresa a hospitalización de medicina interna por el servicio de emergencia. Refiere hemoptisis leve desde hace aprox. 2 semanas. Refiere infección de TB hace 10 años por lo que fue tratado con esquema completo.

Antecedentes Personales:

- Patológicos:

HTA (-) DM (-) Asma (-), Gastritis (-), Hepatitis (-), TBC (+)

-Quirúrgicos: Niega

-Alergias: Niega

-Transfusiones: Niega

-Vacunas: No ha recibido vacuna COVID-19

Antecedentes Familiares:

-Madre TB.

Examen Físico:

Funciones Vitales FC: 110 /min. FR: 24/min. PA: 120/70mmHg Temp.: 36.4 °C. Sat: 86%

AREG. AREN. AREH. Afebril. Piel y mucosas tibias, elásticas, hidratadas de coloración normal. No palidez, no ictericia, no diaforesis.

Tórax: MV disminuido en HTD superior, no ruidos agregados, no tirajes. HTD hipersonoro a la percusión. Miocardio normo rítmico normo fonético.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. Murphy (-). McBurney (-) Bloomberg (-) Rovsing (-). No se palpan masas. RHA (+).

Genitourinario: Genitourinario: PPL (-) y PRU (-) bilateral.

SNC: Glasgow 15/15. LOTEP. No signos de focalización, no signos meníngeos, función motora y sensitiva

conservada. Colaboradora. Aparato locomotor: Movilidad conservada,

Pruebas complementarias

Leucocitos: 10000/mm³, hemoglobina: 13 g/dL, hematocrito: 34%, plaquetas: 200000/mm³, bandas: 01, PCR: 0.5, Urea: 29 Glucosa: 80 TGO: 32 TGP: 50

Serología: HIV -1 (ELISA): No Reactivo, VHB: no reactivo

Rx de tórax: Se visualiza una cavidad en la zona superior derecha con pérdida de volumen (la tráquea y el mediastino se tiran hacia la derecha y el hilio está elevado).

Impresión Diagnóstica

Aspergilloma pulmonar

Plan

Se hospitaliza al paciente en el servicio de medicina interna. Se inicia tratamiento con: Ceftriaxona 1g EV c/24h, salbutamol 2 puffs cada 8h, oxígeno por cánula binasal 1L/min.

A los 3 días se realiza referencia a Neumología del Hospital Honorio Delgado para evaluación por especialista.

Caso 6: Medicina Interna 2

Anamnesis

Paciente masculino de 22 años ingresa a consulta externa de medicina. Estudiante, actualmente está en clases virtuales. Refiere insomnio, dolor de pecho tipo opresivo y ortopnea cuando se intenta acostar desde hace aprox. 10d.

Antecedentes Personales:

- Patológicos: • HTA (-) DM (-) Asma (-), Gastritis (-), Hepatitis (-), TBC (-)

-Quirúrgicos: • NIEGA

-Alergias: • Niega

-Transfusiones: Niega

-Vacunas: No ha recibido vacuna COVID-19

Antecedentes Familiares: Padre HTA. Abuelo paterno muere por ACV. Madre epilepsia.

Examen Físico:

Funciones Vitales: FC: 80lpm, PA: 100/80mmHg, saturación: 99%, temperatura: 36.4

Al examen: AREG. AREN. AREH. Piel y mucosas tibias, elásticas, hidratadas de coloración normal. No palidez, no ictericia, no diaforesis.

Tórax: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados, no tirajes. Miocardio normo rítmico normo fonético.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso. Murphy (-). McBurney (-)
Bloomberg (-) Rovsing (-). No se palpan masas. RHA (+).

Genitourinario: Genitourinario: PPL (-) y PRU (-).

SNC: Glasgow 15/15. LOTEPE.

Pruebas Complementarias y Plan Inicial:

Se le solicita EKG, radiografía de tórax y que regrese por consulta externa.

Su EKG muestra latidos regulares (90 latidos por minuto) con morfología similar sin extra sístoles. Cada complejo QRS es precedido por una onda P positiva de morfología normal. Complejo QRS es positivo en DI, DII, DIII, AVL y AVF. Ritmo sinusal.

Rx de Tórax: No hay áreas focales de consolidación. No hay opacidades pulmonares. Tamaño de corazón entre límites normales. No hay derrame pleural. No hay evidencia de neumotórax. No hay cambios degenerativos de columna torácica. No muestra anomalías cardiopulmonares.

Impresión Diagnóstica:

Reflujo esofágico

Plan:

-Omeprazol 20mg VO c/24h en ayunas por 30d

-Simeticona 60mg VO c/8h por 30d

-No comer después de las 6pm

-Dormir con doble almohada

Paciente regresa a consulta después de 30 días de tratamiento. Refiere remisión total. Se retira tratamiento farmacológico, seguirá con cambios de estilo de vida.

Caso 7: Pediatría 1

Recién nacido de 7 días, de sexo masculino, hijo de madre de 25 años de edad, Primigesta primípara. Embarazo bajo control prenatal adecuado, llevado en C.S. Corire nivel I-IV. No tuvo complicaciones durante el embarazo. Madre no padece de ninguna enfermedad crónica y no padeció de ninguna enfermedad durante el embarazo. Embarazo sin complicaciones, ni bajo medicación.

Se realizó el examen de VIH/sífilis, los cuales dieron resultado negativo durante los CPN.

Embarazo a término con parto eutócico en C.S. Corire sin complicaciones, a cargo de obstetra. El parto fue por vía vaginal. RN lloró y respiró al nacer. Tuvo un APGAR de 8 al minuto, 9 a los 5 minutos. Peso al nacer de 3500 gramos. Longitud al nacer de 49cm. Perímetro cefálico al nacer de 35 cm. Perímetro torácico de 32cm. Perímetro abdominal de 32 cm.

Se mantuvo en el C.S. Corire por 24h con su madre, y fue dado de alta con lactancia materna exclusiva. No reporta anomalía y acude por control a los 2 días, donde el médico del C.S. Se diagnóstica anquiloglosia y lo refieren a consulta externa de pediatría en el Hospital de Aplao.

En consulta del Hospital de Aplao:

Madre no refiere molestias, lactancia materna sin problemas.

Al examen:

Recién nacido masculino, activo y reactivo en aparente buen estado de salud. Coloración de la piel y mucosas normal. Sin facies característica, colaborador, en brazos de su madre, patrón respiratorio normal.

Cavidad oral: se visualiza frenillo corto, de aprox. 12mm, con fijación en la punta de la lengua y por frente de la cresta alveolar del labio inferior.

Sin anormalidades adicionales.

Se procede a realizar una frenotomía en el consultorio externo, y se hace la contrareferencia para el C.S. Corire.

Pediatría 2 – RN Macrosómico

Recién nacido de 2 días, de sexo masculino, hijo de madre de 32 años de edad, Primigesta primípara. Embarazo bajo control prenatal adecuado, llevado en Hospital de Aplao nivel II-I. No tuvo complicaciones durante el embarazo. Madre no padece de ninguna enfermedad crónica y no padeció de ninguna enfermedad durante el embarazo. Embarazo llevado a cabo sin complicaciones, ni bajo medicación.

Se realizó el examen de VIH y sífilis, los cuales dieron resultado negativo durante los CPN.

Madre llega a consulta externa de obstetricia a las 40ss con altura uterina de 36cm por lo cual se hace pasar a la paciente a consulta externa de ginecología. Se le hace una ecografía abdominal en la que encuentran un producto de peso ponderado de 4100g. Se hospitaliza a la paciente para una cesárea electiva.

Embarazo a término con parto distócico en Hospital de Aplao sin complicaciones, a cargo de ginecólogo. El parto fue una cesaría electiva. Tuvo un APGAR de 8 al minuto, 9 a los 5 minutos. Peso al nacer de 4200 gramos. Longitud al nacer de 53cm. Perímetro cefálico al nacer de 36 cm. Perímetro torácico de 34cm. Perímetro abdominal de 34 cm.

Recién nacido masculino, activo y reactivo en aparente buen estado de salud. Coloración de la piel y mucosas normal. Sin facies característica, llanto vigoroso, patrón respiratorio normal.

Cabeza: simétrica, sin signos de trauma. FA: 3x2cm FP: no se palta. No cefalohematoma. Ojos de implantación y aspecto normal. Nariz de implantación y aspecto normal. Boca húmeda, roja, con paladar blando y duro normal, no anquiloglosia. Oídos de implantación y aspecto normal

Cuello simétrico. Clavículas simétricas.

Tórax: simétrico, sin alteraciones en caja torácica. MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados. RC normo rítmico normo fonético sin soplos presente.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso. RHA (+). Muñón umbilical en estado normal, sin secreción purulenta.

Neuro: Moro (+) Babinsky (+) Palmoplantar (+)

Genitales: masculinos presentes sin alteraciones

Ano: permeable

Sin anormalidades adicionales en examen físico. Enfermera le aplica tetraciclina oftálmica a ambos ojos, 1mg de Vitamina K IM. Se le saca muestra de sangre para determinar grupo y sanguíneo, factor Rh y niveles de glucosa.

Madre e hijo pasan a alojamiento conjunto.

A las 24h perdió 200g de peso (4000g), por lo cual se le indica apoyo con fórmula maternizada. A las 48h mantuvo el mismo peso del día anterior (4000g). A las 72h subió a 4050g de peso. Se mantuvo hospitalizado por 72h y fue dado de alta con lactancia materna exclusiva.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Centro de Salud Comunitaria de Corire (nivel I-IV) está ubicado en la carretera Arequipa-105, al costado del Estadio Municipal de Corire. Ocupa un lote de 3780 m² donde tiene un establecimiento de 780 m² que se encuentra en la Microred Corire, dentro de la Red de salud Castilla-Condesuyos-La Unión, en el departamento de Arequipa.

La Microred Corire, brinda atención a los pobladores del pueblo de Corire y sus anexos, y aparte del C.S. Corire, está a cargo de 3 establecimientos de salud nivel I-II: P.S. Escalerillas, P.S. Pedregal y P.S. Torán.

Cifras del año 2021, describen una población de 5045 habitantes, que se encuentran en el distrito de Uraca, de los cuales el 36% son adultos, 24% jóvenes, 21% niños, 10% adolescentes y 9% adultos mayores.

Cuenta con pocos recursos humanos con 40 personas en planilla, 30 en personal nombrado, 6 CAS y 2 bajo la contratación de terceros y 2 en contratación por convenio.

El C.S. Corire es una sede de SERUMS para nutrición, odontología, obstetricia, psicología, pero no para medicina, donde solo es sede para internado médico, este año fue la primera vez que recibieron un interno de medicina.

El Hospital de Aplao (nivel II-I) sirve como centro de referencia para la red, dentro de la jurisdicción de la GERESA de Arequipa, tiene laboratorio, departamento de emergencias, centro quirúrgico, pabellones de hospitalización de ginecología y obstetricia, medicina interna, cirugía general y pediatría, consultorios externos de nutrición y psicología. Cuenta también con un servicio de medicina física y rehabilitación. Adicionalmente, sirve como sede de internado para nutrición, odontología, obstetricia, nutrición, psicología, enfermería y medicina.

El Hospital a mediados de marzo del 2020 dividió su infraestructura y recursos humanos en dos; creando un hospital COVID y NO COVID uno al lado del otro. Así creando un área para la hospitalización de los pacientes COVID-19 y la creación un área de triage COVID-19 ubicado en la anterior puerta de servicio.

Debido a la alta demanda de pacientes a partir de los meses de abril del 2020, hasta el momento actual, estos cambios fueron necesarios para manejar la carga de pacientes COVID de la red, sin dejar de dar la atención de pacientes no COVID. Por la nueva división del hospital, los pabellones de hospitalización sufrieron una reducción de aforo de personas del 50%, por lo que se limitó el ingreso de familiares a esos pabellones a solo uno por paciente.

El anterior grupo de internos fueron los primeros de trabajar como internos ante COVID, trabajaron bajo un régimen de 15 días de asistencia continua, exclusivamente en áreas no COVID, seguidos de 15 días de descanso, según el Decreto de Urgencia N.º 09-2020. Según el reglamento para el 2021, el interno debe cumplir 150 horas de trabajo mensuales, su división variaba según las necesidades del establecimiento y la disposición del interno. Tanto en Aplao como Corire, guardias diurnas no eran obligatorias, sino opcionales, que el interno hacía en promedio 5-7 al mes y no había la opción para guardias nocturnas.

El interno fue vacunado con dos dosis de la vacuna Pfizer consecutivas antes del inicio del internado, como requisito para empezar este mismo y cuatro meses después una dosis adicional. Aparte, tuvo una prueba antigénica rápida para descartar COVID antes de comenzar su internado. Adicionalmente, se le brindaron pruebas antigénicas COVID sin costo alguno cuando presentase sintomatología respiratoria.

En ambos establecimientos, el interno recibió equipo de protección personal. Un protector facial, al iniciar la rotación, y mascarillas simples, KN95, gorras y mandiles descartables. No se recibía suficientes artículos descartables, en especial las mascarillas KN95 y gorras, por lo cual hubo la necesidad de reusar estas.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Incertidumbre:

La experiencia del internado para el interno del 2022 empezó antes de acudir hospital por primera vez. En abril del 2021, la mayoría de internos ya habían adjudicado plaza y estaban a la espera de la fecha acordada como inicio de internado, el 1ro de mayo. Razón por lo cual el interno llegó dos semanas anteriores a Majes, Arequipa, para aclimatarse a su nuevo ambiente antes del inicio de sus responsabilidades profesionales. Cuando ese día llegó, el MINSA anunció que se aplazaba el inicio de internado hasta nuevo aviso.

Afrontando meses de incertidumbre sobre la fecha del inicio del internado, a 16h en carretera desde su universidad y ciudad natal, el interno decidió regresar a Lima hasta el siguiente aviso del MINSA. Afrontar los gastos de vivir sin sueldo no era posible, y sin fecha de iniciar el internado, fue la decisión sensata. Esto parece algo sin importancia, pero esos meses de incertidumbre fueron costosos, a nivel económico y para la salud mental del interno.

Continuidad:

El internado se inició el primero de julio del 2022. Después de mucha espera y ansias por parte de la promoción de internos. En el hospital de Aplao, donde los médicos asistentes hacen turnos de 10 días, acostumbrarse a lo que pedía cada médico fue dificultoso.

Cada 10 días uno tenía que cambiar su forma de hacer evoluciones, recetas, notas. Cambiar como operaba, cambiar su horario, cambiar la mayoría de su día a día para poder acomodarse al estilo del asistente presente en ese momento.

Esta falta de continuidad de docente afecto de manera negativa los primeros meses del internado. No había seguimiento en temas aprendidos. Así era complicado consolidar conocimientos, ya que tendría que esperar hasta el siguiente mes que llegaría ese docente para continuar el tema.

Oportunidades:

Un cirujano general, profesor del interno en el hospital, enseñaba al interno, quién podía retirar una vesícula llena de cálculos biliares a través del ombligo de un paciente al final de una colecistectomía laparoscópica, menciona “esto en el Honorio Delgado” Este procedimiento lo hace un residente de 3er año”.

El nivel de hospital que escoge el interno afecta inmensamente la dinámica entre él y su paciente. Mientras más profesionales haya en la jerarquía medica en su servicio y hospital, menos contacto directo y participación tendrá en el cuidado del paciente. Hospitales de segundo nivel, tiene quirófano, cirujanos y cirugías programadas a diario. El interno en estos casos tiene infinitas oportunidades para participar en cirugías, y no solo ver la cirugía o ser 2do o 3er asistente, sino ser primer asistente de manera constante y a veces cuando el cirujano confiaba en él lo suficiente, cumplir el rol de cirujano principal.

CONCLUSIONES

1. Este es el segundo año del “nuevo internado medico peruano”. Los 5 meses en atención primaria y las 150h de trabajo al mes, varían mucho de lo que se suele considerar un internado médico en el Perú. Esto implica principalmente una disminución de horas de internado y diferencias en sedes, lo cual cambia el tipo de paciente al que el interno tiene contacto.
2. La disminución de horas en el internado facilita el estudio teórico, lo cual es beneficioso para el interno por el ENAM (Examen Nacional de Medicina). Para la promoción actual de internos no fue necesario obtener una nota mayor a 11, como en años anteriores, para poder colegiarse, pero aun sirve para poder obtener una buena plaza para SERUMS.
3. A la vez, es perjudicial la disminución de horas en el establecimiento de salud. Esto podría significar una falta de experiencia en comparación a internos de años anteriores, lo cual podría perjudicar al interno en su SERUMS, donde no tendrá la facilidad de tener la experticia necesaria.
4. Las experiencias del internado también varían mucho entre sedes. Un internado en un hospital nivel III con residentes y diferentes especialidades y recursos, es muy diferente a un internado en un hospital rural nivel II-I con 4 especialidades y pocos recursos. Cada situación tiene sus ventajas y esto fue algo muy importante para el interno al escoger su sede a inicios del 2021.
5. En el caso del interno, al no tener residentes en ningún momento, tener contacto directo con los asistentes de cada servicio, brindó una gran ventaja para su aprendizaje. Tuvo más exposición a casos, al tener menos distancia entre él y el paciente. Siempre fue primer asistente en

toda cirugía. De limpieza quirúrgica, sonda, examen físico, etc. se encargaba el interno, y eso le ha dado una experiencia práctica que pocos adquieren durante su internado.

6, Las prácticas pre-profesionales y los estudios de bachiller han puesto a prueba lo aprendido en los últimos 7 años. Los meses participando en intervenciones quirúrgicas sirvieron más que las horas en años previos haciendo simulaciones quirúrgicas o mirando cirugías sin participar. Poder ver y tratar partos, enfermedades prevalentes de la infancia, emergencias médicas, quirúrgicas y ginecológicas, de manera directa durante todo el año sirvió más que cualquier examen o resumen en consolidar los conocimientos y destrezas del interno.

RECOMENDACIONES

1. Proponer y ejecutar estrategias de prevención y promoción de la salud dentro y fuera del hospital.
2. Un ámbito subestimado del internado son las relaciones que el interno forje en su sede. Compañeros, enfermeras, técnicos, profesores, el señor de seguridad, la señora que le sirve el almuerzo. Cada una de esas relaciones es importante, y cada una de esas personas merece atención y respeto.
3. El interno debe intentar darse a conocer más por el trabajo que realiza, prestándole atención a qué tipo de actividades y tipo de pacientes le asignan y según el caso puede quedarse hasta la media noche atendiéndolos.
4. Otro factor subestimado sobre la experiencia del día a día durante el internado es la distancia al establecimiento médico. Los horarios podrían ser desde las 6am hasta las 6pm. Escoger una sede cerca a su casa, debe ser una prioridad. Si tiene los medios necesarios y tiene una sede lejos, podría considerar alquilar un cuarto o departamento cerca a su sede.
5. Cuando hay una demanda profesional tan grande como el internado, es fácil que el interno pierda ciertos hábitos positivos para su salud, por una sensación de falta de tiempo. Hacer ejercicio por lo menos tres veces a la semana debe ser una prioridad. Socializar fuera del hospital también es importante, para mantener un estado de buena salud mental y física.

FUENTES DE INFORMACIÓN:

1. Humes DJ, Simpson J. Acute appendicitis. *BMJ*. 2006;333(7567):530-4.
2. Mariage M, Sabbagh C, Grelpois G, Prevot F, Darmon I, Regimbeau J-M. Surgeon's Definition of Complicated Appendicitis: A Prospective Video Survey Study. *Euroasian J Hepato-Gastroenterol*. 2019;9(1):1.
3. Murphy JB. « TWO THOUSAND OPERATIONS FOR APPENDICITIS,» WITH DEDUCTIONS FROM HIS PERSONAL EXPERIENCE. *Am J Med Sci 1827-1924*. 1904;128(2):187.
4. Hirota M, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Miura F, Hirata K, et al. Büchler MW, Fan ST, Ker CG, Padbury RT, Liau KH, Hilvano SC, Belli G, Windsor JA, Dervenis C. Diagn Criteria Sev Assess Acute Cholecystitis Tokyo Guidel Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007;14:78-82.
5. COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. National Institutes of He.
6. Duggett A. Paracetamol During Pregnancy & Breastfeeding [Internet]. Disponible en: <http://www.drugsdb.com/otc/paracetamol/paracetamol-during-pregnancy-breastfeeding/>
7. Lang, M., Lang, A. L., Chauhan, N., & Gill, A. (2020). Non-surgical treatment options for pulmonary aspergilloma. *Respir*.
8. Chakraborty RK, Baradhi KM. Aspergilloma. [Updated 2021 Dec 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPe.
9. DeVault, K. R., & Castell, D. O. (1999). Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux d.
10. Levi J, Russell K. Anquiloglosia: "Lengua Atada". Disponible en: <https://cdn.gn1.link/iapo/imageBank/xiv-manual-da-iapo-esp-web-11.pdf>

11. Anquiloglosia (frenillo corto) [Internet]. Stanford Children's Health. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/service/ear-nose-throat/conditions/ankyloglossia>
12. Kotlow L. A. (1999). Ankyloglossia (tongue-tie): a diagnostic and treatment quandary. Quintessence international (Berlin.