



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INTERNADO MÉDICO REALIZADO EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE**

2021- 2022

PRESENTADO POR

**CÉSAR JUNNIOR CACHI PIÑA
CLAUDIA ALEJANDRA MALCA FLORES**

ASESOR

CÉSAR SATOSHI HIRAKATA NAKASHIMA

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

CHICLAYO- PERÚ

2022



Reconocimiento - No comercial
CC BY-NC

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INTERNADO MÉDICO REALIZADO EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE
LAMBAYEQUE 2021- 2022**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

**CÉSAR JUNNIOR CACHI PIÑA
CLAUDIA ALEJANDRA MALCA FLORES**

ASESOR

DR. CÉSAR SATOSHI HIRAKATA NAKASHIMA

CHICLAYO-PERÚ

2022

JURADO

Presidente: Dr. Raúl Ortiz Regis

Miembro: Dr. Jaime Gálvez Vásquez

Miembro: Dr. Oscar Reluz Salazar

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer a nuestros padres por el invaluable sacrificio a lo largo de todos los años transcurridos de nuestra travesía académica, sin duda nada de esto habría sido posible sin ellos. Agradecemos también a nuestra casa de estudios, por demarcar el camino hacia el tan ansiado logro profesional.

ÍNDICE

JURADO	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1. Rotación de Medicina.....	1
1.2. Rotación de Cirugía.....	4
1.3. Rotación de gineco-obstetricia.....	8
1.4. Rotación de Pediatría.....	12
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA	16
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	17
3.1. Rotación de Medicina.....	17
3.2. Rotación de Cirugía.....	20
3.3. Rotación de Gineco-obtetricia.....	22
3.4. Rotación de Pediatría.....	24
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	28
CONCLUSIÓN	29
RECOMENDACIONES	30
FUENTES DE INFORMACIÓN	31
ANEXOS	34

RESUMEN

El presente documento expone la casuística de algunas experiencias vividas durante la etapa del internado médico de dos estudiantes que, basados en experiencias teóricas y prácticas adquiridas en años previos, afrontaron la particular realidad de desarrollar la etapa en mención de manera distinta al virar del habitual ambiente hospitalario a centros de salud, que para el presente caso fueron los centros de salud de Puerto Eten, Pucalá y Reque, ubicados a minutos de Chiclayo. **Objetivo:** Exponer algunas de las experiencias académico-profesionales de dos internos de medicina, vividas durante el internado médico 2021 en centros de salud de Lambayeque. **Conclusión:** Situacionalmente, bajo el contexto de pandemia, el desarrollo del internado médico en el primer nivel de atención ha permitido nutrir a los internos de un tipo de experiencias diferente. Procedimentalmente se echó mano de actitudes adquiridas previamente en salud pública, clínica y cirugía.

Palabras clave: Internado médico, medicina, cirugía, gineco-obstetricia, pediatría, primer nivel de atención.

ABSTRACT

This document exposes the casuistry of some experiences lived during the medical internship stage of two students, who based on theoretical and practical experiences acquired in previous years, faced the particular reality of developing the stage in question in a different way when turning the usual hospital environment to health centers, which for the present case were the health centers of Puerto Eten, Pucalá and Reque, located minutes from Chiclayo. **Objective:** to expose some of the academic-professional experiences of two medical students, lived during the 2021 medical internship in the health centers of Lambayeque. **Conclusion:** Situationally, under the context of a pandemic, the development of the medical intern at the first level of care has allowed the students to receive different types of experiences. Procedurally, attitudes previously acquired in public health, clinic and surgery were used.

Keywords: Medical internship, medicine, surgery, obstetrics-gynecology, pediatrics, first level of care.

INTRODUCCIÓN

El internado médico es la etapa académica de afianzamiento y ganancia de experiencia clínico-quirúrgica del pregrado. Se han planteado cuestionamientos respecto a la forma de cursar el séptimo año de la carrera tanto en tiempos previos a la pandemia como ahora. El sistema de educación médica en el país contempla cuatro pilares en el desarrollo médico, siendo estos los de medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría. Por defecto y en términos generales se ha tenido predeterminado el quehacer del interno de medicina en los hospitales sin embargo, el anecdotario de cualquier interno hasta antes del año 2020 se redimía solamente a eso; hoy la realidad epidemiológica ha castigado a las instituciones y las ha puesto a prueba, de modo que el interno que anteriormente encontraba su habitación en los pasillos y ambientes hospitalarios, ha visto roto el límite y confort acostumbrado, formando parte de la labor asistencial en el primer nivel de salud. Hoy en día se tienen internos que, familiarizados con el quehacer preventivo, han desarrollado actividades extramurales, atendido bajo supervisión en carpas de campaña con la finalidad de llegar al paciente y conocido de cerca la realidad sanitaria en distritos con floridas poblaciones y costumbres. En definitiva, podríamos reducir lo descrito diciendo que, si la realidad plantea dificultades, el interno ha demostrado que puede ayudar a hacer medicina ahí donde jamás antes se pensó siquiera que se podían educar futuros médicos.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1. Rotación de Medicina

1.1.1. Caso 1

Una mañana llegó al consultorio de medicina un paciente varón adulto mayor de 76 años. Acude sin familiares refiriendo presentar desde hace 1 semana y media aproximadamente tos productiva, malestar de cuerpo, cefalea, cansancio y sensación de falta de aire al realizar sus actividades diarias. Antecedente de gonartrosis, alcoholismo de larga data, 1 dosis de la vacuna contra la covid-19 y prueba antigénica no reactiva, paciente refiere descuido por parte de sus hijos. Se realizó el examen físico donde a la inspección se evidencia mala higiene y cuidado personal, aparentaba regular estado general, regular estado de hidratación, temperatura de 37,8°C, presión arterial 135/84mmHg, frecuencia cardíaca de 61 por minuto, frecuencia respiratoria de 18 por minuto, saturación 94 %. A la evaluación del sistema respiratorio se evidenció marcada disminución del murmullo vesicular en hemitórax derecho en 2/3 inferiores en comparación con el hemitórax izquierdo; no se auscultaron crepitantes ni sibilantes en ambos hemitórax. Resto de examen sin alteraciones. Se le solicitó una radiografía de tórax anteroposterior, hemograma completo, además se le inició tratamiento empírico con ceftriaxona 2 gr endovenoso en 200 cc de NaCl al 0,9 % cada 24 horas por 7 días, Dexametasona 4 mg 1 ampolla intramuscular STAT, Prednisona 50 mg 1 tableta c/ 24 horas por 3 días. Se evidenció a los 2 días el resultado del hemograma, encontrándose: Hemoglobina: 16,5 g %, Hematocrito 50 %, leucocitos: 14 000/mm³, neutrófilos 70 %, segmentados: 54 %, linfocitos 15 %, monocitos: 10 %. El paciente no volvió para su control con resultados, ni revisión de su radiografía de tórax. Otros servicios lo mencionaron como un paciente con mala actitud, poco colaborador y con mala adherencia a tratamientos previos. Finalmente se consideró como diagnóstico probable neumonía bacteriana.

1.1.2. Caso 2

Llega al servicio de medicina una paciente mujer de 45 años, proveniente del distrito de Reque y diagnosticada con diabetes mellitus hace 4 años. Llegó por control y recojo de medicamentos tras 1 mes sin acudir, refiriendo comprar medicamento de manera particular. Negó consumo de tabaco y alcohol, mantener una dieta baja en azúcares e incrementada en vegetales, sin embargo, a pesar de la medicación con metformina de 850 mg 2 veces al día y glibenclamida de 5 mg 1 vez al día, presenta picos de elevación de glucosa de 180 mg/dl. Al examen físico paciente con regular estado general, regular estado de hidratación, peso de 75 kg, talla de 164 cm, temperatura 36,7°C, presión arterial 130/80 mmHg, frecuencia cardíaca 70 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto, saturación de oxígeno 97 %. A la evaluación física se evidenció disminución de la agudeza visual en ojo izquierdo, sin alteración a la evaluación por demás sistemas. Se solicitó exámenes de laboratorio encontrándose los siguientes resultados: glucosa 170 mg/dl, colesterol 220 mg/dl, triglicéridos 150mg/dl, urea 54 mg/dl y creatinina 1,7 mg/dl. Se le diagnosticó a esta paciente como una diabetes mellitus tipo 2 complicada con una posible afectación renal, solicitándole una teleinterconsulta con la especialidad de endocrinología.

1.1.3. Caso 3

Varón de 46 años acude a consulta por fuertes dolores de cabeza y antecedente de presión alta. Refiere que aproximadamente hace 3 meses se desmayó viendo televisión, despertando 15 horas después en el hospital y desde entonces ha notado aumento de sensibilidad dolorosa en hemicuerpo derecho.

Funciones vitales

Presión arterial 185/100 mm de Hg. Frecuencia cardíaca 76 latidos por minuto. Saturación de oxígeno 98 %. Frecuencia respiratoria 18. Temperatura 36,9 grados Celsius.

Tejido celular subcutáneo: No edemas.

Aparato respiratorio: No ruidos adventicios pulmonares.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos sin alteraciones.

Neurológico: Orientado en tiempo espacio y persona. Hipersensibilidad en hemicuerpo izquierdo.

El paciente tomaba únicamente 50 mg de losartán cada 24 horas, medicación a la que se indicó agregar 10 mg de nifedipino también cada 24 horas. Se le realizó la referencia hospitalaria al servicio de neurología y mientras era aceptada se le solicitó que acudiera después de un mes a consulta para su evaluación. En el momento se le indicó dos tabletas de 25 mg cada una de captopril molidos sublingual razón por la que luego de media hora registró una presión arterial de 140/85 mm de Hg. Luego de un mes el paciente acude a consulta con registro de presiones que oscilaban entre 125 y 150 mm de Hg la presión sistólica y entre 85 y 100 mm de Hg la presión diastólica, por lo que se le adiciona a su tratamiento una tableta de 40 mg de furosemida vía oral cada 24 horas. Días después es evaluado en el hospital por neurología. Hoy en día el paciente registra controles de presión de entre 115 y 125 mm de Hg la presión sistólica y entre 75 y 85 mm de Hg la presión diastólica.

1.1.4. Caso 4

Mujer de 50 años acude al servicio de emergencia traída por familiar. Se presenta somnolienta y cansada.

Antecedente de diabetes desde hace 14 años y por lo que refiere el familiar con actual mal control.

Presión arterial 130/80 mm de Hg. Frecuencia cardíaca 70 latidos por minuto.

Saturación de oxígeno 98 %. Frecuencia respiratoria 16 por minuto.

Temperatura 37 grados celsius.

Examen físico:

Mucosas: Mucosa oral seca.

Tejido celular subcutáneo: No edemas

Aparato respiratorio: Buen pasaje aéreo pulmonar.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos. No soplos.

Neurológico: Apertura ocular espontánea, respuesta verbal confusa y ante la evaluación de respuesta motora si obedece órdenes. Glasgow 14/15.

La paciente registró 620 mg/dl de glucosa por hemoglucotest. Se establece el diagnóstico de crisis hiperglicémica, se inicia hidratación con 15 ml/kg de peso de NaCl al 0,9 % en bolo mientras se iba procesando un examen de orina que mostró la presencia de cuerpos cetónicos, para inmediatamente ser referida de emergencia a un hospital por carecer de análisis de gases arteriales y electrolitos e insulina para determinar si se trató de un estado mixto. La paciente no permaneció en el centro de salud más de una hora. Se conoce que la paciente falleció horas después.

1.2. Rotación de Cirugía

1.2.1. Caso 1:

Al promediar las 13 horas acude por emergencia una mujer de 25 años quien refiere dolor abdominal desde hace 5 horas, no tener apetito (no haber desayunado) y presentar náuseas. Se aprecia un aparente mal estado general, enfermedad de inicio brusco y de evolución progresiva.

Antecedentes: Migraña, sin otros antecedentes de importancia.

Funciones vitales:

Frecuencia cardiaca 85 latidos por minuto. Presión arterial 125/80 milímetros de Hg. Saturación de oxígeno 98 %. Frecuencia respiratoria 21 respiraciones por minuto. Temperatura: 37 grados celsius.

Examen físico

Aparato respiratorio: Buen pasaje aéreo en ambos campos pulmonares.

Aparato cardiovascular: Latidos cardiacos rítmicos y ruidos cardiacos sin presencia de soplos. Llenado capilar menor a 1 segundo.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos disminuidos, hipersensibilidad difusa a la palpación en cuadrante inferior derecho, signo de McBurney (+), Rovsing (+) y Psoas (+).

Genitourinario: No presencia de globo vesical ni liberación de sangre u otros fluidos.

Neurológico: Localizado y orientado en tiempo espacio y persona. Glasgow: 15/15.

Se establece como diagnóstico probable una apendicitis aguda no complicada. La hiporexia y no ingesta de líquidos demandó la instalación de vía y suministro de cloruro de sodio al 0,9 % a 30 gotas por minuto. No se administró analgésicos para evitar enmascarar las características del dolor propio de la patología apendicular, además se obtuvo un hemograma completo con desviación izquierda (72 % de neutrófilos), un examen de orina que únicamente mostró presencia de uratos y una ecografía abdominal al ser solicitada quedó pendiente pues la paciente fue referida al hospital. Nueve días después la paciente acudió para el retiro de los puntos realizados sobre la incisión Rocky Davis que se le practicó.

1.2.2. Caso 2

Neonato de dos semanas, 3940 gramos de peso y 54 centímetros de talla, acude por emergencia acompañado de su madre quien refiere que el menor presenta vómitos después de lactar desde hace 2 días pero que recién acude al centro de salud porque además notó en la piel de su hijo cierto tono amarillo y supuso que podía no tratarse de una simple infección.

Funciones vitales

Frecuencia cardíaca 115 latidos por minuto. Saturación de oxígeno de 100 %. Frecuencia respiratoria 43 respiraciones por minuto. Temperatura 37,1 grados Celsius.

Examen físico:

Piel y mucosas: Ictericia (+), mucosas ligeramente secas.

Aparato respiratorio: Buen pasaje aéreo en ambos campos pulmonares

Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos sin alteraciones.

Abdomen: Distensión epigástrica, reptación gástrica, ruidos hidroaéreos presentes, timpanismo, masa palpable de aproximadamente 2 cm, no megalias.

Neurológico: Reflejos palmar (+), plantar (+) y de succión (+).

La deshidratación en un lactante debe ser corregida pensando siempre en su etiología, siendo las más comunes la enfermedad diarreica y la hipovolemia. En el presente caso el origen fue la disminución del aporte por lo que se inició de manera estándar con 20 mililitros por kilogramo de peso de solución fisiológica hasta asegurar la diuresis. Dada la clínica se sospechó en estenosis hipertrófica de píloro por lo que se solicitó de elección una ecografía pilórica o en todo caso, de no tener acceso a una ecografía, una radiografía abdominal. El paciente es referido inmediatamente al hospital para su evaluación, confirmación diagnóstica y derivación a cirugía pediátrica.

1.2.3. Caso 3

Llegó al tópico de emergencia un paciente varón de 30 años, de nacionalidad venezolana, procedente del distrito de Pucalá, con dolor abdominal severo de menos de 24 horas. El paciente fue traído por sus familiares quienes refirieron que desde hace 6 días aproximadamente se quejaba de dolor abdominal, para lo cual solo se medicaba con analgésicos como naproxeno o hioscina en tabletas recomendados en la farmacia. El paciente refirió haber ingerido pollo a la brasa la noche previa presentando, al transcurrir una hora y media aproximadamente, un fuerte dolor abdominal que no le permitió dormir por la noche, incrementando el dolor por la mañana y acompañado de náuseas. Por la mañana el paciente tomó 1 tableta de buscapina de 10 mg, sin embargo, el dolor incrementó llegando así a nuestro servicio. Al examen físico aparentaba mal estado general, regular estado de hidratación, temperatura 37,4 °C, presión arterial 140/90 mmHg, frecuencia cardíaca de 93 por minuto, frecuencia respiratoria de 18 por minuto, saturación de oxígeno de 98 %. Paciente en posición antálgica, el abdomen se encontraba distendido, a la inspección no se evidenció cicatrices o lesiones cutáneas, a la auscultación ausencia de ruidos hidroaéreos y dolor difuso a la palpación superficial.

Durante la entrevista, el paciente refirió no haber defecado en los últimos 3 días, ni tener flatos.

Se optó por colocar al paciente una vía endovenosa y pasar Metamizol 1gr + Dimenhidrinato 50mg/5ml + Hioscina 20mg/ml en 100 cc de cloruro de sodio al 0,9 %, se pasaron 20 cc a chorro y posteriormente a 50 gotas por minuto. Ante la falta de insumos bioquímicos del establecimiento de salud se solicitó un hemograma, el cual fue tomado por un biólogo particular dentro del establecimiento. Al resultado del examen se encontró hemoglobina 13,5 gr/dl, leucocitos 11 500/mm³, neutrófilos 55 %, basófilos 1 %, eosinófilos 0 %, monocitos 4 %, linfocitos 40 %, plaquetas 155 000/mm³. El paciente fue trasladado en la ambulancia al hospital Luis Heysen Inchaustegui (HLHI) para recibir el manejo hospitalario, ya que no contaba con seguro SIS. Sin embargo, al llegar a dicho nosocomio el paciente no logró ser atendido a la brevedad por la demanda del hospital, complicándose con una peritonitis al tercer día de hospitalización y siendo referido al hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (EsSalud), donde fue operado por el servicio de cirugía general.

1.2.4. Caso 4

Una mañana en el consultorio de medicina llegó una paciente de 57 años procedente del distrito de Reque quien refirió padecer, desde hace 1 mes aproximadamente, sangrado por vía rectal al ir al baño y leve dolor abdominal. La paciente conserva el apetito, refiere no haber pérdida de peso a la brevedad y, a pesar del consumo de frutas y verduras, refirió padecer de estreñimiento desde hace varios años. Al examen físico aparenta buen estado general, buen estado de hidratación, activa, temperatura 37,2°C, frecuencia cardíaca 70 por minuto, frecuencia respiratoria 16 por minuto, presión arterial 125/80 mmHg, saturación de oxígeno 97 %, no icterica. A la evaluación abdominal se evidenció dolor a la palpación profunda en cuadrante inferior derecho. Resto de examen sin alteraciones. Como diagnóstico presuntivo se consideró una diverticulosis y se le solicitó un hemograma completo y una colonoscopia por vía particular para determinar el diagnóstico.

Como tratamiento sintomático se le recetó hioscina de 10 mg cada 8 horas x 3 días hasta obtener resultados de laboratorio y de imágenes.

A la siguiente semana llega la paciente nuevamente a consulta con sus resultados de la colonoscopia, diagnosticándose divertículos sin presencia de inflamación en colon derecho. Su resultado de hemoglobina era de 11,2 gr/dl, leucocitos 9 800/mm³, neutrófilos 50 %, basófilos 1 %, eosinófilos 0 %, monocitos 1 %, linfocitos 30 %, plaquetas 145 000/mcl. Se realizó tratamiento para la anemia ocasionada por la pérdida sanguínea, dándole sulfato ferroso 300 mg 1 tableta al día 1 hora después de los alimentos por 30 días, así como consumo de alimentos ricos en hierro y reevaluación por el servicio en un mes. Mientras tanto se le realizó referencia al hospital regional docente Las Mercedes (HRDLM) para tratamiento por la especialidad de cirugía general.

1.3. Rotación de gineco-obstetricia

1.3.1. Caso 1

Llegó por consultorio externo una paciente mujer de 35 años, presentando desde hace 3 semanas dolor abdominal bajo, dispareunia, sangrado postcoital y flujo vaginal blanquecino. Inició de vida sexual a los 17 años, actualmente con pareja estable desde hace 1 año, sin hijos, se le realizó legrado un mes previo por óbito fetal, sin uso de método anticonceptivo alguno y coito anal en algunas ocasiones. Al examen físico se encontraba orientada en tiempo, lugar, espacio y persona, aparentaba buen estado general y buen estado de hidratación. Al examen físico se encontró temperatura 37°C, presión arterial 115/70 mmHg, frecuencia cardíaca 82 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto, saturación de oxígeno 98 %. Al examen por sistemas se encontró dolor a la palpación profunda en hipogastrio y fosa iliaca derecha y dolor a la movilización del cérvix. Se solicitó hemograma, examen de orina y ecografía transvaginal, motivo por el cual se le recetó analgésicos naproxeno 500 mg 1 tableta c/ 12 horas por 5 días y regresar para reevaluación con resultados de laboratorio. Se plantea como diagnóstico una cervicitis, a descartar una infección de tracto urinario y enfermedad pélvica inflamatoria.

A los 2 días paciente acude nuevamente al servicio. Sus resultados de laboratorio indicaron Hemoglobina 14 g/dl, Hematocrito 41 %, leucocitos 3.79/mcl, basófilos 1 %, eosinófilos 2 %, segmentados 48 %, abastionados 0 %, linfocitos 36 %, monocitos 13 %, plaquetas 254 000/mm³; su examen de orina de mostró sin alteraciones. Su ecografía reveló micropoliquistosisovárica, presencia de quistes de Naboth y signos de enfermedad pélvica inflamatoria crónica. La paciente fue medicada con doxiciclina 500 mg 1 tableta c/12 horas por 7 días, tinidazol 500 mg 4 tabletas juntas después de almuerzo por 2 días y óvulos clindamicina con ketoconazol por 7 noches. Se le solicitó teleinterconsulta con médico ginecólogo para tratamiento de poliquistosis ovárica.

1.3.2. Caso 2

En una guardia diurna llegó por emergencia una paciente mujer de 19 años, primigesta de 36 semanas, acompañada por su pareja, refiriendo presentar desde hace media hora pérdida de líquido claro por la vagina tras viajar en mototaxi, acudiendo así al establecimiento de salud, creyendo haber comenzado labor de parto. Entre los datos de importancia paciente procedente de Cayaltí, fecha de última regla el 31 mayo 2021, con fórmula obstétrica G1P000, inicio de vida sexual temprana a los 15 años, niega antecedentes de tabaquismo, alcoholismo o consumo de drogas, contaba con 3 controles prenatales, no se evidenció última batería de gestante en el carnet (hemoglobina, examen de orina, prueba para sífilis, tamizaje del virus de inmunodeficiencia humana - VIH, grupo sanguíneo, glicemia). A la evaluación se evidencia temperatura 37°C, presión arterial 120/75 mmHg, frecuencia cardíaca 90 por minutos, frecuencia respiratoria 18 por minuto, útero grávido con feto vivo único, activo, altura uterina 33 cm, latido cardíaco fetal de 145 por minuto, en posición cefálico longitudinal izquierdo. Se le realizó tacto vaginal y se evidenció pérdida de líquido amniótico y leve sangrado, orificio cervical interno cerrado y ausencia de contracciones uterinas. La paciente es llevada al HRDLM previa coordinación por el servicio de obstetricia, con vía endovenosa de NaCl 0,9 % en mano izquierda, sin medicación alguna.

1.3.3. Caso 3

Mujer de 28 años y 39 semanas de gestación acude al servicio de obstetricia acompañada de dos familiares, refiere presentar liberación de mucosidad y contracciones cada cierto minuto. Es secundigesta y en sus controles registra hemoglobinas de 12,8 g/dl y 11,2 g/dl. Es suplementada con 300 microgramos de sulfato ferroso y 60 mg de ácido fólico. Su talla habitual es 1,60 metros.

Antecedentes obstétricos y de gestación anterior (ver anexo 1).

Controles prenatales (ver anexo 2).

Funciones vitales:

Frecuencia cardiaca 86 latidos por minuto. Saturación de oxígeno 98 %.

Frecuencia respiratoria 17 por minuto. Temperatura 36,7 grados celsius.

Examen físico:

Tejido celular subcutáneo: Edema (+)

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos sin alteraciones.

Evaluación obstétrica: Línea bruna, útero grávido, feto único. Posición longitudinal cefálica derecha y encajado, latidos cardiacos fetales 150 latidos por minuto, altura uterina 36 centímetros. Liberación del tapón mucoso de Kristeller sin liberación de sangre ni otros fluidos. Cérvix: Orificio cervical interno abierto con dilatación al tacto de 6 centímetros. Dinámica uterina 3 contracciones cada 10 minutos.

Neurológico: Localizada y orientada en tiempo espacio y persona. Aparente mal estado general.

La gestante no tenía ecografía de tercer trimestre. Se le instala vía y cloruro de sodio al 0,9 % y se pasa a 20 gotas por minuto. Durante el expulsivo se produjo enclavamiento de hombro derecho por lo que se aplicó la maniobra de Mc Roberts (ver anexo 3) generando el desencaje del hombro y un desgarro perineal de segundo grado. Se administró una ampolla intramuscular de 10 unidades internacionales de oxitocina. Se clampó el cordón umbilical e inmediatamente se cortó para atención inmediata del recién nacido debido a la no respuesta al estímulo por parte de este. El alumbramiento ocurrió 20 minutos después del expulsivo.

El desgarro perineal se afrontó en dos planos, el plano profundo o musculo-aponeurótico con sutura continua de Catgut simple 3/0 y el plano superficial entre el tejido celular subcutáneo y la piel con puntos simples de Nylon 3/0 que se retiraron después de 8 días.

1.3.4. Caso 4

Multigesta de 44 años y de 38 semanas de gestación acude al servicio de obstetricia acompañada de su esposo por contracciones cada vez más dolorosas y refiere diagnóstico de infección urinaria recurrente pero no haber podido continuar con tratamiento antibiótico.

Antecedentes obstétricos y de gestación anterior (ver anexo 4)

Funciones vitales:

Frecuencia cardiaca 79 latidos por minuto. Saturación de oxígeno 98%. Frecuencia respiratoria 20. Temperatura 36 grados celsius.

Aparente regular estado general.

Tejido celular subcutáneo: Edema (+++)

Evaluación obstétrica: Útero grávido, altura uterina: 36 centímetros, latidos cardiacos fetales 130 latidos por minuto. Dinámica uterina 4 contracciones en 10 minutos. Cérvix con dilatación de 8 cm. Posición longitudinal cefálico izquierdo con membranas íntegras.

Neurológico: Localizada y orientada en tiempo espacio y persona.

Se retoma el tratamiento de infección urinaria con 2 gr de ceftriaxona en 100 centímetros cúbicos de cloruro de sodio. Durante el expulsivo se evidencia "líquido en puré de arvejas". Se administró una ampolla intramuscular de 10 unidades internacionales de oxitocina. Se clampó el cordón umbilical y se cortó 4 minutos después del parto. El alumbramiento ocurrió 10 minutos después del expulsivo. El presente caso es un ejemplo de causales predisponentes de daño cromosómico pues resultó evidente en la recién nacida la presencia de implantación baja de orejas, cuello corto, manos simioides, lengua con tendencia a la protrusión e hiporeactividad, caracteres sugestivos de síndrome de Down. El presente caso expone el eventual riesgo

que tiene una gestante muy añosa y además sugiere mayor importancia debido a la presencia de un antecedente relevante a evaluar en uno de los casos abordados después en este mismo documento.

1.4. Rotación de Pediatría

1.4.1. Caso 1

Recién nacido por parto distócico de hombros registra un peso de 4383 gramos y un APGAR de 3 al minuto al estar pálido, tener una muy ligera flexión de extremidades, presentar menos de 100 latidos por minuto, además de apenas mostrar muecas y respiración lenta. La madre durante el control prenatal no presentó ecografía de tercer trimestre haciendo un poco difícil advertir un eventual problema.

Tras evidenciar la condición del recién nacido luego del expulsivo se procedió a realizarle reanimación cardiopulmonar con 30 compresiones torácicas y 2 ventilaciones lentas, obteniendo resultados satisfactorios en el cuarto ciclo de compresiones. Se registró un APGAR de 7 a los 5 minutos, de 10 a los 10 minutos y nuevamente de 10 a los 15 minutos. Se indicó lactancia materna exclusiva, vigilar signos vitales y de alarma, se administró profilaxis ocular con tetraciclina tópica, 0,1 cc intramuscular de fitomenadiona, vacunas de BCG y hepatitis B además de alojamiento conjunto. Durante su evolución presentó llanto enérgico, buena succión y meconio dentro de las primeras 24 horas. Pasadas las 48 horas se procedió a dar de alta al neonato. Actualmente es seguido por el programa de control de crecimiento y desarrollo (CRED).

1.4.2. Caso 2

Recién nacida con aparente síndrome de Down nacida por parto eutócico a las 38 semanas y peso de 3411 g, presenta como antecedente obstétrico de la madre la liberación durante el expulsivo de "líquido de arvejas". Se administró tetraciclina tópica para profilaxis ocular, vacunas de BCG y hepatitis B, 0,1 cc intramuscular de fitomenadiona y alojamiento conjunto.

Durante su evolución presentó hipotonía de miembros inferiores y la acentuación de caracteres propios de la sospecha congénita en cuestión como ojos almendrados y pobre succión. Permaneció en observación 48 horas luego de las cuales se le dio el alta y se le elaboró una referencia hospitalaria al servicio pediatría para su posterior evaluación. Además, se les recomendó a los padres que ante la presencia de fiebre acuda inmediatamente al centro de salud. Los familiares refieren que a los 3 días de edad “tuvo poca fiebre”; el día 5 acude al centro de salud con fiebre de 39 grados donde a la evaluación presentó taquipnea y bradicardia, indicándose 100 mg/kg/ día de ampicilina más 2,5 mg/kg/dosis cada 12 horas y 15 mg/kg/dosis de paracetamol cada 8 horas. Horas después de las primeras dosis administradas la recién nacida fallece.

1.4.3. Caso 3

Un día de consulta externa se presentó una paciente lactante de 7 meses quien, traída por su madre, presentaba desde 3 días antes del ingreso “manchas rojizas” asociadas a prurito, ubicadas inicialmente en la cara, las cuales se extendieron a piernas, pies, y finalmente a brazos y espalda. La madre mencionó que la menor no tuvo fiebre, conservaba el apetito y la lactancia asociada con sus alimentos. Se le consultó si alguien más en casa o alguna visita de un familiar externo presentó síntomas similares, lo cual negó. Sin embargo, ella refirió tener corral con gallinas y patos en el patio de la casa.

A la evaluación física la menor pesaba 9 kilos, tenía temperatura de 36,6 °C, una frecuencia cardiaca de 110 por minuto, frecuencia respiratoria de 35 por minuto, en piel se evidenciaron lesiones vesiculares en palmas y plantas y a la vez lesiones papulo-eritematosas en brazos y antebrazos. La paciente a la inspección se encontraba tranquila, activa y con leve prurito. Se pensó como primera opción en varicela, sin embargo, la presencia de vesículas en palmas y plantas hacia dudar del diagnóstico por lo que se planteó como segunda opción la enfermedad mano-pie-boca, la cual concordaba con la sintomatología encontrada pero la falta de antecedentes de contagio y la ausencia de vesículas en mucosas ponía en duda nuevamente el diagnóstico.

Como tratamiento a la paciente se le recetó Clorfenamina 2mg/5ml en jarabe dosificándole 2 ml cada 8 horas por 3 días, buen aseo, evitar el contacto con las vesículas y una teleinterconsulta con el médico pediatra.

A los 7 días la paciente es traída nuevamente al servicio de medicina por presentar exacerbación de los síntomas, la presencia de las lesiones papulo-vesiculares habían aumentado en cantidad, estando presentes en las mismas zonas anatómicas. A la teleinterconsulta con el médico pediatra se le expuso el caso por video-aplicativo ZOOM, para lo cual determinó como diagnóstico un prurigo infantil como una exacerbación a causa de una escabiosis.

1.4.4. Caso 4

Un día en el servicio de medicina llegó un preescolar de sexo masculino de 2 años y 4 meses de edad. La madre refirió verlo casi siempre somnoliento, con poco ánimo para jugar y con apetito disminuido desde hace 2 semanas aproximadamente. Previo a ese tiempo el paciente no presentó fiebre o deposiciones sueltas, también refirió no haber presentado caídas, ni tener mascotas o animales de corral. Como antecedentes postnatales refiere parto sin complicaciones, peso 2.800 kg al nacer, APGAR 9 al primer minuto y 10 a los 5 minutos. Al examen físico paciente aparenta regular estar general, regular estado de hidratación, peso de 12 kilos, temperatura de 37°C, frecuencia respiratoria de 30 por minuto, saturación de oxígeno del 100 % y frecuencia cardíaca de 90 por minuto, despierto y responde al llamado, sin alteración en el examen por aparatos y sistemas.

Se le solicita al paciente un examen para control de hemoglobina y un examen parasitológico seriado. A los cuatro días paciente acude por resultados, presentando una hemoglobina de 9,9 g/dl y un examen parasitológico negativo. Se procedió con el tratamiento de la anemia moderada según lo establecido por la guía de práctica clínica del MINSA, utilizando la dosis vía oral de 3 mg/kg/día, correspondiéndole al paciente 12 ml al día de sulfato ferroso en jarabe (15mg/5ml) y se le citó para su control y recojo de medicamento al mes de tratamiento. Además, se le recomendó consumo de alimentos como menestras, garbanzos, soja, hígado de res y brócoli en su dieta.

Al mes para su primer control por medicina, el paciente presento una hemoglobina de 9,5 g/dl, otorgándole una segunda entrega de tratamiento, explicándole que la duración de esta es de 6 meses, la madre refirió que tenía dificultad para la ingesta del medicamento, motivo por el cual se repartió en dos tomas de 6 ml 2 veces al día 1 o 2 horas después de los alimentos. El paciente mejoró favorablemente teniendo un tercer control de hemoglobina con 12,3 g/dl, brindándole finalmente el alta médica.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA

Luego de categorizar como pandemia a la entonces y aún presente realidad epidemiológica, la incertidumbre respecto a cómo viabilizar la educación universitaria se tornó complicada debido a las diferentes variables que fueron apareciendo en escena. La etapa del internado médico, sustento de formación y ejercicio fundamental de práctica clínica, fue en diferentes ocasiones objeto de cuestionamiento. El problema situacional ya estaba planteado, pero no así las concretas soluciones. El internado médico inició luego de ser postergado algunas veces el día 1 de julio del 2021, momento para el que, en el Perú, los jóvenes de entre 18 a 29 años de edad, como la mayoría de los internos, registró una disminución de 10 729 nuevos casos y una tasa de ataque del 3,2 %, estando en el tercer grupo de riesgo de enfermar, seguido de los adultos mayores y adultos (1).

El contexto físico en el que se desarrollaron las experiencias fue el primer nivel de atención. El Centro de salud (CS) de Puerto Eten es un establecimiento de categoría I-2, cuenta con servicio de medicina, enfermería, obstetricia, odontología, farmacia y ambulancia. El C.S de Pucalá es un establecimiento de categoría I-3, cuenta con los servicios de medicina, enfermería, obstetricia, odontología, psicología, laboratorio y ambulancia. El C.S. de Reque es un establecimiento de categoría I-4, cuenta con los servicios de medicina, enfermería, obstetricia, salas de internamiento Covid y no Covid, odontología, salas de parto Covid y no Covid, psicología y ambulancia.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1. Rotación de Medicina

3.1.1. Caso 1

En el presente caso clínico tenemos a un paciente de 76 años, poco colaborador que evidencia una clínica sugestiva de neumonía, presentando tos productiva, malestar de cuerpo y sensación de falta de aire al realizar sus labores cotidianas. En esta época de pandemia por la covid-19, lo primero que se debe realizar ante un paciente con síntomas respiratorios, es solicitar una prueba para descartar la patología viral por el SARS COV2. Por motivos administrativos el establecimiento de salud no cuenta con pruebas moleculares que son aquellas que detectan los anticuerpos que se producen ante la infección, sino que tan solo cuenta con pruebas antigénicas, las que deben ser tomadas en los primeros días de enfermedad (2). Teniendo como resultado su prueba antigénica negativa y la clínica presente del paciente, se realizó un hemograma completo, el cual da a denotar un aumento de leucocitos en sangre, lo que nos sugiere una infección del parénquima pulmonar, ante la sospecha de una neumonía típica o atípica, el uso de la radiografía de tórax suele ser de gran ayuda diagnóstica. Nosotros como personal médico debemos aprender a diferenciar entre los casos típicos, los cuales cursan con un inicio brusco, fiebre, tos con expectación, signos de consolidación y derrame pleural. A diferencia de los casos atípicos que presentan un inicio insidioso, tos seca, cefaleas y subfebriles. En este paciente existen factores importantes como la edad mayor de 65 años, alcoholismo de larga data y la falta de ayuda por parte de familiares, las cuales pueden llevar a no concluir el tratamiento y complicaciones posteriores, entre la cuales están las atelectasias, derrame paraneumónico, empiema, entre otras. El tratamiento de la neumonía suele ser empírico con el uso ambulatorio de macrólidos como azitromicina, sean solos o asociados a betalactámicos y el uso de las cefalosporinas de tercera generación usualmente como uso hospitalario (3)

3.1.2. Caso 2

El caso clínico nos envuelve en el avance de la diabetes mellitus y sus principales complicaciones, entre las presentes en la paciente son la nefropatía, ocasionado por daño a las nefronas, y la retinopatía diabética, por alteración de la microcirculación de la retina. La enfermedad renal ocasionada por la diabetes es una colección de patrones clínicos que se reducen en evidencia de albuminuria, aumento de la presión arterial y un descenso gradual de la filtración glomerular.

En estos pacientes es necesario la evaluación de la tasa de filtrado utilizando la fórmula de Cockcroft-Gault y la cantidad de proteínas eliminada en orina de 24 horas. Los resultados de laboratorio de la paciente arrojaron los siguientes datos: glucosa 170 mg/dl, colesterol 220 mg/dl, triglicéridos 150 g/dl, urea 54 mg/dl y creatinina 17 mg/dl. Ante lo obtenido, la tasa de filtración glomerular es de 49,48 ml/min, catalogándola con un filtrado ligera a moderadamente disminuido según la clasificación *kidney disease: improving global outcomes* (KDIGO). Por lo tanto, las dosis de antidiabéticos orales deberán reajustarse para evitar un aumento en el daño renal, como en el caso de la metformina en la paciente, ya que es un medicamento de eliminación renal y no debe ser utilizado en pacientes con un filtrado menor de 60 ml/min (4).

3.1.3. Caso 3

Los accidentes isquémicos transitorios (TIA) se asemejan a los accidentes cerebrovasculares isquémicos de clínica conocida clásicamente, pero los síntomas suelen durar menos de 1 hora (la mayoría de los TIA duran menos de 5 minutos). Cuando los daños remiten rápido hay pocas posibilidades de un ataque al corazón. Los defectos que se resuelven espontáneamente dentro de 1 a 24 horas, como se muestra en la resonancia magnética ponderada por difusión y otros estudios, a menudo se asocian con infartos y, por lo tanto, ya no se consideran TIA. El TIA es más común en adultos de mediana edad y mayores, y aumenta significativamente el riesgo de accidente cerebrovascular subsecuentes.

Casi todos los casos de TIA son causados por una obstrucción, generalmente en las arterias carótidas o vertebrales, aunque la mayoría de los accidentes cerebrovasculares isquémicos también pueden ser causados por TIA. En raras ocasiones es causada por hipoxemia grave que pueda originar una perfusión alterada y disminución de la capacidad de transporte de oxígeno, un ejemplo de esto podría ser anemia grave o intoxicación por monóxido de carbono; otra causa rara sería el aumento de la viscosidad de la sangre vista en casos de policitemia grave. La hipotensión sistémica no suele causar isquemia cerebral a menos que sea grave o si existe un estrechamiento preexistente de las arterias, ya que los procesos de autorregulación mantienen el flujo sanguíneo cerebral cerca de lo normal en un amplio rango de presión arterial sistémica (5). Para el caso del paciente presentado fue importante el control de su presión arterial, que, según norma técnica, este tipo de pacientes debe ser evaluado mensualmente hasta verificar que los medicamentos administrados cumplen con controlar la hipertensión.

3.1.4. Caso 4

Los riñones compensan los niveles altos de azúcar en la sangre y generan que el exceso de glucosa abandone el cuerpo a través de la orina. Pero esto también causa la deshidratación del cuerpo. Los niveles de glucosa en sangre pueden ser muy altos, a veces más de 10 veces normales en este tipo de crisis.

En la paciente, teniendo las condiciones óptimas, se debió además pedir un AGA y electrolitos para evaluar el pH, bicarbonato, osmolaridad y anión GAP a fin de establecer si se trata de una cetoacidosis diabética pura, un estado hiperosmolar o una condición mixta. Posterior a la administración de 15 ml/ kg de peso de NaCl al 0,9 % en bolo, se debió administrar 500 ml/hora de NaCl, más 0,5 UI/kg/hora de insulina endovenosa (esto se puede hacer con jeringa o en el mejor de los casos con bomba de infusión) registrar la glucosa cada 2 horas y tomar un AGA y electrolitos cada 4 horas. Tener en cuenta que cuando el registro de glucosa descienda por debajo de 250 se cambiará el NaCl por 500 cc/hora de dextrosa al 5 % (6).

3.2. Rotación de Cirugía

3.2.1. Caso 1

La fisiología de la apendicitis aguda sigue siendo un misterio. Hoy en día algunas teorías están tratando de explicar esta patología. Los cirujanos describen una etapa inicial caracterizada por la congestión de la luz del apéndice al aumentar el cuerpo linfático, fertilizante, tumor o un cuerpo extraño (p.ej. hueso, grano, objetos); esto genera moco y crecimiento bacteriano, creando así distensión y aumento de presión intraluminal. Luego hay congestión linfática y de venas, esto promueve aún más el desarrollo de bacterias y produce edema. En este punto aparece isquemia. La isquemia que se enfrenta produce necrosis (apendicitis necrotizante). Si se permite que este proceso se desarrolle esto podría degenerar en peritonitis (7). En la paciente del caso abordado se evidenció realmente un tipo de clínica clásica de apendicitis aguda, por lo que luego de su evaluación se procedió sin más a referirla al hospital.

3.2.2. Caso 2

No se sabe la causa exacta de una estenosis hipertrófica de píloro. Se piensa que tiene un componente genético porque los hermanos y hermanas de los afectados tienen mayor riesgo de presentarla, especialmente los gemelos de una sola célula. El consumo de tabaco en el embarazo también aumenta el riesgo y se asocia al uso de eritromicina en la gestación. El mecanismo propuesto es la ausencia de óxido nítrico, nacimientos inusuales de la capa muscular circular y longitudinal. Suele aparecer entre la segunda semana y cuarta semana de edad y se presenta principalmente en el primer hijo. Se establece el diagnóstico clínico en base a la triada clásica de vómitos explosivos de contenido lácteo no bilioso, peristaltismo gástrico visible o reptación gástrica y oliva pilórica palpable, que representa el píloro hipertrófico. El tratamiento es eminentemente quirúrgico. Medidas como hidratar al paciente, aplicar atropina para relajar el píloro y permitir la alimentación del recién nacido son transitorias por lo que para este caso es necesario la práctica de una piloromiotomía (8).

3.2.3. Caso 3

Ante la sospecha de una obstrucción intestinal debemos pensar en diversas causas desencadenantes. Si la obstrucción es a nivel intraluminal se podría pensar en patologías como diverticulitis, enfermedad de Crohn o neoplasias. Por otro lado si la causa es extrínseca pensaremos principalmente en bridas o adherencias, hernias o vólvulos, siendo esta última la causa más frecuente de obstrucción baja en Perú. Si la afectación es dentro del lumen se sospechará de cálculos implantados, bezoar, parásitos y, en niños, intususcepción (9). Ante el presente caso clínico tenemos un paciente varón de 30 años, de nacionalidad venezolana, proveniente del distrito de Pucalá, sin antecedentes patológicos o quirúrgicos previos, que niega consumo de narcóticos o abuso de alcohol, presentando cólico abdominal intenso que no cede, distensión generalizada, náuseas, a la auscultación ruidos hidroaéreos disminuidos y dolor abdominal difuso a la palpación superficial. Se tomaron signos vitales al paciente los cuales se estaban estables; tras la sospecha de obstrucción el estudio de elección es una radiografía simple de abdomen, en donde esperaríamos encontrar niveles hidroaéreos o una imagen sugerente en “pila de monedas” sin embargo, por el nivel del establecimiento de salud, no se podía solicitar dicho examen. De haber existido presencia de leucocitosis en el hemograma y/o fiebre, hubieran sugerido complicación en el paciente, y requerir intervención quirúrgica precoz a través de una laparoscopia exploratoria. En estos pacientes es importante una buena hidratación por vía endovenosa, con indicación de no consumir ni beber nada (NPO) y el uso de sonda nasogástrica para poder aliviar la distensión mediante la absorción de líquidos o aire en la cavidad abdominal (10). El uso de medicamentos endovenosos como metamizol, hioscina y dimenhidrinato, podrían disminuir los síntomas momentáneamente del paciente hasta su llegada al nosocomio para una evaluación especializada, sin embargo, no fue atendido a la brevedad, justificando el servicio como saturado. Al cabo de 3 días en el hospital, el paciente se complicó con peritonitis, siendo referido nuevamente y finalmente operado de emergencia en un hospital de mayor complejidad.

3.2.4. Caso 4

La enfermedad diverticular se va a entender como una patología ocasionada por una protrusión de la mucosa y submucosa a través de la capa muscular, la cual en algunos casos puede estar ausente o ser de causa adquirida. A estos últimos se les llamará pseudodivertículos o divertículos falsos. La diverticulosis suele afectar a persona a partir de la quinta década de la vida, siendo el estreñimiento crónico la principal causa. En el presente caso tenemos una paciente de 57 años, que presenta estreñimiento crónico, lo cual es posible que haya ocasionado una debilidad de la pared intestinal produciendo la formación de pseudodivertículos. Esta patología suele ser asintomática principalmente y diagnosticarse cuando ocurren las complicaciones, como es el caso de esta paciente, siendo la hemorragia la principal complicación de la diverticulosis. A pesar de que el manejo puede ser conservador, ya que el sangrado suele autolimitarse, se pueden producir cambios en la mucosa u otras complicaciones como diverticulitis (11).

3.3. Rotación de Gineco-obtetricia

3.3.1. Caso 1

El síndrome de dolor abdominal bajo se puede manifestar en varias patologías ginecológicas, entre ellas está la enfermedad pélvica inflamatoria. Se utilizaron los criterios de Hager para la valoración del diagnóstico clínico, determinando los criterios mayores los cuales son dolor a la movilización cervical en la exploración, presencia de dolor en hipogastrio y dolor anexial a la exploración; los criterios menores son fiebre mayor a 38 °C, leucocitos mayores a 10 000/mm³, VSG mayor a 15 mm/1 hora y Gram sugestivos para *Neisseria gonorrhoeae* y/o *Chlamydia trachomatis*. La paciente tiene conductas sexuales de riesgo y falta de uso de método de barrera, las cuales aumentan el riesgo de infección. A pesar de que la ecografía transvaginal puede ayudar a confirmar el diagnóstico, basta con la exploración clínica para comenzar con el tratamiento empírico. El tratamiento ambulatorio según la guía de práctica clínica del MINSA se basa en Ceftriaxona de 500 mg vía IM

monodosis o cualquier cefalosporina de tercera generación + Doxiciclina 100 mg VO c/ 12 hrs por 14 días con o sin Metronidazol 500 mg VO c/ 12 hrs por 14 días; finalmente un control post tratamiento evaluando siempre que la paciente presente criterios de hospitalización como no excluir alguna patología quirúrgica, presencia de abscesos, embarazos, náuseas y vómitos, fiebre o no respuesta al tratamiento ambulatorio (12).

3.3.2. Caso 2

La ruptura prematura de membranas se va a definir como la pérdida evidente de líquido tras realizar las maniobras de Valsalva, antes del inicio del trabajo de parto y posterior a las 22 semanas, aumentando el riesgo de infecciones y mortalidad perinatal, constituyendo así una emergencia obstétrica. Entre sus factores de riesgo son el antecedente de una ruptura prematura, polihidramnios, embarazos múltiples, infecciones cervicovaginales, controles deficientes, anomalías congénitas fetales, entre otras. En el presente caso tenemos a una gestante de 36 semanas con pérdida de líquido de media hora aproximadamente, de coloración clara, sin presencia de fiebre, 3 controles prenatales la catalogan como una paciente mal controlada, siendo mínimo 6 controles por la guía del MINSA y 8 controles por la OMS. Entre los exámenes auxiliares para determinar una ruptura prematura es el test de nitrazina que, al ponerlo en contacto con el líquido de fondo vaginal, tornara una coloración azulada, siendo compatible con una RPM. En nuestra paciente el tratamiento a seguir es hospitalización y reposo, el uso de antibióticos profilácticos si esta se mantiene después de 6 horas con Ampicilina o Cefalosporina de primera Generación 1 a 2 g EV c/6 horas y el término de la gestación dentro de las siguientes 24 horas (13).

3.3.3. Caso 3

La macrosomía es la principal causa y dificultad de la distocia de hombros. En el caso presente no se pudo fácilmente advertir el tamaño del feto, el ponderado fetal resultó 3875 mg +/- 155 pero el peso real con el que nació supero en casi 500 g lo predicho por la fórmula.

Existen maniobras que se realizan ante este tipo de casos siendo la de primer nivel la de Mc Roberts, la de segundo nivel la de “sacacorchos” o de Woods (ver anexo 5) y finalmente la maniobra de tercer nivel la de reacomodación e ingreso de la cabeza del producto hacia adentro, metiéndolo al canal del parto nuevamente para mandarlo a cesárea (14).

3.3.4. Caso 4

En gestantes de riesgo, como son las gestantes añosas (mayor a 35 años) el diagnóstico prenatal citogenético (DPC), es de importancia y tiene como objetivo dar a conocer en la etapa prenatal si existe el riesgo de tener descendencia afectada por aberraciones cromosómicas. Se han descrito una buena relación entre las alteraciones cromosómicas y la edad gestacional avanzada. La clasificación etaria de la gestante sostiene que las mayores de 35 son consideradas añosas y las mayores de 40, muy añosas. La paciente en cuestión a sus 44 años es considerada muy añosa, presentado este riesgo aumentado (15).

3.4. Rotación de Pediatría

3.4.1. Caso 1

El recién nacido debe ser evaluado y vigilado. Los signos relevantes como bradicardia y disnea deben ser observados de cerca, siendo este último considerado un signo de paro cardíaco inminente. Los neonatos, lactantes y niños pequeños en general son más propensos a presentar bradicardia por hipoxemia en cambio, los niños mayores tienden a presentar taquicardia. En neonatos el tórax se rodea con las manos, es mejor ubicar los pulgares uno al lado del otro e iniciar las compresiones torácicas encima del esternón. En neonatos muy pequeños los pulgares se deben superponer. Los dedos deben estar rectos, sin ser doblados, lo que genera compresión debajo de la apófisis xifoides; el punto exacto es justo por debajo de la línea del pezón (ver anexo 6). La proporción compresión/ventilación es de 30 a 2 cuando hay un solo socorrista y de 15 a 2 si hubiera más de uno (16).

3.4.2. Caso 2

Se conoce que la sepsis, de manera genérica, se categoriza en temprana si se desarrolla dentro de los 3 primeros días y tardía si ocurre después. La temprana se da por transmisión vertical, es decir de la madre al neonato durante el parto y la tardía por transmisión horizontal al presentar clínica de sepsis en sus próximos días de vida. Dado el antecedente de 'puré de arvejas', lo adecuado habría sido observar 72 horas y no 48 a fin de prevenir adecuadamente sepsis temprana. La bacteria causal más común en el Perú de sepsis temprana en el recién nacido es Escherichia coli, mientras que a nivel global es estreptococo del grupo B. Los factores de riesgo maternos son corioamnionitis, ruptura prematura de membranas mayor a 18 horas (por cada hora que transcurre el riesgo aumenta en 1% en riesgo), colonización por estreptococo del grupo B, Listeria monocitogenes adquirida a través de productos lácteos contaminados, cerclaje, desnutrición materna, entre otros. Los factores de riesgo neonatales son prematuridad, bajo peso al nacer, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas, APGAR menor de 7 a los 5 minutos, partos distócicos, sexo masculino. Los factores sociales de riesgo es el bajo nivel socioeconómico. El tratamiento para Escherichia coli y listeria es ampicilina más un aminoglucósido, nuestra norma técnica propone a la gentamicina pero también puede usarse amikacina de 7 a 10 días (17).

3.4.3. Caso 3

En pediatría las enfermedades exantemáticas pueden ser fácilmente confusas, sin embargo, son la forma de presentación, su distribución y el contacto previo las que nos brindarán una orientación del posible diagnóstico (18). En el presente caso clínico tenemos una lactante de 7 meses, cuya madre niega todo contacto de exposición previa con personas con síntomas similares, sean adultos o niños. La distribución de sus síntomas, referidos por la madre, dan a entender una distribución cefalo-caudal, sin presentación de alguna sobre infección bacteriana agregada. En un primer momento se sospechó de varicela, sin embargo, se alejaba el diagnóstico por la poca frecuencia de afectación palmo-plantar de las vesículas, haciendo dudar aún

más del diagnóstico (19,20). Por otro lado, la sospecha de la enfermedad de mano-pie-boca, es el otro diagnóstico a sospechar, por el mismo patrón clínico, exceptuando la presencia de deposiciones sueltas en la paciente y la falta de afectación en mucosas (21). En la consulta con el médico especialista se define el diagnóstico como un prurigo infantil, ocasionado por una respuesta exacerbada del cuerpo a una escabiosis persistente. Esta enfermedad puede ser pruriginosa y hasta dolorosa en algunos casos, presentando similitudes a las enfermedades exantemáticas anteriormente mencionadas. Debemos siempre considerar este diagnóstico como una posibilidad en pacientes lactantes menores que no resuelven fácilmente, presentan mala higiene y una dieta poco adecuada.

El tratamiento en estos casos se basará en manejo de la higiene, desinfectar e incluso fumigar los ambientes cercanos al menor, evitar el contacto con mascotas y/o animales de corral, baño diario y frecuente cambio de ropa, de preferencia de algodón (22). A la madre de esta paciente se le recetó las medidas de higiene adecuadas a seguir, también el uso de permetrina 5% aplicando en la piel limpia y seca y colocar una capa fina en toda zona afectada, evitando las mucosas y los ojos, incluyendo palmas de las manos y plantas de los pies, mantener el producto en la piel durante 12 a 14 horas y después retirar con el baño. Se sugirió repetir el procedimiento tras 1 semana si los síntomas aun persistían. Además, se recomendó el uso de hidrocortisona 1% para aplicar en la piel tras el uso de la permetrina y, por último, aditivo el uso de clorfenamina en jarabe 2mg/5ml en jarabe dosificándole 2 ml cada 8 horas por 5 días.

3.4.4. Caso 4

La anemia es una enfermedad ocasionada principalmente por déficit de hierro como consecuencia de una dieta inadecuada e ineficiente. Entre sus principales causas está el consumo de alimentos con baja biodisponibilidad de hierro, ingesta de leche de vaca en niños menores de 1 año, problemas inflamatorios gastrointestinales, pérdida sanguínea, prematuridad, bajo peso al nacer e incluso el corte precoz del cordón umbilical en el parto.

En el presente caso tenemos a un niño de 2 años de edad con cansancio, falta de apetito y somnoliento. Entre sus causas, también es posible una infestación parasitaria por la similitud de los síntomas, siendo común en los menores de 5 años. El paciente cuenta con resultado de hemoglobina de 9,9 g/dl y un resultado parasitológico negativo, por lo tanto, se empezaría el tratamiento para la anemia como bien mencionado está en la “Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro” (hierro elemental durante 6 meses y controles periódicos a los 30 y 90 días de tratamiento). Al finalizar el tratamiento se debe continuar con una suplementación preventiva con multimicronutrientes durante 6 meses más y controles de hemoglobina. Para este paciente la dosis a utilizar es de 3 mg/kg/día de sulfato ferroso o completo polimaltosado; se realizó la dosificación con la concentración de 15mg/5 ml del jarabe de sulfato ferroso obteniendo la cantidad de 12 ml a consumir al día. En algunos lactantes suele ser difícil completar en una sola toma del jarabe por su mal sabor, por lo que se puede optar en repartir la dosis en 2 tomas al día 1 hora después del alimento, a pesar de que no suele recomendarse, puede ser una solución accesible ante la irritabilidad e incomprensión del menor (23).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Durante la ejecución del internado médico en condiciones de pandemia, se reflexionó sobre cómo afectó esta situación en el desarrollo de un buen internado como adecuadas prácticas pre-profesionales. Dadas las experiencias obtenidas durante este tiempo en establecimientos del primer nivel de atención nos enfrentamos con una realidad distinta, conociendo el funcionamiento de centros del primer nivel, cuyos pacientes, en su mayoría, tienen poca confianza ante un sistema de salud con deficiencia que no brinda las condiciones necesarias. Esto es, sin duda alguna, una experiencia enriquecedora para nuestra próxima meta, el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS).

Resultaría interesante para nuestro sistema de salud exponer a los estudiantes de pregrado a este nivel de atención de una forma ya estandarizada, con rotaciones en las áreas de medicina y obstetricia, para posteriormente continuar dichas rotaciones en un hospital. Creemos firmemente que lo eterno de un concepto es aquél que entra por los ojos a través de la experiencia y no de sólo de la lectura o a través de los oídos, razón por la que resultaría integral conocer la realidad sanitaria peruana a todo nivel.

Las relaciones humanas con perspectiva laboral han sido interesantes. Resulta fundamental la posesión de valores como el respeto y la responsabilidad, pilares que, sumados a un carácter comunicativo adecuado, optimiza el desempeño entre el personal de trabajo.

CONCLUSIÓN

El contexto epidemiológico obligó a tratar de encontrar soluciones para la ejecución del internado médico. Desarrollar el internado médico en el primer nivel de atención de salud ha invitado a los internos de medicina a nuevas y variadas experiencias que les han permitido analizar la realidad en este nivel, la percepción de los usuarios y cómo sus formas predeterminadas de ver la realidad influyen en el tratamiento de sus enfermedades. Procedimentalmente, y dada la coyuntura, los internos recurrieron a conocimientos elementales de salud pública, carácter que, sumado a la aplicación de conocimientos clínicos y quirúrgicos, validaron su desempeño.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a las autoridades pertinentes considerar implementar rotaciones en el primer nivel de atención de salud con la finalidad de conocer de manera directa las diferentes realidades sanitarias del país y así promover una mayor conciencia como futuros médicos.

Se recomienda a los estudiantes de pregrado interesarse por la labor asistencial preventiva y terapéutica en situación de escasos recursos, puesto que lo atractivo que supone el conocer las diferentes opciones y algoritmos de diagnóstico y tratamiento que puede brindar un hospital dada la suficiencia de sus recursos, en la gran mayoría de veces, no se encuentran ni de lejos, disponibles en el primer nivel.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín Epidemiológico del Perú SE 26-2021. Disponible en:
https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202126_03_16_0533.pdf
2. Aguilar P, Enriquez Y, Quiroz C, Valencia E, De León J, Pareja A. Pruebas diagnósticas para la COVID-19: la importancia del antes y el después. *Horiz. Med.* 2020 Abr; 20(2): e1231.
<http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n2.14>.
3. Cemeli M, Laliena S, Valiente J, Martínez B, Bustillo M, García C. Características clínicas y evolutivas de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes hospitalarios. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2020 Mar [citado 2022 Feb 25]; 22(85): 23-32. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322020000100005&lng=es. Epub 03-Ago-2020.
4. Morillas Ariño C, Solá E, Górriz JL, Coronel F. Manejo de la hiperglucemia en enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 1 de abril de 2008;1(2):0.
5. Kernan WN, Viscoli CM, Furie KL, et al: Pioglitazone after ischemic stroke or transient ischemic attack. *N Engl J Med* 374 (14):1321–1331, 2016. doi: 10.1056/NEJMoa1506930.
6. Hurtado Helard A, Gil-Olivares F, Castillo-Bravo L, Perez-Tazzo L, Campomanes-Espinoza G, Aliaga-Llerena K, et al. Manejo de las crisis glucémicas en pacientes adultos con diabetes mellitus: Guía de práctica clínica basada en evidencias. *Rev. Fac. Med. Hum.* 21(1): 50-64.
<http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3194>.
7. Fallas González J. Apendicitis Aguda. *Med. Legal Costa Rica*. 29(1): 83-90. ISSN 1409-0015.
8. Quintero Z, Cabrera V, Sánchez L, Cabrera C, Cortiza G, Ponce Y. Guía de Práctica Clínica de estenosis hipertrófica del píloro. *Rev Cubana Pediatr.* 93(2): e1102. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312021000200018&lng=es. Epub 01-Jun-2021

9. Gil Romea I, Moreno Mirallas MJ, Deus Fombellida J, Mozota Duarte J, Garrido Calvo A, Rivas Jiménez M. Obstrucción intestinal. *Med Integr.* 15 de junio de 2001;38(2):52-6.
10. Ramos J, Torroba A, García Santos J, Marín M. Mujer de 41 años con dolor abdominal y fiebre de 24 horas de evolución. *An. Med. Interna (Madrid)* [Internet]. 2004 Oct [citado 2022 Feb 25] ; 21(10): 53-59. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004001000010&lng=es.
11. Ángel A, Cardona D. Divertículo rectal. Reporte de un caso. *Revista Biosalud* 2017; 16(2): 119-122 DOI: 10.17151/biosa.2017.16.2.10
12. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Ginecología. N° 54-2020-DG-INMP/MINSA
13. Ministerio de Salud. Guías De Práctica Clínica Y De Procedimientos En Obstetricia Y Perinatología, 2018 [Internet]. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal, MINSA; 2017 [citado el 22 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>
14. Hill M, Cohen W. "Shoulder dystocia: prediction and management." *Women's Health* 12.2 (2016): 251-261.
15. Martínez Y, Fonseca R, Díaz Y, Otero S, Espinosa D. Alteraciones citogenéticas en gestantes con edad avanzada. *Granma.* 2016-2018. *Multimed* [Internet]. 2019 Dic [citado 2022 Feb 23] ; 23(6): 1216-1231. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000601216&lng=es.
16. Yock-Corrales A, Campos-Miño S, Escalante Kanashiro R. Consenso de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica del Comité de RCP de la Sociedad Latinoamericana de Cuidados Intensivos Pediátricos (SLACIP). Resumen Ejecutivo. *Andes pediatr.* 2021;92(6): 943-953. doi:10.32641/andespediatr.v92i6.3818

17. Pérez O, Lona J, Quiles M, Verdugo M, Ascencio E, Benítez E. Sepsis neonatal temprana, incidencia y factores de riesgo asociados en un hospital público del occidente de México. *Rev Chilena Infectol* 2015; 32 (4): 387-392. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182015000500003>.
18. Palacios-López CG, Durán-Mckinster C, OrozcoCovarrubias L, Saéz-de-Ocariz M, García-Romero MT, Ruiz-Maldonado R. Exantemas en pediatría. *Acta Pediatr Mex* 2015;36:412-423.
19. Huesa Andrade M, González Lavandeira M. Varicela con afectación palmoplantar: a propósito de un caso. *Semergen*. 1 de noviembre de 2016;42(8):593-5.
20. J.C. Silva Rico, M.C. Torres Hinojal. Diagnóstico diferencial de los exantemas. Centro de Salud Laguna de Duero. Valladolid. *Pediatr Integral* 2014; XVIII(1): 22-36.
21. Rodríguez-Zúñiga MJM, Vértiz-Gárate K, Córtez-Franco F, Quijano-Gomero E. Enfermedad de mano, pie y boca en un hospital del Callao, 2016. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(1):132-8. doi: 10.17843/rpmesp.2017.341.2710
22. Rosalía Ballona. Prurigo infantil. Servicio de Dermatología, Instituto Especializado de Salud del Niño. Lima-Perú. *Folia dermatol. Peru* 2008; 19 (3): 149-153
https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/fofia/vol19_n3/pdf/a11v19n3.pdf
23. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niños, adolescentes, gestantes y puérperas, 2017 [Internet]. Lima: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud, MINSA; 2017 [citado el 22 de febrero de 2022]. Disponible en: https://anemia.ins.gob.pe/sites/default/files/2017-08/RM_250-2017-MINSA.PDF

ANEXOS

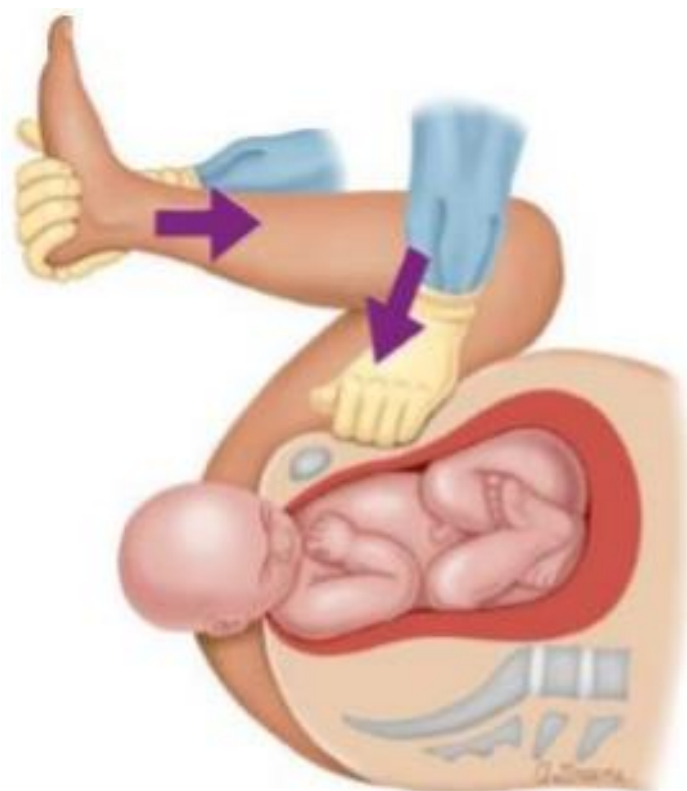
Anexo 1: Antecedentes de gestante de parto distócico

Antecedentes Obstetricos				Gestación Anterior	
Gestas	Abortos	Vaginales	Nacidos Vivos	Viven	Fecha
2	1	1	1	1	02/12/2017
0 ó +3	Partos	Cesáreas	Nacidos Muertos	M. 1ra sem	Per.Interg.
<2500g	1	0	0	0	Si
Multiple				M.>1ra sem	Termin.
<37sem					Sin Dato
	RN>peso	2890	g		Si fue aborto...
					Tipo Aborto
					Sin Dato

Anexo 2. Controles prenatales de gestante de parto distócico

Filiación y Antecedentes		Datos Basales		Patologías Mat.		Atenciones PreNatales		Parto/Aborto		Aborto		Patologías RN		RN y Egresos	
Dato/Consulta															
Fecha	Edad Gest.	Peso(Kg)	Temperatura	TA.Sistólica	TA.Diastólica	Alt.Uterina	Presentación	F.C.F.	Mov.Fetal	Edema	Pulso Materno				
06/07/2021	9	75.0	36.3 °	102	66	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	Sin Dato	SIN EDEMA	80				
07/08/2021	13	76.0	36.0 °	101	66	18	NO APLICA	130	XX	SIN EDEMA	82				
09/09/2021	18	76.0	36.0 °	106	71	18	NO APLICA	140	X	SIN EDEMA	80				
07/10/2021	23	78.0	36.0 °	110	60	22	NO APLICA	156	XX	SIN EDEMA	82				
07/11/2021	27	82.0	36.0 °	107	74	26	CEFALICA	146	XX	SIN EDEMA	84				
07/12/2021	31	83.0	36.0 °	100	60	30	CEFALICA	148	XXX	SIN EDEMA	80				
07/01/2022	35	85.0	36.0 °	89	62	32	CEFALICA	145	XXX	X	100				
24/01/2022	37	85.0	36.0 °	106	65	35	CEFALICA	148	XX	SIN EDEMA	80				

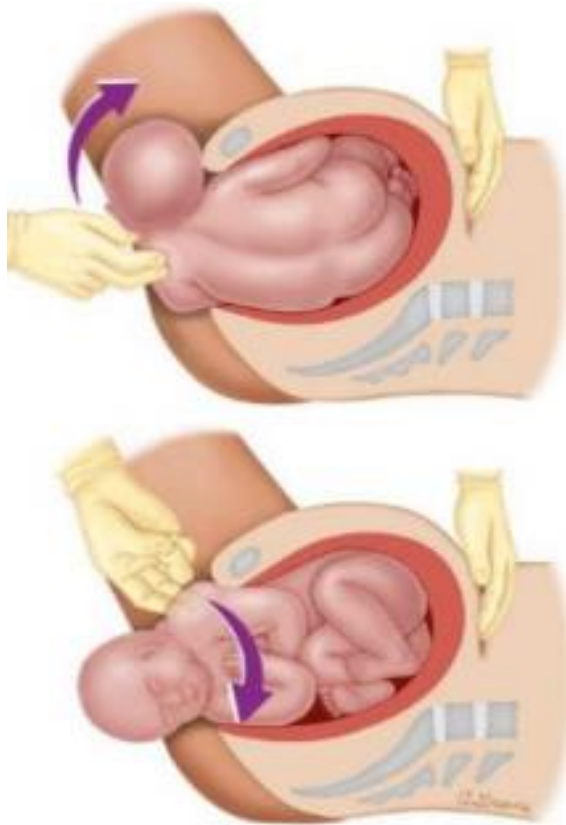
Anexo 3. Maniobra de Mc Roberts



Anexo 4: Antecedentes de gestante muy añosa

Antecedentes Obstetricos				Gestación Anterior	
Gestas	Abortos	Vaginales	Nacidos Vivos	Viven	Fecha
4	1	3	3	3	18/10/2007
0 ó +3	Partos	Cesáreas	Nacidos Muertos	M. 1ra sem	Per.Interg.
<input type="checkbox"/>	3	0	0	0	Sin Dato
<2500g				M.>1ra sem	Termin.
<input type="checkbox"/>				0	PARTO VAGINAL
Multiple				0	Si fue aborto...
<input type="checkbox"/>				0	Tipo
<37sem	RN>peso	4600 g			Aborto
<input type="checkbox"/>					Sin Dato

Anexo 5. Maniobra de Woods



Anexo 6. RCP en lactante

