



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA LABORAL DURANTE EL INTERNADO MÉDICO  
EN EL PRIMER Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN ENTRE LOS  
AÑOS 2020 – 2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADA POR**

**ROBERT ANDRE VEGA VERA**

**ASESOR**

**DR. EMILIO TEODORO GUIJA POMA**

**LIMA, PERÚ  
2021**



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

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA LABORAL DURANTE EL INTERNADO MÉDICO  
EN EL PRIMER Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN ENTRE LOS  
AÑOS 2020 - 2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
ROBERT ANDRE VEGA VERA**

**ASESOR  
DR. EMILIO TEODORO GUIJA POMA**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Presidente:** Mg. Víctor Hinostrroza Barrionuevo

**Miembro:** M.E. Carlos Alberto Morales Paitan

**Miembro:** Mg. Karim Ugarte Rejavinsky

## **DEDICATORIA**

A mis padres que me apoyaron en cada paso, que me permitieron seguir luchando por un sueño y que creyeron en mi en todo momento.

A mi tía Nora Vera que, a pesar de no vivir a mi lado, siempre estuvo presente para ayudarme y darme fuerzas para nunca rendirme y seguir luchando por lo que quería.

A mi abuelo Andrés Vera que siempre estuvo orgulloso de mi y siempre supo cómo apoyarme.

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Índice</b>	iv
<b>Resumen</b>	v
<b>Abstract</b>	vi
<b>INTRODUCCIÓN</b>	vii
<b>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
1.1 Medicina interna	2
1.2 Pediatría	5
1.3 Ginecología y Obstetricia	7
1.4 Cirugía general	9
<b>CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE DESARROLLO LA EXPERIENCIA</b>	12
<b>CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	17
3.1 Medicina general	17
3.2 Pediatría	20
3.3 Ginecología y Obstetricia	23
3.4 Cirugía general	25
<b>CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRITICA DE LA EXPERIENCIA</b>	31
<b>CONCLUSIONES</b>	33
<b>RECOMENDACIONES</b>	35
<b>FUENTES DE INFORMACION</b>	37
<b>ANEXOS</b>	40
1. Acrónimo FALTAN	41

## RESUMEN

El internado médico es la recta final en la preparación de un estudiante de medicina humana, que tiene como objetivo el afianzamiento de todos los conocimientos adquiridos en el transcurso de la carrera y la puesta en práctica de estos dentro de nuestro sistema de salud. El internado para las ciencias de salud fue fuertemente afectado debido a la pandemia de COVID-19, pasando de un enfoque centrado en el tercer nivel de atención a uno centrado en el primer nivel. Este informe busca redactar la experiencia vivida en los diferentes niveles, dejando en evidencia las deficiencias que estos cambios ocasionaron en la preparación del interno de medicina, así como las medidas instauradas para intentar sopesar los vacíos prácticos y teóricos que nos deja un internado incompleto y en el primer nivel. De igual manera, expresa los beneficios que deja este nuevo enfoque en la formación académica del interno de medicina.

## **ABSTRACT**

The medical internship is the final stretch in the preparation of a human medicine student, whose objective is to consolidate all the knowledge acquired in the course of the career and the implementation of these within our health system. The internship for health sciences was heavily affected due to the COVID-19 pandemic, moving from a focus on the third level of care to one focused on the first level. This report seeks to write the experience lived at different levels, highlighting the deficiencies that these changes caused in the preparation of the medical intern, as well as the measures implemented to try to weigh the practical and theoretical gaps that an incomplete internship leaves us in. the first level. In the same way, it expresses the benefits that this new approach leaves in the academic training of the medical intern.



## INTRODUCCIÓN

El internado médico es un año de preparación preprofesional, que consiste en realizar actividades asistenciales en un hospital, clínica privada o en un centro de salud durante 365 días de manera ininterrumpida. Realizando rotaciones por las 4 especialidades principales que son cirugía, medicina interna, gineco-obstetricia y pediatría, que serán de 3 meses por especialidad, para obtener los conocimientos básicos y ponerlos en práctica en nuestra vida profesional. El objetivo del internado es poner en práctica los conocimientos teóricos aprendidos en los primeros 6 años de carrera universitaria bajo el control y orientación de profesionales médicos, permitiendo de esta manera corregir errores y fortalecer conocimientos. Con la intención de preparar al estudiante frente a distintos escenarios que se les pueda presentar durante su vida profesional.

Consecuentemente, el interno de medicina debe culminar su internado, siendo capaz de atender un parto, realizar la atención inicial del recién nacido, diagnosticar y manejar las patologías más frecuentes, saber identificar emergencias quirúrgicas, actuar frente a complicaciones y saber cuándo referir al paciente hacia un centro de mayor complejidad.

También tiene como objetivo mostrar la realidad de nuestro sistema de salud trabajando dentro de este para conocer las deficiencias y virtudes, logrando así adecuarnos y abordar los problemas teniendo en cuenta nuestras limitaciones y buscando soluciones frente a estas.

El interno de medicina debe pasar por los diferentes ambientes de la especialidad por la que está rotando, ya sea emergencia, hospitalización, consultorio externo, sala de operaciones, sala de partos, etc. Además, las

actividades que realice el interno van a depender de la rotación y del área donde se encuentre y estas pueden ir desde pasar visita médica, generar las órdenes para exámenes auxiliares, asegurar la realización de estos exámenes, realizar la evaluación y monitoreo diario de los pacientes, documentar la evolución e interurrencias en la historia clínica, realizar curaciones diarias a pacientes que lo requieran, realizar procedimientos de baja complejidad bajo la supervisión y el entrenamiento adecuado, atención de partos, atención del recién nacido, preparar al paciente para cirugía, apoyar en cirugía, realizar historias clínicas, etc.

Antes de la pandemia realice mi internado en el Hospital Nacional Dos de Mayo, en el cual lleve la rotación de medicina interna en los tres primeros meses del año 2020. Aquí se nos realizaron inducciones diarias durante 5 días previo al inicio de nuestras actividades, en las cuales se nos brindó las bases fundamentales para el inicio del internado, se nos explicó detalladamente las medidas de bioseguridad que debíamos tener, los peligros y riesgos a los cuales nos someteríamos, como actuar frente algún accidente laboral, los horarios que debíamos respetar, el apoyo que teníamos como internos, la distribución y organización del hospital y otras pautas a tener en cuenta.

Además, se nos realizó un examen de conocimientos básicos en medicina a todos los internos que ingresamos al hospital. La intención del examen era tener una referencia de nuestra preparación y de esta forma según orden de mérito hacer más justa la distribución de los internos en diferentes salas y servicios según preferencia de cada estudiante. De esta forma el interno de acuerdo con la nota obtenida en el examen podía escoger el orden de las rotaciones, las sales y servicios en los que quería estar y adicionalmente se les permitía rotar en otras instituciones como el Hospital de niño o el instituto Materno-Perinatal, según vacantes limitadas.

En el hospital Dos de Mayo se realizaban turnos diarios de aproximadamente 14 a 16 horas de manera ininterrumpida, además dos guardias diurnas y una nocturna por semana en emergencia. El pago era de 450 soles mensuales, para aquellos internos que lograban obtener una plaza remunerada. Sin embargo, la cantidad de casos y la complejidad de estos era muy variada, las actividades que se realizaban eran de mayor complejidad, el manejo de los

pacientes se realizaba desde el ingreso hasta el alta, teníamos a disposición mayor cantidad de opciones para poder hacer un diagnóstico y tratamiento adecuado.

Posteriormente, debido a la actual pandemia se nos retiró de nuestras labores como internos de medicina por aproximadamente 5 meses. Sin embargo, el 3 de agosto del 2020 se emite el decreto de urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuvan al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID -19, que plantea la reanudación de las actividades de los internos de ciencias de salud, en donde se especifica que el interno de ciencias de salud tendrá derechos tales como un sueldo vital mínimo, seguro de salud (ESSALUD), inclusión en el registro nacional del personal de salud y otras medidas que deberán estar bajo supervisión de la universidad respectiva (1).

Antes de reincorporarnos se nos realizaron capacitaciones a cargo de la universidad San Martín de Porres sobre medidas de bioseguridad contra COVID 19, enseñándonos el correcto uso del equipo de protección de salud y otras medidas preventivas, con la intención de salvaguardar nuestra salud y prevenir la infección.

Luego del decreto de urgencias, realice mi internado en el centro de salud Santa Clara. Aquí pude realizar mis rotaciones en consultorio externo de medicina interna, pediatría, obstetricia, nutrición, entre otros. Las actividades que realice en el centro de salud como interno de medicina se centraban generalmente en la atención de consultorio externo, trata urgencias tales como cortes, lesiones y mordeduras de animales, identificar emergencias quirúrgicas o patologías que requieran ser derivadas al hospital de nuestra jurisdicción, controles prenatales, entre otras.

En el centro de salud los turnos fueron de 12 horas de forma Inter diaria durante 8 días, logrando cumplir las 96 horas requeridas, con un sueldo de 930 soles y brindándonos todo el equipo de protección necesario para realizar nuestras actividades en áreas no COVID.

Lo beneficioso de realizar el internado en el centro de salud Santa clara fue conocer de cerca el primer nivel de atención, ver sus limitaciones, su forma de

actuar de acuerdo con los lineamientos del ministerio de salud (MINSA) o la red integrada de salud (RIS). Esto nos ayuda a conocer los procedimientos que tenemos que hacer en el primer nivel, aprendiendo las estrategias en salud pública como el manejo de anemias y la suplementación de hierro preventiva, captación de gestantes y controles prenatales, estrategias de planificación familiar, CRED, inmunizaciones, control de enfermedades, etc. Preparándonos de esta manera para afrontar el Servicio rural urbano marginal de salud (SERUMS).

Si bien es cierto la casuística en el centro de salud es menor a la que se presenta en un hospital, las limitaciones para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades es mayor y los exámenes auxiliares que tenemos a disposición son mucho menores, sin embargo, tenemos la oportunidad de ver y manejar más de cerca las patologías más frecuentes, aprender a identificar los casos que requieran una referencia, efectuando actividades similares a las que se realizaran en el SERUMS, preparándonos para ello.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El internado medico es uno de los años más importantes de la carrera de medicina humana, si no el más importante, ya que nos permite consolidar y poner en práctica todos los conocimientos teóricos que hemos aprendido con la posibilidad de equivocarnos, corregirnos, fortalecer fundamentos, siendo guiados y monitoreados constantemente por profesionales de la salud. x

La importancia del internado medico no solo radica en consolidar conocimientos, si no en darle al estudiante el componente asistencial, que le permita comprender que la labor de un médico es ayudar, curar, apoyar, aliviar y hacer lo posible por el bienestar de un paciente de manera desinteresada y esto solo se logra con un contacto frecuente con los pacientes. Por otro lado, le brinda al estudiante la posibilidad de vivir en carne propia la frustración, la impotencia, la muerte de un paciente, las dificultades, las preocupaciones, las dudas y cuestionamientos que se le presentaran durante su carrera como profesional, dándole las herramientas necesarias para solucionar y sobrellevar estas situaciones.

Mis expectativas frente al internado fueron lograr adquirir los conocimientos suficientes, la madures emocional y la capacidad de decisión que me permita afrontar diferentes situaciones que se presentaran en mi vida como profesional de salud. Así como tener un contacto continuo con los pacientes, lograr realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos, adaptarme a la rutina de un médico, tener el apoyo constante y orientación por los médicos educadores.

Durante mi internado logre realizar algunos procedimientos básicos como paracentesis, punción lumbar, toracocentesis, reanimación cardiopulmonar,

etc. Y a pesar de que los médicos nos orientaban en lo posible teníamos situaciones en las cuales teníamos que decidir de forma rápida sin apoyo, permitiendo el desarrollo de nuestra capacidad para la toma de decisiones en base a nuestros conocimientos y experiencia.

Considero que los conocimientos que adquirí fueron necesarios, pero no suficientes, debido a nuestro retiro de los hospitales, sin embargo, el internado en mi centro de salud me permitió tener los conceptos básicos de atención en consultorio externo, aprender estrategias de salud pública y también el llenado y realización de trámites administrativos como el formato único de atención (FUA), historia clínica, sistema de información hospitalario (HIS), codificación de patologías, etc. Lo cual es importante, ya que en nuestro país aprender a llenar los formatos y el uso correcto de estos es imprescindible.

Adicionalmente, pese a la menor cantidad y complejidad de los casos manejados pude llevarme conceptos básicos para el manejo de las patologías más frecuentes que debemos conocer como médicos generales.

Consecuentemente doy a conocer algunos de los casos que pude aprender a identificar y a manejar en mis distintas rotaciones.

### **1.1 Medicina interna**

Dentro de mi rotación por medicina interna pude ver una gran variedad de patologías, sin embargo, uno de los casos que tuve la oportunidad de analizar en el centro de salud Santa Clara fue el de un paciente varón de 38 años, procedente de madre de Dios, que acudió a consultorio debido a dolor lumbar crónico tipo opresivo de 1 año de evolución, de intensidad 8/10, que se irradiaba a flancos y piernas, calmaba con el reposo y con analgésicos y empeoraba con la deambulacion. Semanas antes de la evaluación paciente refirió que dolor se intensifica al punto de interferir con sus actividades diarias. Además, refirió baja de peso de aproximadamente 8 kilos en 7 meses.

Dentro de los antecedentes de importancia el paciente informa haber sido fumador crónico (10 cigarros diarios), además indico antecedentes de tuberculosis pulmonar que fue diagnosticada en madre de Dios por dificultad

respiratoria, baja de peso, dolor dorsal y lumbar y BK en esputo positivo, para lo cual recibió tratamiento como tuberculosis pulmonar en Madre de Dios con Isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol durante 2 meses y luego 4 meses con isoniacida y rifampicina con lo cual paciente presento mejoría y es dado de alta. Sin embargo, 3 semanas después el dolor lumbar continuo y debido a que fue trasladado a Lima por motivos laborales, paciente acudió al centro de salud santa clara.

Con respecto a los signos vitales, la frecuencia cardiaca era de 98 latidos por minuto, la frecuencia respiratoria 18, presión arterial de 110/70, saturación arterial de oxígeno en 97%, temperatura de 37.3, peso 63 kilos con una talla de 1.75 metros.

Dentro del examen físico, a nivel pulmonar el murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no hay presencia de rales ni ninguna otra alteración, a nivel cardiovascular y abdominal los hallazgos son normales. Por otro lado, a nivel neuromuscular presenta dolor a la palpación profunda a nivel lumbar, dolor a la flexión de las piernas sobre el pecho y a la extensión forzada de los miembros inferiores, reflejos osteotendinosos conservado y dolor a la deambulación.

Por los motivos expuesto se plantea el diagnostico de lumbalgia crónica de etiología a determinar, teniendo como principal presunción causa mecánica, pero debido a los antecedentes se propone descartar una espondilodiscitis tuberculosa (mal de Pott). Se manejó de forma sintomática con diclofenaco más dexametasona intramuscular y naproxeno vía oral. Además, se le solicito radiografía de tórax, radiografía de columna lumbar, dorsal y cervical, BK en esputo, hemograma, ELISA para VIH, etc. Dentro de estos exámenes solicitados lo más importante fue el hallazgo de espondilólisis en la segunda vértebra lumbar, aumento de la densidad ósea en L2 y L1 y disminución del espacio intervertebral a nivel lumbar. El BK en esputo fue negativo, ELISA negativo y el resto de los exámenes en rangos normales.

Todos los datos nos guían hacia la espondilodiscitis tuberculosa y se decide referir al paciente al hospital Hipólito Unanue para evaluación por especialidad en donde se le realizaran los exámenes correspondientes y se planteara un

manejo. Posteriormente el paciente regresa al centro de salud para gestionar el tratamiento planteado por el hospital de referencia que consiste en continuar por 6 meses adicionales con Isoniacida y rifampicina. Ante lo cual el paciente el paciente muestra una evolución favorable tanto radiológica como clínica, logrando ganancia de peso, disminución significativa del dolor lumbar y reinicio de sus actividades laborales.

Además, dentro del hospital Dos de Mayo pude ver una mayor variedad de patologías, sin embargo, me parece importante mencionar uno de los casos que más se repiten dentro de la hospitalización y emergencia en medicina.

En esta oportunidad tenemos el caso de un paciente de 44 años que acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 3 días de evolución que inicia con dolor abdominal en epigastrio de intensidad 7/10 que se va intensificando con el pasar del día, para lo cual se automedica con analgésicos logrando disminuir el dolor por unas horas, pero reaparece acompañado de vómitos alimenticios (4 vómitos en total) y se le agrega sudoración, palpitations, náuseas, escalofríos y aumento del dolor a una intensidad de 10/10 de tipo punzante en epigastrio que se irradia a ambos hipocondrios y a dorso y hombro derecho.

Dentro de los antecedentes de importancia, paciente menciona haber tenido episodios anteriores de cólico biliar motivo por el cual se automedico en esta oportunidad con analgésicos, sin obtener el mismo resultado. Además, tiene diagnóstico de obesidad desde hace 10 años sin tratamiento o dieta especial.

Los signos vitales encontrados fueron: frecuencia cardiaca de 110, frecuencia respiratoria 18, saturación arterial 98%, presión arterial 130/70, peso 80 kg y talla de 1.60 m.

En el examen físico, a nivel abdominal se encontró dolor a la palpación superficial en abdomen superior que se irradia a dorso derecho, ruidos hidroaéreos disminuidos, rebote negativo. A nivel cardiovascular se auscultaron ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos; a nivel pulmonar el murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. Y el resto del examen físico sin alteraciones.



Debido a la clínica mencionada se plantea el diagnóstico de pancreatitis aguda versus colecistitis aguda. Con lo cual se solicitó hemograma, PCR, amilasa, lipasa y ecografía abdominal superior. Dentro de los resultados, observamos como dato principal amilasa en 708 U/L y lipasa en 615, hemograma con leucocitosis en 12 000 sin desviación a la izquierda y PCR 15. Además, en ecografía se muestra aumento de volumen difuso a nivel pancreático y cálculos a nivel vesicular sin datos de inflamación. Posteriormente al obtener resultados confirmatorios de pancreatitis aguda, se solicitaron otros exámenes como perfil hepático, perfil de coagulación, urea, creatinina y radiografía de tórax los cuales no mostraron alteración.

Con los resultados encontrados se confirma el diagnóstico de pancreatitis aguda de aparente etiología biliar, motivo por el cual se restringe la alimentación e hidratación oral, se realiza hidratación energética vía endovenosa con cristaloides, manejo del dolor con AINES y se pasa al paciente a área de observación en donde permanece durante dos días con evolución favorable. Por lo cual se hace traslado del paciente a cirugía general, para manejo de cálculos vesiculares.

## **1.2 Pediatría**

Dentro de la rotación de pediatría tuve la oportunidad de estar en el hospital vitarte donde pude hacer el seguimiento de pacientes que llegaban a emergencia, eran hospitalizados y finalmente dados de alta. Gracias esto observe el caso de una lactante de 1 año que fue llevada por madre a emergencia del hospital vitarte donde ingresa con un tiempo de enfermedad de 5 días que comienza con congestión nasal y estornudos, 2 días antes del ingreso se añade dificultad respiratoria, respiración rápida y vómitos alimenticios (2 a 3 vómitos por día), el día del ingreso madre refirió aumento de temperatura no cuantificada y mayor dificultad respiratoria con esfuerzo al respirar en tórax y pérdida del apetito, motivo por el cual acudió a emergencia.

En los signos vitales, se encontró paciente con frecuencia respiratoria de 48, frecuencia cardiaca de 140, temperatura axilar de 38, saturación de oxígeno de 92%, peso y talla adecuados para la edad.

Dentro de los antecedentes de la paciente, el peso del nacimiento fue 3400 gramos, a término y niega complicaciones obstétricas.

En el examen físico a nivel pulmonar se encontró taquipnea, el murmullo vesicular pasa en ambos campos, con sibilantes inspiratorios y espiratorios difusos en ambos hemitorax, tirajes subcostales e intercostales, con un bierman y Pearson de 6 puntos; a nivel cardiovascular se encontró taquicardia, ruidos cardiacos rítmicos, sin ninguna otra alteración; también se observa faringe eritematosa sin placas ni exudado; resto del examen sin alteraciones.

Con los datos mencionados se planteó el diagnóstico de síndrome obstructivo bronquial y como etiología una bronquiolitis aguda, se hospitalizó a la paciente y se realizó el manejo con oxigenoterapia por cánula binasal, hidratación oral según tolerancia, manejo sintomático de la fiebre con paracetamol 15 mg/kg/dosis. Además, se solicitó radiografía de tórax en donde se observa horizontalización de las costillas, aplanamiento del diafragma, sin otra alteración aparentes. El hemograma presenta leve leucocitosis a predominio linfocitario con PCR negativo.

Con esto se confirmó el diagnóstico de bronquiolitis aguda se continuó manejo con oxigenoterapia, manejo sintomático con paracetamol y alimentación habitual, obteniendo buena respuesta, mejorando saturación, disminuyendo dificultad respiratoria.

De igual manera en el centro de salud a pesar de no poder ver patologías de mayor complejidad tuve la oportunidad ver algunas muy frecuentes en la consulta externa pediátrica como fue el caso de un niño varón de 5 años, que acudió a consultorio traído por la madre quien refiere un tiempo de enfermedad de 4 días de evolución, que inicia con dolor de garganta. Tres días antes del ingreso se le agrega fiebre de 38.3 que cede con paracetamol en tableta molida que le dio la madre, pero vuelve al instaurarse, el día del ingreso se agregó odinofagia, mayor dolor y fiebre persistente.

Dentro de los antecedentes del paciente no se presentó ningún dato relevante.

Los signos vitales encontrados fueron una frecuencia cardiaca de 90, saturación arterial 99%, frecuencia respiratoria de 18, fiebre de 38.5

Al examen físico se observa faringe eritematosa, con exudado y edema en amígdalas; a nivel pulmonar el murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales; a nivel cardiovascular, abdominal y neurológico no se observaron alteraciones.

Con lo mencionado se procedió al uso de antibióticos vía oral con amoxicilina más ácido clavulánico durante 7 días. Además, se le agregaron sintomáticos como ibuprofeno. Al día siguiente madre regreso al centro de salud indicando que niño no había mejorado, sin embargo, se le explica que sintomatología no cederá de forma instantánea, sino que se irá reduciendo de forma escalonada.

Siete días después niño regresa al centro de salud con importante mejoría clínica y con desaparición de las alteraciones a nivel faríngeo.

### **1.3 Ginecología y obstetricia**

Mi rotación en la especialidad de gineco-obstetricia la realicé en el centro de salud Santa Clara donde pude notar que uno de los motivos de consulta más frecuentes en las pacientes es el flujo vaginal y es en este contexto que les comento el caso de una paciente de 26 años que llego a consultorios de obstetricia por presentar flujo vaginal de regular cantidad, que ensucia la trusa, de color amarillento y con mal olor. Además, refirió prurito en genitales y dolor a las relaciones sexuales. No presento fiebre, molestias urinarias, ni ninguna otra sintomatología.

Dentro de los antecedentes menciono haber tenido flujo vaginal blanquecino hace 2 años que cedió con automedicación con óvulos (no especifico cuales), refirió también haber usado los mismos óvulos en esta oportunidad, sin obtener resultados. Además, refiere utilizar como método de planificación familiar los anticonceptivos orales combinados desde hace 1 año.

Dentro de los signos vitales, presenta frecuencia cardiaca de 78, frecuencia respiratoria de 16, saturación de oxígeno 98% y presión arterial de 110/70

Al examen físico, en genitales externos se observan labios mayores y menores sin alteración, al tacto vaginal no hay dolor de anexos ni dolor a la movilización de cérvix y dedo de guante con flujo amarillo mal oliente; a la especuloscopia se observa flujo vaginal de moderada cantidad, amarillento, mal oliente, además se evidencian petequias en paredes vaginales. El resto del examen físico fue normal.

Con los datos comentados se concluyó como diagnóstico flujo vaginal con probable etiología tricomonas. Se procedió a realizar el manejo sintomático con metronidazol 2 gramos vía oral monodosis y 3 óvulos de clotrimazol.

Adicionalmente, en el centro de salud pude ver como se realiza los controles prenatales en las gestantes y de esta forma reconocer que dentro del primer control prenatal tenemos un conjunto de análisis que debemos solicitar a la paciente y dentro de ellos tenemos al examen de orina y urocultivo, a partir de esto les comento el caso de una gestante de 33 años que acude a consultorio de obstetricia con 13 semanas de gestación, calculados por fecha de última regla, para su primer control prenatal. Además, viene con una ecografía realizada en policlínico privado en donde se confirma la gestación, pero informan una edad gestacional de 12 semanas.

Adicionalmente, la paciente se queja de náuseas leves sin vómitos, polaquiuria, disuria, dolor suprapúbico y flujo vaginal transparente de poca cantidad. Niega fiebre y otra sintomatología.

Se le realiza la historia clínica completa donde se informa una fórmula obstétrica G2P1001, el parto anterior fue a término, sin ninguna complicación durante el embarazo ni durante el parto. Negó patologías crónicas y refirió no tener antecedentes familiares de importancia.

En los signos vitales se encontró frecuencia cardiaca de 87, frecuencia respiratoria 18, saturación arterial de oxígeno en 97%, presión arterial 100/70, peso de 57 kg, talla 1.55 metros.

En el examen físico por aparatos, a nivel cardiovascular ruidos cardíacos rítmicos, no soplos; a nivel pulmonar murmullo vesicular pasa en ambos

campos pulmonares sin presencia de rales; abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación, útero grávido; a nivel genitourinario puño percusión lumbar negativo y a nivel neurológico sin alteraciones.

Finalmente, se le solicita ELISA para detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), RPR, grupo y factor sanguíneo, glucosa en ayunas, hemoglobina y examen de orina completo con urocultivo.

Posteriormente paciente regresa con resultados de laboratorio en donde se observa examen de orina con liquido ligeramente turbio, presencia de 40 a 60 leucocitos por campo, gérmenes ++, células epiteliales 6-8 y hematíes 2-3 por campo. El resto de los exámenes solicitados se encuentran dentro de los parámetros normales.

Debido a los exámenes encontrados se plantea el diagnostico de infección del tracto urinario tipo cistitis aguda, motivo por el cual se realiza manejo con cefalexina 500mg cada 8 horas por 7 días y paracetamol 500mg cada 8 horas por 3 días.

El motivo por el cual me parece importante comentar estos casos no es debido a su complejidad, si no a su frecuencia. Ya que, en el tiempo de internado medico he podido ver que uno de los motivos de consulta más frecuente dentro de esta especialidad son los casos expuestos, por lo cual es importante saber el manejar adecuadamente estas patologías.

#### **1.4 Cirugía general**

Finalmente, el capítulo de cirugía lo realicé en el centro de salud Santa Clara, y es el capítulo donde mayores dificultades encontré para sopesar la práctica clínica, sin embargo, el objetivo principal de esta rotación en el centro de salud fue reconocer emergencias quirúrgicas para que sean derivadas de inmediato al hospital de referencia.

Dentro de este contexto comento el caso de un paciente de 19 años que acudió al centro de salud indicando un tiempo de enfermedad de 25 horas que inicia con pérdida del apetito al cual se le agrego vómitos de contenido

alimenticio en 5 oportunidades con sensación de alza térmica, escalofríos y dolor abdominal de intensidad 9/10 localizado en mesogastrio que se irradia hacia flanco derecho. Además, refirió haberse automedicado con naproxeno con lo que el dolor disminuye, pero rápidamente reaparece con aun mayor intensidad.

Dentro de las funciones vitales encontramos una frecuencia cardiaca de 110 latidos por minutos, frecuencia respiratoria 19, temperatura de 38.5, presión arterial de 120/70 y saturación de 98%.

Al examen físico, a nivel cardiovascular encontramos ruidos cardiacos rítmicos, no soplos; faringe eritematosa, sin placas; a nivel abdominal encontramos ruidos hidroaéreos (RHA) disminuidos, dolor abdominal a la palpación en hemiabdomen derecho, pero con mayor intensidad en fosa iliaca derecha, punto doloroso de Mcburney positivo, signo de Blumberg positivo en flanco y fosa iliaca derecha.

Con la clínica mencionada, contrastada con el examen físico e historia clínica se plantea el diagnostico de abdomen agudo de etiología a determinar, a descartar apendicitis aguda con peritonitis, sin embargo, debido a que en el centro de salud no contamos ecógrafo ni exámenes de laboratorio de emergencia, se decide referir al paciente por emergencia al hospital de vitarte para evaluación por cirugía general.

Posteriormente el paciente regresa al centro de salud para solicitar referencia al hospital de vitarte para control post quirúrgico por apendicetomía, gracias a lo cual pudimos confirmar nuestra presunción diagnostica planteada.

Finalmente, presentare el caso de un paciente de 44 años que acudió a consultorio por presentar sangrado rectal leve, mostrando una foto de las heces con manchas de sangre rojo rutilante desde hace aproximadamente 8 a 10 meses, que aparece y desaparece y no se asocia a dolor; pero el último episodio se presente 2 semanas antes de la consulta. Además, refiere que en casos anteriores acude a consultorios privados donde le indican hemorsan tópico y meloxicam (sin haberle informado el diagnóstico) mejorando por unos días, sin embargo, sintomatología regresa. También reporta sensación de masa en la región anal desde hace 2 meses, que al auto examinarse describe

el hallazgo como una “pelota” en la región anal. Finalmente, se le agrego dolor lumbar y dolor al permanecer sentado por mucho tiempo.

Dentro de los antecedentes de importancia paciente refiere estreñimiento crónico desde la juventud que fue tratada con medicina natural sin resultados beneficiosos. Además, refiere ser conductor de metropolitano desde hace 3 años.

Paciente con signos vitales estables, frecuencia cardiaca de 85, frecuencia respiratoria de 17, presión arterial 120/70, temperatura 36.8 centígrados.

Dentro del examen físico los hallazgos de importancia se encontraron a nivel anal en donde se observó hemorroide inflamada que protruye por el canal anal, sangrantes, sin cambio de coloración, no reductible ni con presión manual, no se observan fisuras. El resto del examen físico fue normal

Con los datos encontrados se plantea el diagnostico de hemorroide grado IV motivo por el cual se manejó con dobesilato de calcio de 500mg cada 12 horas e ibuprofeno de 400mg cada 8 horas por 5 días y continuar con tratamiento tópico con hemorsan. Finalmente se refiere al paciente al hospital de vitarte para evaluación por especialidad y manejo quirúrgico de hemorroides.

## **CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE DESARROLLO LA EXPERIENCIA**

Previo a la pandemia realice el internado en el Hospital Dos de Mayo el cual es de categoría III-1, ubicado en la avenida Miguel Grau 13, Cercado de Lima. Siendo el hospital de referencia para la dirección de redes integradas de salud (DIRIS) Lima Centro que comprende un aproximado de 21 establecimientos de salud pertenecientes a la población de los distritos de cercado de Lima, el agustino, Villa del salvador, La victoria, Surquillo, entre otros. Con un área de 48119.67 metros cuadrados construidos. Teniendo como población estimada 784 084 habitantes (2).

El hospital contaba con múltiples especialidades entre ellas, las básicas de cirugía general, medicina interna, pediatría y ginecología-obstetricia.

Cuenta con 7 servicios de medicina interna, dentro de los cuales realice mi rotación en el servicio de Santo toribio que posee 35 camas las cuales eran distribuidas entre 5 internos, de esta forma cada interno se encargaba de la atención de 7 pacientes supervisados por un médico especialista y por un residente. De igual manera cirugía general contaba con 4 servicios de hospitalización, salas quirúrgicas y emergencia; la especialidad de ginecología y obstetricia se dividida en servicio de ginecología, ginecología oncológica, servicio de reproducción humana, sala de partos, sala de emergencia y centro obstétrico y la especialidad de pediatría se divide en servicio de pediatría, emergencia y cuidados críticos y en servicio de neonatología, emergencia y cuidado críticos.

La emergencia del servicio de medicina estaba dividida en triaje, tópico A donde se enviaban los pacientes con cuadros agudo y tópico B que se



encargaba de patologías crónicas o de pacientes que necesitaban quedarse en observación durante una noche o que eventualmente iban a ser hospitalizados. Además, cabe resaltar que tenía un área de trauma shock para la atención inmediata de pacientes inestables que requerían un manejo más rápido y complejo como infartos de miocardio, convulsiones, etc.

De igual manera, la emergencia de cirugía general contaba con un tópico con 6 camas para atención inmediata, otras áreas para traumatología y una sala quirúrgica de emergencia.

Además de estas especialidades básicas el hospital contaba con muchas otras especialidades y subespecialidades tanto medicas como quirúrgicas tales como cardiología, hemodinamia, nefrología, infectología, urología, traumatología, hematología, oncología, oftalmología, odontología, psiquiatría, entre otras. De igual manera tenía área de cuidados intensivos, cuidados intermedios tanto general como pediátrica. Y finalmente contaba con el departamento de diagnóstico por imágenes, laboratorio completo, farmacología, asistencia social, etc. Motivo por el cual tiene la categoría III-1.

A pesar de la capacidad resolutive del hospital, había situaciones que necesitaban un manejo de mayor complejidad, motivo por el cual se tenía como hospitales de referencia al instituto nacional de salud del niño- Breña o San Borja a donde eran referidos casos de alteraciones cromosómicas, errores innatos del metabolismo, cardiopatías congénitas, etc. También se realizaban referencias al instituto nacional de enfermedades neoplásicas a paciente con neoplasias de mayor complejidad o en estadio avanzado donde la capacidad resolutive del hospital era insuficiente. De igual forma se podían hacer referencias al instituto nacional de ciencias neurológicas a donde se enviaban a pacientes con neoplasias cerebrales, epilepsias de larga data y de difícil control, entre otras.

Iniciada la pandemia se nos retiró del hospital dos de mayo debido a la coyuntura, sin embargo, luego de 5 meses se decide reincorporar a los internos de ciencias de salud para continuar con nuestras labores y completar nuestro año de preparación, pero esta vez tendríamos que continuar el

internado en centros de salud I-3 o I-4. Motivo por el cual se me asigno al centro de salud Santa clara donde realice mi internado durante la pandemia.

El centro de salud santa clara es un establecimiento nivel I-3, ubicado en Av. Estrella - Santa Clara carretera Central kilómetro 12, distrito de Ate. Este centro de salud pertenece a la red integrada de salud (RIS) Huaycán, que a su vez pertenece a la DIRIS lima este metropolitana. Este centro tiene una población objetivo de aproximadamente 60 837 habitantes.

Además, este centro de salud cuenta con solo atención por consultorio externo de medicina general, nutrición, obstetricia, odontología, psicología, área COVID, programa de tuberculosis, inmunizaciones, CRED. De esta manera se distribuye en 4 consultorios de medicina interna que son utilizados por un total de 4 médicos generales, 2 consultorios de obstetricia utilizados por 3 obstetras, un consultorio de psicología, un consultorio de nutrición que es utilizados por 2 licenciadas en nutrición, un área de inmunizaciones, un área para CRED, laboratorio que cuenta con estudios básicos, tóxico, farmacia, área administrativa, asistenta social. Además, posee un consultorio para el programa de Tuberculosis y con un área ambientada para la atención de pacientes confirmados o sospechosos de COVID 19.

Debido a las limitaciones diagnósticas y terapéuticas que tenemos en un centro de salud I-3 algunas patologías y sobre todo emergencias serán referidas a un hospital de mayor complejidad resolutive. Dentro de los hospitales de referencia para el centro de salud santa clara tenemos principalmente al Hospital Vitarte donde podremos referir emergencias obstétricas, emergencias quirúrgicas como apendicitis aguda, colecistitis agudas, así como también patologías de difícil diagnostico tales como trastornos de la coagulación, enfermedades reumatológicas, etc. También podemos realizar referencias al hospital Hipólito Unanue donde referimos principalmente pacientes con tuberculosis resistentes o extrapulmonares, se refieren también pacientes coronarios, quemados, etc. Finalmente podemos derivar pacientes al Hospital Hermilio Valdizan a donde referiremos pacientes psiquiátricos.

Por otro lado, la situación del sistema de salud antes de la pandemia ya era mala, los hospitales no podían manejar la gran afluencia de pacientes, lo que ocasionaba que no se pueda atender a los pacientes de forma oportuna y adecuada. Además, era evidente la falta de insumos como medicamentos, la falta de camas UCI (que ya eran insuficientes desde mucho antes de la pandemia), un sistema poco eficiente de referencias y contrarreferencias, lo que ocasionaba que se pierda al paciente. La atención de las emergencias en ocasiones era inadecuada debido al elevado número de pacientes, el poco personal de salud, falta de insumos y de espacio necesario. Todas estas deficiencias afectaban de manera directa a todo el personal de salud incluyendo a los internos de medicina quienes teníamos que asumir mayores responsabilidades, mayor carga laboral, realizando turnos de incluso 36 horas continuas, sin embargo, todas estas situaciones y la sobre carga de actividades para el interno de medicina le permitía entrenarse con una mayor exigencia, tener mayores responsabilidades, poder ver una mayor variedad de casos, aumentar su resiliencia frente a situaciones de estrés y frustración y de esta manera culminar el internado preparados para cualquier situación que se nos pudiera presentar en el SERUMS, residencia o cualquier otra etapa de nuestra vida profesional.

Durante la pandemia la situación de salud empeoró notablemente colapsando de forma catastrófica nuestro sistema de salud, motivo por el cual se nos retiró de nuestras actividades con la intención de salvaguardar nuestra salud y la de nuestras familias, sin embargo, aunque fue una medida sensata, esto sin duda afectó la preparación de los internos impidiéndonos culminar nuestras rotaciones en los hospitales dejando vacíos teóricos y prácticos en nuestra formación como médicos.

Con la reincorporación de los internos el objetivo fue no perder la oportunidad de seguir adquiriendo conocimientos, consolidarlos y ponerlos en práctica, sin embargo, debido a la situación de los hospitales y a la gran exposición que teníamos, muchos internos de medicina tuvimos que realizar nuestra preparación en centros de salud del primer nivel en donde evidentemente las condiciones, demandas, docencia, responsabilidades y carga laboral no es la misma; afectando de cierta forma nuestra preparación, ya que aunque

tengamos múltiples herramientas para sopesar los vacíos de aprendizaje, siempre habrá situaciones irremplazables que no podremos realizar en un centro de salud de primer nivel.

## **CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

En el transcurso del internado hemos visto diferentes casos y diferentes manejos que se realizaban según el criterio del médico encargado, sin embargo, uno de los objetivos del internado es contrastar la información recolectada con la practica con la evidencia científica, reconociendo errores, acierto e incluso inconsistencias en los manejos. Motivo por el cual se propone una comparativa entre el manejo realizados en los casos anteriormente expuestos y la evidencia científica de diferentes bibliografías.

### **3.1 Medicina general**

Dentro de la especialidad de medicina interna se expuso el caso del paciente con diagnóstico de espondilodiscitis tuberculosa, en donde a criterio personal se realizó un buen manejo tanto en el diagnostico como en el manejo.

Sin embargo, resaltar que el paciente fue tratado en Madre de Dios por tuberculosis pulmonar en donde se debió haber plantado el compromiso óseo ya que el paciente presentaba el dolor lumbar desde el inicio, pero solo se concentraron en la clínica respiratoria sin sospechar de un posible compromiso extrapulmonar asociado.

La espondilodiscitis tuberculosa en una afectación extrapulmonar del mycobacterium tuberculosis, que por lo general afecta entre la décima vertebra torácica y la cuarta lumbar. Dentro de las causas de diseminación, frecuentemente inicia con una afectación pulmonar que se extiende por vía hematogena o linfática hacia las vértebras (3)

En el caso clínico mencionado el manejo realizado por el centro de salud fue el adecuado ya que se tomó en cuenta la clínica muy sugestiva y el antecedente de tuberculosis pulmonar, pidiendo de forma asertiva una radiografía de columna lumbar, torácica y cervical, además de una radiografía de tórax, BK y otros exámenes auxiliares.

Como se relata se prescribió diclofenaco más dexametasona intramuscular para el manejo de la lumbalgia, sin bien es cierto, en el manejo inicial de lumbalgia recomienda el uso de antiinflamatorios no esteroideos como ibuprofeno o naproxeno, no se recomienda el uso de corticoides debido a que no ha demostrado su beneficio sobre el uso de solo AINES (4).

Continuando con la patología debido a que los resultados de la radiografía lumbar fueron sugestivos de un proceso crónico que estaba causando la destrucción de la vertebra y la disminución del espacio intervertebral, aumenta la sospecha de Mal de Pott motivo por el cual es referido al Hospital para la ampliación de estudios y confirmar el diagnóstico.

He de recordar que el diagnóstico de tuberculosis ósea es difícil de confirmar, pero, dentro de los métodos que podemos utilizar tenemos como primera medida a la radiografía simple donde podemos encontrar lesiones en partes blandas como abscesos, también se observa pinzamientos del espacio discal que es un signo precoz y sugestivo cuando se asocia a la historia clínica compatible. Sin embargo, dentro del diagnóstico por imágenes el estudio más preciso es la resonancia magnética que no solo me permite visualizar más claramente las lesiones mencionadas, sino que también permite determinar la localización más exacta de la lesión y su extensión, además de determinar el compromiso medular, si lo hubiera. (3)

Sin embargo, para el diagnóstico de certeza de una espondilodicitis tuberculosa es necesario la identificación del mycobacterium tuberculosis en el área o el hallazgo anatomopatológico característico que son las lesiones granulomatosas, por lo tanto, el diagnóstico definitivo se realizaría con biopsia. (3)

Finalmente, el tratamiento de la espondilodicitis tuberculosa consiste en tratamiento médico con una primera fase de isoniacida 5 mg/Kg/día, rifampicina 10 mg/kg/día, pirazinamida 25 mg/kg/día y etambutol 20mg/kg/día

durante 2 meses y una segunda fase con isoniacida 10 mg/kg/día y rifampicina 10 mg/kg/día diarios durante 10 meses (5).

Como vemos en la historia el paciente recibió el tratamiento completo para tuberculosis pulmonar que es durante 6 meses, motivo por el cual la recomendación del hospital Hipólito fue solo continuar con isoniacida y rifampicina durante 6 meses restante, completando la segunda fase de 10 meses para tuberculosis ósea.

Como dato adicional se recomienda también la terapia ortopédica e incluso quirúrgica de las lesiones causadas por la patología y terapia física para las secuelas y el manejo del dolor de estas (3).

El siguiente caso expuesto de medicina interna fue el de un paciente con diagnóstico de pancreatitis aguda, en donde el actuar de los médicos también fue el correcto.

La pancreatitis aguda es una causa frecuente de abdomen agudo, que tiene como principal etiología a la litiasis vesicular. (6)

Debemos saber que para el diagnóstico de pancreatitis aguda necesitamos criterios clínicos, laboratoriales y de imágenes.

Dentro de la clínica de esta patología el signo más frecuentemente reportado es la presencia de náuseas y vómitos, sin embargo, su poca especificidad no nos orienta hacia un diagnóstico específico. Por otro lado, la presencia de dolor abdominal en banda que aparece en epigastrio y se irradia hacia hipocondrios tiene una mayor especificidad, acompañados de otros signos como estertores pulmonares basales, signos de derrame pleural, fiebre baja, taquicardia, entre otros signos que en conjunto nos guían al diagnóstico (6).

El criterio laboratorial confirmatorio es una elevación de tres veces el valor normal de amilasa y lipasa. Pero también se pueden pedir otros estudios de laboratorio como un hemograma, proteína C reactiva, perfil hepático, que nos pueden dar datos de daño de órgano o datos sugestivos indirectos de pancreatitis. Y finalmente para el criterio de imágenes se pueden solicitar ecografía donde podemos encontrar datos inespecíficos a nivel pancreático como aumento de volumen glandular e hipoecogenicidad, pero también nos puede ayudar a descartar diagnósticos diferenciales como colecistitis agudas. Sin embargo, el estudio de imágenes de elección y con mayor especificidad tanto para diagnóstico como para pronóstico e incluso para determinar la

severidad del cuadro es la tomografía axial computarizada con contraste, pero, solo está indicada en aquellos pacientes con factores de riesgo de gravedad o clínica de gravedad. (6)

Como vemos en el caso expuesto se le realizó estudio laboratorial de amilasa, lipasa, hemograma, ecografía abdominal tal y como indican las guías de práctica clínica. De igual forma posteriormente se pidieron otros exámenes de laboratorio como urea, creatinina, perfil hepático, radiografía de tórax buscando una posible falla de órgano.

Finalmente, el manejo de pancreatitis aguda es básicamente de soporte, teniendo como medida principal la reposición de volumen intensa dentro de las 6 primeras horas y hasta las 24 horas del ingreso la cual se debe de hacer con CINA a dosis de 5-10 ml/kg/hora, siempre y cuando no tenga comorbilidades cardiacas o renales, de ser el caso se deberá controlar según diuresis. Además, el manejo del dolor se hará con AINES e incluso con opioides de acuerdo con la intensidad del dolor. Y no se recomienda el uso de antibióticos a menos que tenga evidencia clara de infección (7).

Con todo lo expuesto podemos concluir que el manejo realizado por el hospital Dos de Mayo fue el correcto.

### **3.2 Pediatría**

Por otro lado, en la rotación de pediatría se expuso el caso clínico de faringoamigdalitis bacteriana que es una afección muy frecuente en la edad pediátrica, por tal motivo es importante contrastar el manejo realizado con el planeado por la literatura.

La faringoamigdalitis aguda (FA) se define como una inflamación de la mucosa de la faringe y amígdalas produciendo signos clínicos característicos como fiebre, eritema, dolor, edema, entre otros. La etiología más frecuente de esta patología es viral y en segundo lugar es la causa bacteriana, dentro de la cual el patógeno más encontrado es el streptococcus pyogenes o streptococcus beta hemolítico del grupo A (8).

El diagnóstico de esta patología es principalmente clínico, sin embargo, el verdadero reto es diferenciar una faringoamigdalitis viral de una bacteriana,



para lo cual existen múltiples escalas, pero, la más utilizada en nuestro medio es el score de Centor modificado que toma en cuenta como criterios la presencia de temperatura mayor de 38, ausencia de tos, linfadenopatía cervical dolorosa, aumento de volumen amigdalino o exudado y la edad entre 3 a 14 años; obteniendo un punto por cada criterio encontrado. De esta forma me dará solo la probabilidad de causa bacteriana. De tal manera que hay alta probabilidad de causa bacteriana cuando al aplicar el score encontramos un puntaje entre 3-5 (8).

Si ponemos en práctica lo expuesto vemos que en el caso clínico encontramos la presencia de fiebre de 38.3 grados, faringe eritematosa con exudado, ausencia de tos y edad de 5 años; por lo tanto, obtenemos un puntaje de 4 puntos lo que nos da una probabilidad alta de causa bacteriana justificando relativamente el uso de antibióticos indicado en el caso.

Sin embargo, el diagnóstico confirmatorio lo obtendremos con el cultivo de exudado faríngeo, pero, esta prueba no se suele hacer en la práctica diaria, ya que no es necesaria para tomar una decisión terapéutica. Por lo que, una vez hecho el diagnóstico clínico de faringoamigdalitis aguda bacteriana, se procederá al tratamiento con sintomáticos como paracetamol 10-15 mg/kg/dosis o incluso ibuprofeno. Además, el uso de antibioticoterapia queda a criterio del médico tratante, ya que por lo general la FA estreptocócica suele tener resolución espontánea, sin necesidad de antibióticos, sin embargo, si se ha demostrado su utilidad evitando las complicaciones como fiebre reumática y además se ha evidenciado una disminución significativa de los síntomas en pacientes con clínica florida. El antibiótico de elección en caso se decida su uso es la amoxicilina 40-50 mg/kg/día cada 12 horas o 750 mg en una sola dosis en mayores de 4 años. Y en alérgicos a la penicilina se plantea el uso de cefadroxilo (8).

Con todo lo expuesto, concluimos que el uso de antibiótico en este caso clínico a pesar de no ser obligatorio podría estar justificado por la determinación de una faringoamigdalitis aguda bacteriana, para prevenir complicación y reducir la clínica del cuadro, sin embargo, se podría recomendar el uso de solo sintomáticos.

El segundo caso planteado de pediatría fue de una paciente con diagnóstico de bronquiolitis aguda.

En nuestro país las infecciones respiratorias siguen siendo un problema frecuente, mostrándose un alza en los últimos 5 años, dentro de estas la bronquiolitis es una de las causas más frecuente y tiene como etiología principal al virus sincitial respiratorio. De esta forma definimos la bronquiolitis como el primer episodio de sibilancias, precedido de un cuadro catarral en un niño menor de 2 años. (9)

Basado en la literatura el manejo que se realizó fue relativamente correcto, sin embargo, me parece importante resaltar que el diagnóstico de bronquiolitis es netamente clínico, sin necesidad de hacer exámenes auxiliares, pero podríamos realizar una radiografía, como en este caso para descartar algún otro diagnóstico diferencial como una neumonía. De igual manera con el hemograma, no nos confirmará el diagnóstico, pero se podría realizarse en caso de duda diagnóstica. (9)

La decisión de hospitalizar a la paciente fue correcta, ya que dentro de los criterios de hospitalización planteados por la norma técnica y que coinciden con el caso tenemos a la saturación de oxígeno menor o igual de 92% y dificultad respiratoria con presencia de tirajes. (9)

Con respecto a la terapéutica la base del tratamiento de bronquiolitis centrándonos en nuestra norma técnica según el caso del paciente expuesto, consiste en el manejo de la fiebre con paracetamol idealmente por vía oral con una dosis de 10 a 15 miligramos por kilo, alimentación habitual, hidratación, limpieza de fosas nasales con cloruro de sodio (CINa) al 0.9% en caso sea necesario. Tener en cuenta también que se debe evitar el uso de medicamentos contra la tos y observar signos de alarma (9). (ver anexo 1).

Finalmente, la guías peruanas e internacionales recomiendan la nebulización con CINa, sin embargo, la norma técnica prefiere el uso de CINa al 0.9%, a diferencia de otras guías internacionales donde se usa el CINa al 3%, esto debido a que al usar mayor concentración podemos irritar las vías respiratorias empeorando el cuadro

Debido a la situación no se realizan nebulizaciones por la producción de aerosoles, por lo que en el caso del paciente se realizó un manejo adecuado con oxigenoterapia con cánula binasal de acuerdo con las necesidades del paciente y el uso de sintomáticos como paracetamol.

### **3.3 Ginecología y Obstetricia**

Dentro de la especialidad de gineco obstetricia se comentaron dos casos de mucha frecuencia dentro de la especialidad por lo que es importante definir manejos y diagnóstico.

El primer caso presentado fue el de una paciente de 26 años con el diagnóstico de flujo vaginal de posible etiología trichomona.

Debemos recordar que uno de los motivos de consulta más frecuentes en ginecología es el flujo o descenso vaginal que puede ser de múltiples etiologías. (10)

La vaginitis por trichomona es considerada una Infección de transmisión sexual, a diferencia de las otras causas de flujo vaginal como la vaginosis bacteriana. Por este motivo es importante diferenciarlas para dar un manejo específico. Y para esto debemos identificar el cuadro clínico característico de cada una.

En el caso de vaginitis por trichomona vaginales los criterios diagnósticos son la presencia de flujo vaginal mal oliente de coloración amarillenta verdosa, espumoso, y de viscosidad baja, hemorragias subepiteliales en pared vaginal o la llamada colpitis en fresa, un Ph vaginal mayor de 4.5 y visualización de trichomona en examen en fresco (10). Como vemos en el caso clínico la paciente presento el flujo compatible y la hemorragia subepitelial de las paredes vaginales, sin embargo, no se realizó la visualización en fresco ni tampoco se determinó el Ph, lo cual hubiera permitido hacer un diagnóstico más preciso.

Además, debido a que la vaginitis por trichomona es una infección de transmisión sexual, se debió preguntar sobre hábitos sexuales, factores de riesgo, o contacto con una nueva pareja sexual para tener un dato adicional que nos guie al diagnóstico.

Sin embargo, el diagnóstico definitivo lo dará el cultivo de secreción vaginal (10), el cual tampoco se realizó.

Finalmente, el tratamiento recomendado por las guías de práctica clínica es el uso de metronidazol 2 gramos vía oral monodosis y el tratamiento de la pareja sexual con metronidazol a la misma dosis. (10)

Al compararlo con el tratamiento prescrito en el caso clínico podemos ver que fue el correcto, pero, se debió de recomendar el tratamiento para la pareja sexual. Y el uso de clotrimazol debió estar justificado con algún dato de sospecha de candida, pero no lo hubo, motivo por el que se asume que su uso está basado en el manejo sindrómico de flujo vaginal.

El segundo caso clínico presentado es sobre una de las patologías más frecuentes que pude observar en las pacientes gestantes.

Dentro de las infecciones del tracto urinario es importante diferenciar una bacteriuria asintomática que se define como la presencia de bacteriuria en paciente sin síntomas, la cistitis aguda definida como una infección sintomática de la vejiga asociada a bacteriuria y una pielonefritis aguda que se refiere a la infección del tracto urinario superior con fiebre, dolor en el Angulo costovertebral y otros síntomas de cistitis. Y el patógeno más frecuentemente encontrado en cualquiera de las tres patologías mencionadas tanto en gestante como no gestante, son las enterobacterias, a la cabeza escherichia coli (11)

Por otro lado, la norma técnica indica que, dentro de los controles prenatales, en el primer control se debe realizar la historia clínica completa; examen clínico general; examen obstétrico y ginecológico; tomar todos los exámenes basales, dentro de las cuales tenemos hemoglobina, grupo y factor sanguíneo, Papanicolau, ecografía del primer trimestre, examen de orina, urocultivo, RPR, ELISA para VIH, glucosa, urea y creatinina (12).

En contraste con lo realizado en el caso clínico vemos que el actuar del centro fue el correcto, sin embargo, no se realizó el Papanicolau, urea y creatinina; además, se realizó un examen físico ginecológico no solo por estar dentro del primer control si no por la historia de flujo referida por la paciente, para determinar si se trata de un flujo fisiológico o alguna patología.

De igual forma, se le solicito como estudios basales un examen de orina y urocultivo, que a la vez nos ayudara a descartar una infección del tracto urinario, justificada por la clínica de polaquiuria, dolor suprapúbico y disuria.

En el diagnóstico de cistitis aguda la prueba de elección es el urocultivo, sin embargo, ante la presencia de síntomas la norma técnica y las guías internacionales recomiendan el uso de antibioterapia empírica en donde la norma técnica recomienda como primera línea el uso de nitrofurantoina de

100mg cada 6 horas por 7 días o cefalexina 500 mg cada 6 horas por 7 días (12).

Por otro lado, uptodate recomienda el uso de antibioticoterapia empírica con cefalexina o fosfomicina y como segunda opción nitrofurantoina (11).

Contrastándolo con el manejo realizado, podemos concluir que se eligió de forma adecuada el antibiótico, sin embargo, debió utilizarse cefalexina 500 mg cada 6 horas por 7 días, no cada 8 horas como se indica en el caso clínico y además su uso se pudo iniciar inmediatamente después de la toma del urocultivo, ya que la paciente tenía clínica de cistitis aguda.

### **3.4 Cirugía general**

Dentro de la rotación de cirugía general se presentó el caso de una presunta apendicitis aguda.

Recordemos que la apendicitis aguda se define como la inflamación del apéndice cecal en donde la causa más frecuente es la hiperplasia de los folículos linfoides y en segundo lugar tenemos al fecalito. Afecta incluso hasta un 7% de la población en general. (13)

Dentro de la clínica que podemos encontrar en una apendicitis aguda tenemos los síntomas como dolor en epigastrio, hiporexia, fiebre, náuseas con vómitos; algunos signos característicos como el signo de Mc. Burney, el signo de Psoas, Icenec, Morris y otros según la ubicación del apéndice que por lo general será retrocecal y signos que me indican peritonitis como es el caso del signo de rebote o Blumberg (13).

Recordar que en dentro del examen físico de una apendicitis podemos encontrar diferentes casos, sin embargo, la literatura nos menciona que los signos clínicos van a aparecer conforme evoluciona la enfermedad, de esta forma en las primeras horas de evolución encontraremos un dolor difuso, pero a medida que va afectándose el peritoneo parietal el dolor se hace localizado en fosa iliaca derecha, luego conforme sigue avanzando y se genera la necrosis del tejido se agregan síntomas como fiebre, reacción peritoneal. Finalmente, en algunas situaciones cuando el apéndice no tiene una ubicación retrocecal los signos clínicos mencionados pueden ir variando (14)

Con respecto al diagnóstico de apendicitis aguda debemos recordar que el uso de score clínicos siempre debe ir de la mano de exámenes de laboratorio y de imagen, ya que el uso de solamente el score clínico no ha demostrado beneficio, sin embargo, el uso de scores que combinan signos clínicos con laboratoriales o de imágenes ha demostrado ser una mejor herramienta para la toma de decisiones. Dentro de estos tenemos la escala de Alvarado que combina como criterios síntomas, signos y resultados de laboratorio. A pesar de que esta escala no es lo suficientemente específica, un puntaje menor de 5 me excluye el diagnóstico de apendicitis aguda con una precisión de casi el 99%. Además, nos permite estratificar a los pacientes en un grupo de bajo riesgo, uno de riesgo intermedio y uno de alto riesgo y de esta forma tomar decisiones en cuanto al diagnóstico y tratamiento, logrando una disminución del número de apendicetomías negativas (15).

Contrastando lo planteado con el caso clínico vemos que el paciente presenta anorexia, fiebre, rebote positivo, dolor en el cuadrante inferior derecho y náuseas con vómitos por lo que obtenemos un puntaje de Alvarado de 6 puntos, que nos indica una probabilidad intermedia de apendicitis aguda. Con lo que se justifica la referencia del paciente al hospital de Vitarte, ya que se necesita realizar exámenes auxiliares que podrían aumentar el puntaje de Alvarado, según los resultados, conllevando a un posible manejo quirúrgico de confirmar la patología. Por lo que concluimos que el actuar del centro de salud fue el correcto, además de no haber usado analgésicos, ya que estos podrían atenuar la sintomatología.

A pesar de que no se pudo observar el manejo realizado y que exámenes que se solicitaron en el hospital, es importante aclarar el manejo de apendicitis aguda en caso se tuvieran mayores herramientas.

Dentro del esquema diagnóstico como mencionamos es importante el uso de exámenes auxiliares, de los cuales los recomendados son el uso de PCR y hemograma que nos podría guiar al diagnóstico en caso de presentar leucocitosis e incluso desviación a la izquierda, ambos acompañados de clínica sugerente tendrían una sensibilidad de hasta 80% y además recordar que en caso de encontrar estos resultados nos sumarían puntos en la escala de Alvarado ayudándonos a dilucidar el diagnóstico y tomar decisiones. De igual manera se ha observado que el grado de leucocitosis se puede

correlacionar con mayor complicación, viendo que niveles muy elevados de leucocitosis se correlacionan con gangrena o perforación apendicular (14)  
De igual forma en la actualidad se ha planteado el uso de bilirrubinas séricas como marcador de perforación apendicular, con una elevada sensibilidad y especificidad (14)

Con respecto al uso de imágenes, la literatura nos recomienda el uso de tomografía computarizada abdomino pélvica con contraste endovenoso como la mejor prueba para el diagnóstico de apendicitis aguda, en donde los hallazgos sugestivos de apendicitis aguda tomográficos son un diámetro apendicular mayor a 6 mm, grosor de la pared apendicular mayor de 2 mm, realce de la pared apendicular o la presencia de apendicolito, sin embargo, no se recomienda hacer el diagnóstico con un solo criterio. Adicionalmente, se plantea el uso de ecografía abdominal para pacientes en edad pediátrica y para mujeres gestante o sin descarte de embarazo o en cualquier situación en donde la radiación y el contraste endovenoso podrían ser perjudicial; dentro de los parámetros para el diagnóstico ecográfico tenemos un aumento del diámetro apendicular mayor a 6mm, mayor ecogenicidad de la grasa peri apendicular, líquido en el cuadrante inferior derecho y dolor a la presión con el traductor en dicho cuadrante (16).

Finalmente, con respecto al tratamiento hay que recordar que la elección en estos casos es la apendicetomía la cual puede ser abierta o laparoscópica, con respecto a esta, la guía de diagnóstico y manejo de apendicitis aguda de Jerusalén del año 2020 refiere que la cirugía laparoscópica se asocia a menor dolor postoperatorio, a mejor estética y a un regreso a las actividades cotidianas más rápido, pero, implica mayor costo y tiempo de cirugía en comparación con la apendicetomía abierta. Además, en el manejo laparoscópico se prefiere el uso de apendicetomía laparoscópica convencional con tres trocánteres, ya que esta muestra menor costo operatorio, menor dolor post operatorio, menor tiempo quirurgo e igual seguridad y efectividad que la apendicetomía laparoscópica de incisión única (15).

Además, para el manejo de apendicitis complicada se recomienda la apendicetomía laparoscópica o abierta junto con aspiración y/o lavado peritoneal. En este sentido la guía de Jerusalén antes mencionada plantea

que la combinación de aspiración y lavado peritoneal no ha mostrado beneficio sobre solo el uso de aspiración, alargando incluso la cirugía, motivo por el cual no se recomienda su combinación. Además, también plantea que el uso de drenajes posoperatorios no tiene evidencia científica de su beneficio, por lo que no se recomiendan (15).

Para terminar, con respecto al uso de antibioticoterapia, en pacientes con apendicitis no complicada que son dirigidos a sala quirúrgica de inmediato solo requieren el uso de una cefalosporina 1 hora antes de la cirugía y no se recomienda el uso de antibioticoterapia posoperatoria. Y en el caso de los pacientes con apendicitis aguda no complicada que no puedan ser llevados a sala o que tengan alguna complicación como perforación se recomienda el uso de antibioticoterapia lo más pronto posible hasta la cirugía, donde podemos usar piperacilina tazobactam, Ertapenen o cefalosporinas asociadas a metronidazol (17)

Por último, se mencionó el caso de un paciente con diagnóstico de enfermedad hemorroidal donde es importante tener en cuenta la clínica, diagnóstico, clasificación y tratamiento de estas hemorroides.

La enfermedad hemorroidal se define como la inflamación de las hemorroides localizadas en el canal anal y en la parte final del recto, además, esta patología se puede clasificar en hemorroides internas y externas según su relación con la línea dentada, donde las internas se ubican por encima de la línea dentada y las externas se localizan por debajo. Además, las hemorroides internas pueden ser de primer grado, que son aquellas que producen clínica de sangrado, pero no prolapsan; las de segundo grado son aquellas que prolapsan ante el esfuerzo o maniobra de Valsalva, pero reducen espontáneamente; las de tercer grado son aquellas que prolapsan, pero no reducen espontáneamente, si no que requiere reducción manual y las de cuarto grado que son aquellas que se mantienen prolapadas, sin posibilidad de reducirlas. Además, la literatura menciona que la clínica característica es la presencia de sangrado ano rectal que será de poca cantidad, rojo brillante, sin dolor; prurito anal y de forma tardía la aparición de prolapso e incluso anemia como complicación del sangrado. Adicional a la clínica el examen físico nos mostrara tumoraciones evidentes en el caso del



grado III y IV, mientras que en el grado II se podría observar la protrusión a la maniobra de Valsalva (18).

Por lo tanto, para el diagnóstico de hemorroides se realizará con clínica compatible y examen físico con hallazgos sugestivo de hemorroides mencionados anteriormente. Al contrastar la literatura con lo practicado en el caso clínico observamos que se realizó el procedimiento adecuado, ya que se hizo una historia clínica en donde obtenemos datos clínicos sugestivos de esta patología, tales como sangrado rectal de poca cantidad, rojo rutilante, el antecedente de sangrado crónico, sensación de masa en la región anal, que incluso al autoexamen se describe como una “pelota”. De igual forma se realizó el examen físico correspondiente en donde también se encontraron hallazgos importantes llevándolos así al diagnóstico de hemorroides grado IV, ya que coincide con la clasificación mencionada en la literatura.

En el tratamiento, tener en cuenta que la mayoría de las hemorroides resuelven con solo el tratamiento médico que consiste en medidas higiénico-dietéticas y tratamiento sintomático, sobre todo aquellas de grado I o II, sin embargo, las de grado III o IV suelen requerir manejo quirúrgico. Consecuentemente dentro del tratamiento médico el objetivo principal es el manejo sintomático donde se recomienda el uso de analgésicos y esteroides tópico como la combinación de lidocaína/hidrocortisona vía tópica que ha demostrado reducir considerablemente el dolor agudo y el sangrado, pero su uso debe ser solo por periodos cortos. También se recomienda el uso de baños de asiento para reducir la inflamación y relajar el esfínter anal (19) También se recomienda el uso de flebotómicos ya que se demostró que disminuye de forma significativa el prurito, la hemorragia y la clínica en general, excepto el dolor (20).

Finalmente, en el caso del paciente a parte del tratamiento médico, el manejo de elección en hemorroides grado IV es la hemorroidectomía que puede ser abierta o cerrada (18). además, entre ambas técnicas se ha demostrado que tanto la abierta como cerrada no tienen diferencias significativas en cuanto a la recurrencia, sin embargo, algunos estudios indican que la técnica cerrada se asocia a menor dolor postoperatorio (21)

Al haber revisado la bibliografía vemos que el manejo médico que se realizó en el centro de salud al usar el dobesilato de calcio y el ibuprofeno fue el

correcto, sin embargo, el uso de hermorsan que es un tipo de medicina natural no tendría evidencia científica que la respalde. De igual manera se pudo agregar el uso de analgésicos tópicos, corticoides tópicos e incluso el uso de baños de asiento, tal y como nos recomienda la evidencia presentada. Por otro lado, la decisión de derivar al paciente al hospital de vitarte fue la correcta, ya que, este paciente necesitara manejo quirúrgico como tratamiento definitivo.

## **CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRITICA DE LA EXPERIENCIA**

Haber empezado el internado en el hospital Dos de Mayo fue una muy buena experiencia en la que gane habilidades prácticas y teóricas importantes, afronte situaciones estresantes y difíciles ante las cuales tuve que cambiar mi forma de pensar y mi forma de actuar, tuve que asumir responsabilidades, realizar turnos agotadores, realizar guardias, sobrellevar diferentes situaciones como la muerte de un paciente, manejar a los familiares en estos casos, así como también recibir el agradecimiento por parte de los pacientes y familiares por la labor realizada. Además, en el hospital el número de pacientes era mucho mayor y los casos eran más variados. También el hecho de tener mayor disponibilidad de métodos diagnósticos y terapéuticos nos permitía ayudar al paciente de forma más completa hacer un seguimiento de él a detalle mientras dure su hospitalización, lo cual nos da la posibilidad de realizar procedimientos, ver una mayor cantidad de casos, pedir exámenes de laboratorio o de imágenes que consideremos necesarios según criterio propio e incluso plantear una posible terapéutica. De esta manera pude realizar dentro de mi rotación de medicina procedimientos tales como paracentesis, toracocentesis, hemocultivos, curaciones de úlceras por presión, celulitis e incluso pie diabético. Igualmente pude atender emergencias realizando en algunas situaciones resucitación cardiopulmonar y desfibrilación.

Actualmente durante la pandemia las cosas para los internos de medicina cambiaron drásticamente, ya que muchos de nosotros no pudimos regresar a nuestros centros de trabajo iniciales.

En el centro de salud Santa Clara las labores no son de la misma exigencia, el número de casos es menor, además debido a las limitaciones que tenemos

en métodos diagnósticos y terapéuticos, debemos derivar al paciente a un centro de mayor complejidad en donde puedan diagnosticar y tratar de forma adecuada sus dolencias, por lo cual no tenemos la posibilidad de hacer un seguimiento y manejo de estos casos.

Por otro lado, no podemos realizar procedimientos, más allá de suturas o manejo de alguna otra urgencia. Por lo cual nuestro aprendizaje frente a emergencias y casos de mayor complejidad se ve comprometida.

Sin embargo, estas deficiencias pude solucionarlas realizando rotaciones externas en el hospital de Vitarte en donde rote en la especialidad de pediatría y neonatología complementando conocimientos y poniéndolos en practico, logrando realizar la atención del recién nacido, manejo de complicaciones neonatales, evaluación continua del recién nacido durante los primeros días, manejo de patologías como ictericia neonatal, sepsis neonatal, realizando rotaciones en emergencia pediátrica y hospitalización de pediatría.

Con respecto a las rotaciones de gineco obstetricia, no pude realizar la rotación el hospital de vitarte, sin embargo, participe constantemente de la atención en consultorio externo de obstetricia en el centro de salud, logrando realizar papanicolaou, inspección visual con ácido acético (IVAA), control prenatal de las gestantes, identificar las situaciones en las que se debe referir a una gestante, control de enfermedades intercurrentes en el embarazo, planificación familiar, etc.

La rotación de cirugía fue en la que mayores deficiencias encontré, ya que no pude realizarla un hospital. Sin embargo, se me permitió realizar suturas, manejo de hemorragias menores, identificación de emergencias quirúrgicas como apendicitis, colecistitis aguda, entre otras.

Finalmente, si bien es cierto el hecho de realizar el internado en un centro de salud tiene sus deficiencias, también tiene algunos beneficios adicionales como el hecho de tener una preparación más adecuada para el SERUMS ya que las actividades que se realizan son las mismas o similares. Y de igual manera hay soluciones que se pueden tomar para tratar de sopesar estas deficiencias.

## CONCLUSIONES

Con todo lo expuesto podemos concluir que el internado médico es un año de suma vitalidad en el desarrollo profesional de un estudiante de medicina, para que pueda afrontar diferentes situaciones de la manera adecuada. Debido a la actual pandemia que vivimos no se pudo realizar de manera fluida y habitual el internado, lo cual sin lugar a duda afectó el desarrollo de muchos internos de medicina, sin embargo, se han buscado distintas soluciones para tratar de sopesar las deficiencias que esta pandemia ha dejado en nuestra carrera profesional.

Como expusimos anteriormente la aparición de la pandemia ha ocasionado que queden algunos vacíos en el aprendizaje de los internos no solo en los centros de salud donde el número de pacientes y la complejidad de los casos que pueden manejar es mucho menor, las herramientas diagnósticas y terapéuticas son más limitadas, la atención en solo consultorio externo, la falta de atención de partos o atención de recién nacidos, la nula participación en procedimientos quirúrgicos; si no también aquellos internos que regresaron a hospitales, ya que a pesar de haber vuelto a su hospital de origen no han podido realizar todo lo que se hubiera hecho sin pandemia, ya que los hospitales se encontraban colapsados, la capacidad resolutive estaba afectada, la priorización a COVID ocasionó un descuido de las patologías crónicas y frecuentes que se debían aprender a manejar en un internado normal, la reducción de médicos docentes que guíen a los internos de medicina, la reducción de los horarios de labor, etc. Sin embargo, todas estas deficiencias se pueden reducir con rotaciones externas en los hospitales, además de fortalecer el área docente y académica con exposiciones,

discusión de caso clínico y otros métodos que permitan fortalecer los conceptos teóricos.

De forma positiva podemos concluir que rotar en el centro de Salud santa clara fue una buena experiencia ya que, a pesar de sus deficiencias, se logro adquirir conocimiento sobre desarrollo del análisis situacional de salud, métodos de promoción de salud y prevención de enfermedades, uso de estrategias sanitarias como vacunación, planificación familiar, detección y control de enfermedades no transmisibles, prevención y manejo de anemia, niño sano, entre otras. Además, nos permitió también entrenarnos en la atención en consultorio externo, logrando ver dentro de este los motivos de consulta más frecuentes según rango de edades y poder aplicar un adecuado diagnóstico y manejo, así como identificar los casos que necesitan ser referidos, saber cómo es el sistema de referencia y contrarreferencia y a que hospitales o centro se puede realizar.

Todo esto es importante ya que permite al médico cambiar la forma de pensar actual y dirigirla hacia un enfoque biopsicosocial centro en el primer nivel de atención, terminando preparados para realizar el SERUMS.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda implementar rotaciones combinadas tanto en centros de salud como en hospitales de alta complejidad de forma equitativa en cada una de las especialidades. Favoreciendo la adquisición de experiencia tanto en el primer nivel de atención como en el tercer nivel de atención.

Se debe proveer todas las herramientas para el cuidado y prevención COVID 19, empezando con la vacunación precoz de los internos de ciencias de salud, la entrega del equipo de protección adecuado y en cantidades suficientes, capacitación de todo el personal de salud sobre el uso del equipo de protección como de otras medidas preventivas. Así mismo se debe controlar que los horarios laborales sean cumplidos disminuyendo el riesgo de exposición y evitar en lo posible el ingreso de los internos a áreas COVID.

Se deben realizar seminarios virtuales con exposiciones o discusiones de casos sobre las patologías de mayor importancia, dentro de cada especialidad, fortaleciendo conceptos teóricos.

Igualmente, realizar controles continuos de los internos dentro de sus instituciones laborales para asegurar que se esté cumpliendo con los horarios, con la entrega de equipos de protección, con el sueldo y con el aseguramiento debido. De esta forma seria importante conocer el grado de satisfacción de cada interno de medicina para corregir errores o para implementar nuevas medidas con el objetivo de ayudar a los internos.

Se recomienda realizar un plan estratégico que permita a los internos adjudicar a plazas laborales cercanas a su domicilio evitando la exposición innecesaria en medios de transporte por tiempo prolongado, así como dar las

facilidades con horarios que permitan al interno una adecuada preparación practica como teórica.

Sería importante asegurar que cada interno de medicina haya tenido la posibilidad de atender un número determinado de partos, haber realizado atención inmediata del recién nacido, suturas, procedimientos como punción lumbar, paracentesis, toma de gases arteriales.



## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Mazzeti P. Vizcarra M. Cateriano P. Alva M. Decreto de urgencia Nro 090-2020. Decreto de urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la covid -19. El peruano. 3 de agosto. 2020.
2. Plan operativo institucional. Hospital Nacional Dos de Mayo. 2019
3. Herrera Rodríguez A, Rodríguez Vela J, Vicente Thomas J, Calvo Díaz A. Espondilodiscitis tuberculosa. Mal de Pott. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 1 de junio de 1998;42(3):231-42.
4. Knight C, Deyo R, Staiger T, Wipf J, et al. Treatment of acute low back pain. Wolters Kluwer. UpToDate. 2020
5. Calle M. Canterac G. Morales J. Roseff G. Venegas D. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. Lima, Perú. 2018.
6. Herrera C, Levano J, Silva J, Salazar V, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. Departamento de medicina servicio de especialidades médicas. Hospital Santa Rosa. 2020
7. Pinto J, Espinoza J. Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda en pacientes adultos. Hospital Cayetano Heredia. 2017
8. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias Superiores. Instituto nacional de salud del niño (INSN) San Borja. 2019

9. Tapia R, Rosell G, Yancourt S, Broggi O. Guía técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis aguda en niños menores de 2 años. Lima, Perú. 2019
10. Guevara E, Izaguirre H, Carpio L, Orihuela R, et al. Guía de práctica clínica de procedimientos en ginecología. Instituto nacional materno perinatal (INMP). Lima, Perú. 2020
11. Hooton T, Gupta K, Calderwood S, Lockwood C. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Wolters Kluwer. UpToDate. 2020
12. Guevara E, Sanchez A, Mambret A, Dasio F, et al. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología Instituto nacional materno perinatal. Lima, Perú. 2018
13. Medrano J, Espinoza G, Martinez O, Cespedes A, et al. Guía de práctica clínica de hospitalización Servicio de cirugía y anestesiología: Guía de práctica clínica apendicitis aguda. Lima, Perú. 2012
14. Martin R, Weiser M, Cheng W. Acute appendicitis in adults: clinical manifestations and differential diagnosis. Wolters Kluwer. UpToDate. 2021
15. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. World J Emerg Surg. diciembre de 2020;15(1):27.
16. Martin R, Weiser M, Kang S, Cheng W. Acute appendicitis in adults: diagnostic evaluation. Wolters Kluwer. UpToDate. 2021
17. Smink D, Soybel D, Weiser M, Cheng W. Management of acute apendicitis in adults. Wolters Kluwer. UpToDate. 2021.
18. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de enfermedad hemorroidal. Hospital Cayetano Heredia. Lima, Perú. 2013
19. Bleday R, Breen E, Weiser M, Cheng W. Home and office treatment of symptomatic hemorrhoids. Wolters Kluwer. UpToDate. 2021.
20. Perera N, Liolitsa D, Iype S, Croxford A, Yassin M, Lang P, Ukaegbu O, van Issum C. Phlebotonics for haemorrhoids. Cochrane Database Syst

Rev. 2012 Aug 15;(8):CD004322. doi:

10.1002/14651858.CD004322.pub3. PMID: 22895941

21. Rivadeneira D, Steele S, Weiser M, Cheng W. Surgical treatment of hemorrhoidal disease. Wolters Kluwer. UpToDate. 2021.

## **ANEXOS**

## ANEXO N°1

ACRÓNIMO "FALTAN"	
F	<b>Fiebre:</b> Administrar paracetamol condicional a temperatura mayor de 38°C axilar según grupo etario. Si la temperatura es menor de 38°C axilar y genera disconfort o si existiera antecedentes de convulsión asociada a fiebre, administrar paracetamol y medios físicos. (aligerar coberturas, baños de agua tibia, compresas húmedas tibias en la frente, abdomen, piernas, etc. Recordar que es importante la individualización de cada paciente y su entorno; no es necesario hacer uso de otras soluciones.
A	<b>Alimentación:</b> Si el niño es menor de 6 meses o aún no ha iniciado su alimentación complementaria, alentar a la madre a amamantarlo con frecuencia. Si ya inició alimentación complementaria se debe de continuar dándole sus alimentos habituales.
L	<b>Líquidos:</b> Incrementar el aporte para mantener una adecuada hidratación del organismo si consideramos las pérdidas a través de secreciones, pérdidas insensibles y especialmente si tiene fiebre.
T	<b>Tos:</b> Evitar el uso de antitusígenos, expectorantes, antihistamínicos, descongestionantes, etc.
A	<b>Alarma:</b> Acudir de inmediato al establecimiento de salud más cercano, si presenta alguno de los siguientes signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para respirar (taquipnea, tirajes, sibilancias, estridor, quejido, etc.).</li> <li>• Persistencia de Fiebre, a pesar de 48 horas de tratamiento.</li> <li>• Dificultad para beber o lactar o vómitos frecuentes.</li> <li>• Compromiso del sensorio (presenta irritabilidad o somnolencia, ausencia de sonrisa social, convulsiones).</li> <li>• Si el niño no mejora o empeora a pesar del tratamiento recibido.</li> </ul>
N	<b>Nariz:</b> Limpieza de las fosas nasales si la presencia de secreciones interfiere con la alimentación o el sueño, proceda a la limpieza de las fosas nasales con una solución casera de agua con sal (media cucharadita de sal en media taza de agua) o suero fisiológico al 0.9%, aplicando 5 a 10 gotas (0.25 - 0.5 ml) en cada fosa nasal con la frecuencia necesaria para mantener a los niños libre de obstrucción.