



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

INTERNADO MÉDICO EN ÉPOCA DE PANDEMIA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

MARIA DE FATIMA BUSTAMANTE URTEAGA

ASESORA

DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON

LIMA, PERÚ

2021



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

INTERNADO MÉDICO EN ÉPOCA DE PANDEMIA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

MARIA DE FATIMA BUSTAMANTE URTEAGA

ASESORA

DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: MG. Carmen Layten Villanueva

Miembro: MG. Gustavo Tagle Carbajal

Miembro: M.E. Andrea Lui Lam Postigo

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mi abuelito David Urteaga Pasache, por ser una persona muy importante en mi vida. Él siempre se ha sentido orgulloso de mí, me motivó a seguir esta carrera, me inspiró a perseverar, celebró mis logros y fue mi mejor paciente. Inculcó en mí principalmente los valores de la solidaridad, respeto y bondad, los que pondré en práctica en mi vida profesional. El destino no le permitió estar a mi lado en mi graduación, uno de los días más trascendentes de mi vida, pero sé que estará feliz de verme alcanzar mi más ansiada meta. Te amo con toda mi alma y te envío hasta el cielo, un abrazo lleno de ternura.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haber guiado cada uno de mis pasos en esta larga carrera. A mis padres y a mi hermana, por su apoyo incondicional, esfuerzo, amor y confianza; sin ellos no hubiera podido culminar mis estudios, uno de los objetivos principales de mi vida.

ÍNDICE

Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PERSONAL	1
1. Ginecología y Obstetricia:	1
2. Pediatría:	5
3. Medicina:	7
4. Cirugía:	9
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	11
1. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé	11
2. Centro de Salud Unidad Vecinal 3	12
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	13
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	24
CONCLUSIONES	26
RECOMENDACIONES	27
FUENTES DE INFORMACIÓN	28
ANEXOS	32
1. Ultrasonido en placenta de inserción baja	33
2. Evaluación microscópica de líquido amniótico	34
3. Algoritmo terapéutico en ruptura prematura de membranas	35
4. Valores de hemoglobina según grupo etario	36

5. Tratamiento de anemia según peso corporal	37
6. Dermatitis del pañal	38
7. Algoritmo terapéutico de cetoacidosis diabética	39
8. Algoritmo terapéutico antirrábico	40
9. Antisépticos	41

RESUMEN

El internado médico es el programa en el que los estudiantes de medicina ponen en práctica los conocimientos adquiridos durante los 6 años de estudios universitarios, y adquieren habilidades para la prevención y manejo de diversas enfermedades. Durante años este se ha llevado a cabo en establecimientos de salud de tercer nivel, ya que tienen mayor capacidad resolutive y le permiten al interno ampliar y reforzar al máximo sus conocimientos. Sin embargo, ya que durante el año 2020 enfrentamos una pandemia, el retorno a las prácticas tuvo que darse en establecimientos de primer nivel de atención, lo cual limitó el aprendizaje de los estudiantes en distintas áreas; pero al mismo tiempo les permitió conocer una realidad distinta, a la cual tendrán que enfrentarse como médicos serumistas en época de pandemia. Por ello la importancia de que el médico tanto en el primer nivel como en el tercer nivel de atención orienten su tratamiento según las guías ya establecidas, basándose en su criterio y experiencia.

ABSTRACT

The medical internship is the program in which medical students put into practice the knowledge acquired during the 6 years of university studies and acquire skills for the prevention and management of various diseases. For years this has been carried out in a third-level health establishment since they have greater resolution capacity and allow the inmate to expand and reinforce their knowledge as much as possible. However, since in 2020 we faced a pandemic, the return to practices had to occur in first-level care establishments, which limited the learning of students in different areas; but at the same time, it allowed them to know a different reality, which they will have to face as serum doctors in times of pandemic. For this reason, it is important that the doctor at both the first and third levels of care guide their treatment according to the guidelines already established, based on their criteria and experience.

INTRODUCCIÓN

En el año 2020 se llevó a cabo el internado médico. La primera institución a la que se acudió fue el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé para las especialidad de Ginecología y Obstetricia, una institución que brinda atención altamente especializada a la salud sexual y reproductiva de la mujer y atención integral al feto, neonato, lactante, niño y adolescente; además se caracterizan por poner en práctica la docencia en investigación de manera permanente⁽¹⁾, lo que resulta ventajoso para los internos. La inducción brindada se centró en explicar las competencias que se alcanzarían al finalizar la rotación y las funciones que se desempeñarían como internos. En el área de ginecobstetricia el trabajo del interno estaba enfocado a la monitorización constante de las pacientes, vigilancia de posibles signos de alarma y reportar a los superiores. Dado que este periodo se desarrolló en época previa a la pandemia, sin restricciones de horario, las horas que se pasaron en el hospital eran invertidas correctamente para poder realizar la mayor cantidad de actividades y lograr el máximo aprendizaje. Además, se contaba con guardias nocturnas las cuales sirvieron para alcanzar competencias a nivel práctico.

A partir de la mitad del mes de marzo se suspendieron las actividades de los internos a nivel nacional debido a la notificación de casos de COVID-19 en nuestro país, y se retornó en el mes de octubre al centro de salud nivel I-3 Unidad Vecinal 3 para culminar las rotaciones de pediatría, medicina y cirugía; donde se realiza la atención integral de pacientes con actividades de prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades prevalentes en dicha jurisdicción. Debido a la pandemia mundial, el horario de asistencia se redujo a 6 horas diarias y 15 días al mes. La experiencia del internado médico en el primer nivel de atención es muy distinta a la que se

realiza en los centros hospitalarios, perdiéndose la oportunidad de ver patologías complejas y participar en cirugías. El trabajo del interno se enfocó en la atención del paciente por consultorio externo y la atención de emergencias; siento esto una gran ventaja para la preparación del SERUMS.

La labor del médico durante este año, por fin ha recibido el reconocimiento que se merece; ya que el médico está en primera línea a lo largo de esta pandemia; no solo aquellos asignados al manejo de pacientes con COVID-19, sino también los que siguen manejando enfermedades crónicas que no pueden ser dejadas de lado. Hemos visto que a nivel mundial muchas actividades han tenido que ser paralizadas, mas la atención en hospitales y centros de salud nunca se ha detenido; porque actualmente la salud de la población mundial está en riesgo, por ello los médicos tienen una gran responsabilidad y uno de los roles más importantes en el transcurso de esta pandemia.

Sumado a esto, el riesgo que enfrentan los médicos es grande, ya que muchos deben trabajar en las condiciones menos adecuadas, sin contar si quiera con equipo de protección personal y ante la carencia de camas UCI y ventiladores mecánicos, muchas veces el médico ha tenido que tomar la difícil decisión de elegir qué pacientes tendrían prioridad para acceder a dichos beneficios, generando dudas en ellos mismos sobre cuáles son los principios éticos en los que deberían basar sus decisiones⁽²⁾.

Por esta razón la preparación del interno de medicina durante el año ha sido clave, para que una vez profesionales puedan desempeñar el papel de médicos de una manera segura y acertada en medio de este contexto crítico que atraviesa el mundo.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PERSONAL

El internado médico, es el programa que se desarrolla con la finalidad de que los estudiantes de medicina puedan adquirir habilidades y destrezas, en las diferentes áreas (Ginecología, Pediatría, Medicina y Cirugía), para que una vez graduados puedan aplicar las medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento en las diversas patologías; poniendo en práctica todos los conocimientos adquiridos durante los 6 años de carrera profesional. Dada la coyuntura actual de este año, el internado no se realizó exclusivamente en establecimientos de salud nivel III-1, sino también en centros de salud nivel I-3.

1. Ginecología y Obstetricia:

Esta rotación se realizó en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. En esta sede se elaboró un cronograma especial para que los internos puedan alternarse por los diferentes servicios y especialidades durante los 3 meses: sala D, centro obstétrico, sala G, sala C y emergencia.

En la sala D se reforzaron los conocimientos teóricos sobre la fisiología del puerperio y las diversas patologías que pueden ir asociadas a este, con exposiciones diarias dirigidas por los residentes, quienes resolvían las dudas. En la parte práctica se realizaba la evolución diaria de cada paciente, evaluando sus funciones vitales, la presencia de dolor, características de los loquios, contracción del útero y otros síntomas importantes que las pacientes pudieran referir. A lo largo de la visita médica, se hacía un análisis de cada paciente para aprender a identificar a aquellas de riesgo en el futuro. Posterior a la visita se asistía a consulta externa de planificación familiar, en la cual se aprendió a dar consejería sobre el uso de métodos anticonceptivos de manera personalizada a cada paciente, de acuerdo con la edad, estilo de vida y

comorbilidades que presentasen. Además, se aprendió el manejo hospitalario de patologías como: hiperémesis gravídica, infección de sitio operatorio y mastitis; y por las tardes se realizaban las curaciones bajo supervisión del residente de sala.

La rotación de centro obstétrico fue la que permitió alcanzar la mayor cantidad de competencias, sobre todo a nivel práctico; ya que durante la monitorización de las pacientes en sala de dilatación se registra la actitud fetal, funciones vitales, latidos cardiacos, tacto vaginal; pudiendo desarrollar habilidades para identificar complicaciones a tiempo. Se aprendió además el manejo de gestantes con diagnóstico de preeclamsia, amenaza de parto pretérmino, parto distócico. Lo más resaltante en esta área fue aprender la atención del parto: realizar las maniobras, identificar los movimientos cardinales del feto, extraer y revisar la placenta, revisión instrumentada, episiotomías y episiorrafias, suturas de desgarros en sus diferentes grados. Para afianzar los conocimientos teóricos, se exponía sobre las patologías más vistas. En el área de puerperio inmediato se realizaba la monitorización cada 30 minutos, verificando que el útero esté contraído, la presencia de sangrado y fiebre en las pacientes. Si se presentaba alguna complicación posterior al parto se reportaba, pudiendo con esto aprender su manejo inmediato.

En la sala B, se hospitalizaban a aquellas pacientes con alto riesgo obstétrico: En la parte práctica se realizaban las evoluciones diarias a cada paciente y durante las visitas médicas se hacía un breve repaso teórico de cada patología, centrándose en los factores de riesgo y en el manejo médico, para que luego se puedan identificar y reconocer en cada paciente, y en un futuro se pongan en práctica. Luego de la visita se asistía a consultorio externo de obstetricia, donde se realizaban los controles prenatales para detectar a tiempo posibles complicaciones en las pacientes y dar consejería, lo cual servirá para la práctica en el primer nivel de atención.

La última rotación se llevó a cabo en la sala G, donde se hospitalizaban a todas las patologías exclusivamente ginecológicas. Después de la evolución diaria de cada paciente y la visita médica, se asistía a consultorio externo de ginecología, donde se aprendió a realizar toma de muestras de PAP, examen

de mamas, identificar lesiones de ITS, examen ginecológico. El componente teórico fue reforzado con exposiciones.

Durante esta rotación hubo dos casos clínicos que llamaron la atención:

Caso 1: Paciente con iniciales CS de 45 años, G1P0000, ingresó por emergencia el 23/01/2020 con los diagnósticos de:

- Gestante de 35 semanas por fecha de transferencia (FT)
- Placenta previa total, descartar acretismo
- No trabajo de parto
- Feto podálico
- ARO: edad + fertilización in vitro (FIV)

FUR: 26/05/19

FT: 14/06/19

Antecedentes familiares:

- Padre hipertenso
- Madre hipotiroidea
- Pareja de 42 años con diabetes mellitus 2

Antecedentes personales:

- 2007: colelap
- 2018: histeroscopia + polipsectomía

Antecedentes gineco-obstétricos:

- Menarquia: 12 años
- RC: 4-5/28 días
- IRRSS: 26 años
- NPS: 2
- PAP: negativo (2019)
- condilomatosis cauterizada hace 11 años
- 2015: intento de embarazo con inductores de ovulación e inseminación artificial en 2 oportunidades fallidas.
- FIV: óvulo y esperma donado
- CPN: 6 en hospital San Bartolomé (desde la semana 24 hasta la 34)
- dos miomas uterinos

Intercurrencias:

- Hospitalizada del 11/01/2020 – 13/01/2020 por hemorragia de la segunda mitad el embarazo: placenta previa total, recibió betametasona.

- Anemia en enero: tratamiento con sulfato ferroso 300 mg cada 12 h

Anamnesis: paciente refiere haber estado descansando y cuando despertó observó sangrado rojo vivo de aproximadamente 1 vaso, niega dinámica uterina, niega pérdida de líquido amniótico y percibe movimientos fetales.

Examen físico:

- Especuloscopia se observó sangrado vivo de aproximadamente 20 cc.

- Tacto vaginal: diferido

- Dinámica uterina: 1/10´

Se la hospitaliza en centro obstétrico.

Caso 2: Paciente con iniciales BQ de 34 años, G2P0010, ingresó por emergencia el 23/12/2019 con los diagnósticos de:

- Gestante de 24 semanas por FUR

- RPM lejos de término

FUR: 05/07/2019

Antecedentes familiares:

- Madre con diabetes mellitus 2

Antecedentes personales:

- 2018: legrado uterino por aborto espontáneo

Antecedentes gineco-obstétricos:

- G1: aborto espontáneo de 9 semanas, tratado con legrado uterino

- G2: gestación actual planificada, con tiempo de relación de 3 años

- Menarquia: 15 años

- RC: 3-4/28 días

- IRRSS: 23 años

- NPS: 2

- PAP: negativo (08/2019)

- CPN: 7 (desde la semana 5 hasta la semana 23)

Intercurrencias:

- síndrome febril por rinofaringitis en diciembre 2019

Anamnesis: paciente refiere sentirse mojada hasta las piernas cuando estaba esperando ser atendida, se cambió de paño diario 3 veces. Niega dinámica uterina.

Examen físico: cuello central, dehiscente 2 cm, blando, cerrado.

Ponderado fetal: 500 g

AU: 22 cm

Valsalva: +

Test de Fern: +

Se hospitaliza en sala B.

Las rotaciones de pediatría, medicina y cirugía se realizaron en el Centro de Salud Unidad Vecinal 3.

2. Pediatría:

A lo largo de esta rotación se aprendió a realizar el manejo preventivo y tratamiento de anemia en niños menores de 3 años basados en la Resolución Ministerial N°229-2020-MINSA. Se adquirió conocimientos teóricos y prácticos sobre cuando realizar el dosaje de hemoglobina, cuando empezar la suplementación con hierro y cuando iniciar el tratamiento de anemia. Además, se lograron habilidades para calcular la dosis de hierro que recibirían los pacientes según el peso y el diagnóstico. Asimismo, los pacientes asisten al programa de vacunación, gracias a lo cual se aprendió el calendario de vacunación en el niño, se resolvieron las preguntas más frecuentes de los padres en cuanto a las vacunas y se aprendió a calcular la dosis de paracetamol según el peso del paciente.

Se presenta el caso de dos pacientes:

Caso 1: Paciente con iniciales TSSC de 7 meses de edad, acude a centro de salud acompañado por sus padres, para dosaje de hemoglobina.

Antecedentes perinatales:

- CPN: 4

- Parto por cesárea: colestasis

- Corte tardío de cordón umbilical: no

- contacto piel a piel: no
- Lactancia: a los 45 min
- Edad gestacional: a término
- Peso al nacer: 3390
- Talla: 49 cm
- PC: 35 cm
- llanto al nacer: inmediato

Antecedentes personales: niega

Antecedentes familiares: niega

Inmunizaciones: completas hasta el momento

Examen físico: paciente está despierto, activo, sin signos de dificultad respiratoria.

- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en AHT, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Peso: 8 Kg

Resultado de Hb: 10.1 g/dl (25/08/2020)

Diagnóstico:

- Anemia leve

Caso 2: Paciente con iniciales VMVG, de 4 meses de edad, acude a centro de salud acompañada por su madre a recibir sus vacunas. La madre refiere que desde hace 5 días notó sarpullido en los glúteos y entre las piernas.

Antecedentes perinatales:

- CPN: 8
- Parto por cesárea
- Corte tardío de cordón umbilical: no
- contacto piel a piel: sí
- Lactancia: a las 2 horas
- Edad gestacional: 37 semanas
- Peso al nacer: 3010
- Talla: 50 cm
- PC: 35 cm

- llanto al nacer: inmediato

- APGAR: 9-9

Antecedentes personales: niega

Antecedentes familiares: niega

Inmunizaciones: completas hasta el momento

Examen físico: paciente está despierta, llorando.

- Piel: lesiones eritematosas con descamación en glúteos, cara interna del muslo superior y en área genital.

- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en AHT, no ruidos - agregados.

- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Peso: 7 kg

Diagnóstico:

- Dermatitis del pañal

3. Medicina:

Las atenciones de medicina interna en el centro de salud se hacen por consultorio externo y por emergencia. Se atienden alrededor de 15 pacientes por día y las patologías más vistas son: hipertensión arterial, diabetes mellitus, lumbalgias, dorsalgias, cialgia, vértigo posicional benigno, gastritis crónica, infección del tracto urinario, diarreas, dolor abdominal, parasitosis, entre otras. Se lograron habilidades para la atención eficiente y rápida del paciente. Se aprendió a realizar la historia clínica, el manejo médico y la atención por emergencia de estas patologías en el primer nivel de atención. Además, se realiza la notificación de alertas epidemiológicas de enfermedades como el dengue, reportándose 3 casos en nuestra jurisdicción.

Se presentan 2 casos clínicos.

Caso 1: paciente con iniciales LCAJ de 50 años. Acude a centro de salud acompañada de su hija.

Motivo de consulta: síncope, disnea.

Antecedentes personales: niega

Anamnesis: paciente ingresa a tópic de emergencia por presentar disminución del estado de conciencia, refiriendo fotopsias, dolor abdominal y sensación de falta de aire.

Examen físico:

- Temperatura: 36°C
- Presión arterial: 80/60
- Frecuencia respiratoria: 26 rpm
- Frecuencia cardiaca: 60 lpm
- Saturación: 92-94%
- Glasgow: 14/15
- Hemoglucotest: 262

Piel: fría, pálida, llenado capilar < 2 ''

Tórax y Pulmones: murmullo vesicular ligeramente disminuido en HTI, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de baja intensidad, no soplos

Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda.

Diagnóstico:

- Sospechoso COVID
- d/c cetoacidosis diabética

Caso 2: paciente de iniciales AUA de 76 años, acude a consulta refiriendo haber sido mordida en la pierna por un perro callejero hace 30 minutos.

- Peso: 60 Kg
- Talla: 1.50 cm
- Presión arterial: 110/70
- T°: 37

Antecedentes personales: niega

Examen físico: LOTEPE, AREG, BEH, BEN

-Piel: lesión de 4 cm de largo y 0.4 cm de profundidad, en región de pantorrilla derecha con excoriación y escaso sangrado.

-Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en AHT, no ruidos agregados.

- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Diagnóstico:

- Mordedura de perro
- Herida en pierna

4. Cirugía:

La atención de patologías quirúrgicas se realiza en el tópico del centro de salud, y referimos a centros de nivel III-1 a todas aquellas que necesiten un manejo más especializado. Lo más visto son heridas punzocortantes, abdomen agudo: apendicitis y colecistitis aguda, retiro de puntos, drenaje de abscesos y curación de heridas. En esta rotación se adquirió habilidades en el manejo de suturas (técnica de sutura y elección del material a utilizar); y manejo de abdomen agudo en el primer nivel de atención. Estos conocimientos son de gran importancia; ya que podemos reconocer las limitaciones que tenemos como centro de salud I-3 y ayudamos al paciente hasta donde las condiciones nos permiten y luego se le brinda información y consejería para que puedan asistir a centros de mayor complejidad y continuar su tratamiento. Además, se aprendió a realizar una buena historia clínica y examen físico, para poder identificar a los pacientes que requieren un manejo más especializado y a aquellos que pueden ser dados de alta posterior al tratamiento.

Caso 1: paciente con iniciales JLCP de 31 años, acude por emergencia al centro de salud.

Motivo de consulta: dolor en hipocondrio derecho

Antecedentes personales: apendicectomía hace 18 años

Anamnesis: paciente acude a centro de salud refiriendo dolor abdominal que se intensifica en hipocondrio derecho de intensidad 10/10 desde hace 2 horas. Además, refiere haber desayunado pollo a la brasa. Niega náuseas, vómitos e hiporexia.

Examen físico: LOTEPE, MEG, BEH, BEN

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| - Temperatura: 37.7°C | - Presión arterial: 110/70 |
| - Frecuencia respiratoria: 17 rpm | - Frecuencia cardiaca: 105 lpm |

- Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en HCD. Signo de Murphy (+).

Diagnóstico:

- Colecistitis aguda

Caso 2: paciente de iniciales CHV de 26 años acude por emergencia.

Motivo de consulta: herida cortante en mano derecha

Antecedentes personales: niega

Anamnesis: paciente refiere haber estado en casa trabajando con un vidrio de mesa cuando se cortó la palma de la mano.

Examen físico:

- Temperatura: 36.3 C

- Presión arterial: 90/60

-Frecuencia respiratoria: 16 rpm

- Frecuencia cardiaca: 72 lpm

- Piel: herida cortante en palma de mano derecha de aproximadamente 5 cm de largo y 0.3 cm de profundidad, sangrado regular.

Diagnóstico:

- Herida cortante en mano

Los conocimientos adquiridos en 6 años se pusieron en práctica y se reforzaron durante el internado. Pese a que no se pudo ver el manejo de patologías en centros hospitalarios en las rotaciones de pediatría, medicina y cirugía; es muy importante aprender el manejo en el primer nivel de atención; ya que muchas personas no tienen la oportunidad de acceder en primera instancia a centros especializados, por las diferentes deficiencias que presenta el sistema de salud en nuestro país y sobre todo ahora que atravesamos época de pandemia y muchos hospitales no pueden atender en todas las áreas.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado médico se realizó en dos establecimientos de salud:

1. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

Se reconoce al HONADOMANI San Bartolomé como establecimiento de categoría III-1 (Hospital altamente especializado) del tercer nivel de atención. Se ubica en la avenida Alfonso Ugarte 825 – Cercado de Lima. Brinda atención especializada para la salud sexual y reproductiva de la mujer, y la atención integral del feto, neonato, niño y adolescente. Es un establecimiento de atención recuperativa y de rehabilitación altamente especializada y de enfoque integral a sus poblaciones objetivo que procedan de cualquier lugar del ámbito nacional. Este establecimiento tiene como objetivo mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud; así como apoyar la formación y especialización de los recursos humanos, asignando el campo clínico y el personal para la docencia e investigación, a cargo de las Universidades e Instituciones educativas, según los convenios respectivos⁽³⁾.

Previo a la pandemia todos los servicios del hospital estaban funcionando, actualmente las consultas externas de Ginecología y Obstetricia se hacen en modalidad virtual, emergencia continúa atendiendo 24 horas y se hospitalizan a las pacientes que lo requieran. Las operaciones ginecológicas que requieran ser programadas no se están realizando. También se creó un espacio para el área COVID.

2. Centro de Salud Unidad Vecinal 3

Se reconoce al Centro de Salud UV3 como establecimiento de categoría I-3 del primer nivel de atención. Se ubica en Centro cívico UV3 - Cercado de Lima. Es responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional (21050 habitantes), a través de una atención médica integral ambulatoria con acciones de promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños y recuperación de problemas de salud. Tiene como objetivo disminuir la morbilidad y mortalidad de las enfermedades más prevalentes, severidad y el costo social que ellas representan. Los pacientes que necesiten atención hospitalaria altamente especializada son referidos al Hospital Nacional Arzobispo Loayza o al HONADOMANI San Bartolomé⁽⁴⁾.

Anterior a la pandemia, el centro de salud UV3 atendía en doble turno: mañana y tarde, actualmente solo se atiende por las mañanas y añadido a esto se cuenta con el área COVID para pacientes con sintomatología respiratoria, a la cual los internos no tienen acceso.

El escenario de la pandemia ha traído como consecuencia que los establecimientos de salud adopten nuevas medidas para la atención del paciente tanto en el primer nivel de atención como en el tercer nivel. La formación del interno de medicina se perjudicó, ya que el aprendizaje se vio limitado, al no tener acceso a rotaciones en centro de salud nivel III y por lo tanto no se pudo observar el manejo hospitalario especializado de patologías y sus complicaciones. Por otro lado, debido a que el centro de salud UV3 atiende a los sintomáticos respiratorios en área COVID, la práctica clínica de patologías respiratorias también se vio afectada. Adicionalmente las consultas externas de pediatría tampoco se llevaron a cabo, los pacientes solo asistían al programa de control de anemia y a recibir sus vacunas; por lo tanto, los conocimientos teóricos y prácticos de esta área no pudieron ser ampliados.

Aun cuando las circunstancias actuales no proporcionaron el mejor ambiente para ejecutar el internado médico, se sacó el máximo provecho a la rotación en un centro de salud de primer nivel, porque es aquí donde el médico trabaja por primera vez, ya culminados sus estudios.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

En el transcurso de cada rotación se vieron una gran variedad de patologías; no obstante, hay ciertos casos que llamaron la atención en cada una de ellas, como los descritos en el capítulo I. En todos tuvo que aplicarse los conocimientos obtenidos en los años de estudio, para poner a realizar un análisis y comparación con el manejo administrado en los establecimientos de salud.

El primer caso de ginecología es una placenta previa total, que es aquella patología en la que la placenta está implantada sobre o muy cerca del orificio cervical interno, debe sospecharse en toda paciente con más de 22 semanas de gestación que presente hemorragia indolora⁽⁵⁾. Esta paciente presentaba factores de riesgo para placenta previa: edad > 35 años, la presencia de miomas uterino (lo que condiciona a que la implantación de la placenta no sea el fondo uterino) y el tratamiento de infertilidad previo⁽⁶⁾. Dado que a la paciente se le encontró dinámica uterina procedieron a hospitalizarla en centro obstétrico e hidratarla con cloruro de sodio al 0.9% 500 cc a chorro. La hidratación se aplica como tratamiento en amenaza de parto pretérmino; ya que reduce las contracciones uterinas, aumentando el flujo sanguíneo uterino y disminuyendo la secreción hipofisaria de hormona antidiurética y oxitocina⁽⁷⁾. Además, las contracciones pueden causar separación de la placenta que conduce a mayor sangrado⁽⁸⁾. El objetivo con aquellas pacientes que se encuentran con estabilidad hemodinámica es prolongar la gestación para que el feto pueda alcanzar la máxima maduración, sin exponer a la madre a una hemorragia persistente o recurrente⁽⁹⁾; por ello se estuvo vigilando que no presente un sangrado mayor a 300 cc y se le solicitó una ecografía doppler

para descartar acretismo placentario. Asimismo la paciente tenía criterios para ser hospitalizada en la sala de alto riesgo obstétrico: episodio previo de sangrado y placenta previa total⁽¹⁰⁾; allí estuvo con control obstétrico estricto, en reposo relativo y vigilancia de sangrado. En su primera hospitalización a las 33 semanas la paciente recibió maduración sistémica: 2 dosis de betametasona 12 mg separadas por 24 horas intramuscular, considerando que se recomienda un solo curso de corticosteroides para mujeres embarazadas entre 24 semanas y 34 semanas de gestación que están en riesgo de parto dentro de los 7 días⁽¹¹⁾. El diagnóstico de placenta previa se realiza por ecografía transvaginal o transabdominal, la clasificación actual de las variedades incluye: verdadera placenta previa: el orificio cervical interno está cubierto por tejido placentario; y de baja implantación: borde placentario dentro de los 2 cm del intervalo cervical interno, pero no lo cubre. Si el diagnóstico de placenta previa se realiza en el segundo trimestre, la ecografía debe repetirse en el tercer trimestre a las 32 semanas⁽¹²⁾ (ANEXO 1).

El segundo caso clínico se trata de una paciente con ruptura prematura de membranas (RPM) pretérmino. La RPM ocurre espontáneamente antes de que inicie la labor de parto y se denomina pretérmino cuando ocurre entre las 24 y 33 6/7 semanas como el caso de la paciente que tenía 24 semanas de edad gestacional⁽¹³⁾. El diagnóstico de la RPM se basa en la presentación clínica y el examen físico: gestante con antecedente de pérdida de líquido que a la especuloscopia se evidencia salida de líquido amniótico espontánea o a la maniobra de Valsalva. También se puede utilizar algunos test de laboratorio como el test de Fern que se usó en este caso, que consiste en tomar una muestra del fondo de saco posterior, se la coloca en la lámina porta objetos, se la deja secar y se observa en el microscopio: el líquido amniótico produce un patrón de helecho delicado, en contraste con el patrón de arborización grueso y ancho del moco cervical seco⁽¹⁴⁾ (ANEXO 2). Existen varios factores que aceleran el proceso de debilitamiento de las membranas, aumentando la producción de citoquinas; siendo las infecciones urogenitales (por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Trichomonas vaginalis*) y la colonización vaginal por estreptococo beta hemolítico del grupo B las causas más frecuentes⁽¹³⁾. Por ello a esta paciente se le administró: ampicilina 2 g

endovenoso STAT y luego 1 g endovenoso cada 6 horas y eritromicina 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días; ya que la antibioticoterapia de amplio espectro prolonga el embarazo y reduce infecciones maternas y neonatales⁽¹⁵⁾. En este caso también se inició maduración sistémica con dos dosis de betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas; ya que, se ha demostrado en múltiples ensayos clínicos que reducen la mortalidad neonatal, el síndrome de distrés respiratorio, la hemorragia ventricular y la enterocolitis necrotizante ^(16,17). La paciente se hospitalizó con reposo absoluto y vigilancia de signos de corioamnionitis, además se solicitó ecografía obstétrica para descartar oligohidramnios. El manejo del RPM depende de la edad gestacional de la paciente, por lo tanto, es personalizado (ANEXO 3).

En el HONADOMANI San Bartolomé realizan el manejo de las pacientes, basados en las guías del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia.

El primer caso de pediatría se trata de una anemia leve. Según la “NT de salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas”⁽¹⁸⁾; el inicio de la suplementación con hierro se empieza en el cuarto mes de vida hasta el sexto mes. El primer dosaje de hemoglobina para descartar anemia en niños se realiza a los 6 meses de edad y luego cada 6 meses hasta los 2 años; a partir de los 2 años se realiza el dosaje anual. Aquellos pacientes que no se realizaron el primer dosaje a los 6 meses, pueden hacerlo en el segundo control. Este control se lleva a cabo, ya que muchos niños con anemia pueden estar asintomáticos y cuando presentan síntomas, estos son muy variados: sueño incrementado, astenia, baja ganancia ponderal, piel y mucosas pálidas, pica, queilitis angular, estomatitis, alteraciones inmunológicas y neurológicas.

Para realizar el diagnóstico de anemia, el MINSA utiliza los criterios establecidos por la OMS, según el grupo de edad: se considera anemia a un valor de hemoglobina ≤ 13.5 en el menor de 2 meses, < 9.5 en niños entre 2 y 6 meses cumplidos, < 11 en niños entre los 6 meses y 5 años, y < 11.5 en niños de 5 a 11 años (ANEXO 4).

Para la suplementación preventiva y terapéutica se debe tener en cuenta el contenido de hierro elemental según el producto farmacéutico, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla N° 5
Contenido de Hierro elemental de los productos farmacéuticos existentes en PNUME

PRESENTACION	PRODUCTO	CONTENIDO DE HIERRO ELEMENTAL
GOTAS	Sulfato Ferroso	1 gota = 1,25 mg Hierro elemental
	Complejo Polimaltosado Férrico	1 gota = 2,5 mg Hierro elemental
JARABE	Sulfato Ferroso	1 ml = 3 mg de Hierro elemental.
	Complejo Polimaltosado Férrico	1 ml = 10 mg de Hierro elemental.
TABLETAS	Sulfato Ferroso	60 mg de Hierro elemental
	Polimaltosado	100 mg de Hierro elemental
POLVO	Micronutrientes	Hierro (12,5 mg Hierro elemental) Zinc (5 mg) Ácido fólico (160 ug) Vitamina A (300 ug Retinol Equivalente) Vitamina C (30 mg)

Fuente: NTS N° 134-MINSA/2017/DGIESP

Y se sigue el siguiente protocolo:

Suplementación:

- Se da en una sola toma diaria.
- Si se presentan efectos adversos, se puede fraccionar la dosis hasta en 2 tomas.
- Se administra 1 o 2 horas después de las comidas.
- Si hay estreñimiento, se debe consumir alimentos como frutas, verduras y tomando más agua.

La suplementación preventiva se debe realizar de la siguiente manera:

Tabla N° 6:
Suplementación Preventiva con Hierro o Micronutrientes o Multivitamínico en solución para niños(as) menores de 36 meses

CONDICIÓN DEL NIÑO	EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS (Via oral)	PRODUCTO A UTILIZAR	DURACIÓN
Niños con bajo peso al nacer y/o prematuros	Desde los 30 días hasta los 6 meses de edad	2 mg/kg/día	Gotas Sulfato Ferroso o Gotas Complejo Polimaltosado Férrico	Consumo diario hasta los 6 meses cumplidos
	Desde los 6 hasta los 23 meses de edad	10 - 12,5 mg de hierro elemental	Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado Férrico.	Consumo diario durante 6 meses.
		1 sobre diario	Micronutrientes: Sobre de 1 gramo en polvo	Consumo diario hasta que complete el consumo de 180 sobres
		1 toma diaria *	Multivitamínico en solución	Consumo diario durante 6 meses

Niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer	Desde los 4 hasta los 6 meses de edad	2 mg/kg/día	Gotas Sulfato Ferroso o Gotas Complejo Polimaltosado Férrico	Consumo diario hasta los 6 meses
		1 toma diaria *	Multivitámico en solución	Consumo diario hasta los 6 meses
	Desde los 6 hasta los 23 meses de edad	10 - 12.5 mg de hierro elemental	Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado Férrico.	Consumo diario durante 6 meses.
		1 sobre diario	Micronutrientes: Sobre de 1 gramo en polvo	Consumo diario hasta que complete el consumo de 180 sobres
		1 toma diaria *	Multivitámico en solución	Consumo diario durante 6 meses
	Desde los 24 hasta los 35 meses de edad	1 sobre diario	Micronutrientes: Sobre de 1 gramo en polvo	Consumo diario hasta que complete el consumo de 180 sobres
		30 mg de hierro elemental.	Jarabe Sulfato Ferroso o Jarabe Complejo Polimaltosado Férrico	Consumo diario durante 6 meses.

Fuente: NTS N° 229-MINSA/2020/DGIESP

Tabla N° 6-A:

Suplementación preventiva con Hierro o Micronutrientes para niños(as) de 36 a 59 meses

CONDICIÓN DEL NIÑO	EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS (Via oral)	PRODUCTO A UTILIZAR	DURACIÓN
Niños nacidos a término con adecuado peso al nacer.	De 36 a 59 meses	1 sobre	Micronutrientes en polvo: Sobre de 1 gramo que contienen 12,5 mg de hierro elemental.	Interdiario (3 veces por semana). 6 meses hasta que complete el consumo de 90 sobres.
		2.8 ml	Jarabe de Sulfato Ferroso (1ml=3 mg de Hierro elemental)	3 meses si y 3 meses no, de forma que la administración se reinicia cada 6 meses.
		2.5 ml	Jarabe de Complejo polimaltosado férrico (1 ml=10 mg de Hierro) elemental	Interdiario (3 veces por semana). 3 meses si y 3 meses no, de forma que la administración se reinicia cada 6 meses. 1 vez por semana.

Fuente: NTS N° 229-MINSA/2020/DGIESP

Tratamiento de anemia:

- Se realiza con dosis diarias durante 6 meses continuos.
- Los niveles de hemoglobina deben elevarse entre el diagnóstico y el primer control, de no ser así, se debe derivar a un centro especializado.

- Cuando los niveles de hemoglobina han alcanzado un valor en rango normal, el paciente debe continuar su tratamiento.

El tratamiento de anemia se debe realizar de la siguiente manera:

Tabla N° 7
Tratamiento con hierro para niños prematuros y/o con bajo peso al nacer menores de 6 meses de edad con anemia^(13, 42).

CONDICIÓN	EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS ² (Vía oral)	PRODUCTO	DURACIÓN	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Niño prematuro y/o con bajo peso al nacer	Desde 30 días de edad	4 mg/Kg/día	Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas de Complejo Polimaltosado Férrico	Durante 6 meses continuos.	A los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento

Fuente: NTS N° 134-MINSA/2017/DGIESP

Tabla N° 8
Tratamiento con hierro para niños nacidos a término y/o con buen peso al nacer menores de 6 meses con anemia

CONDICIÓN	EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS ³ (Vía oral)	PRODUCTO	DURACIÓN	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Niño a término y con adecuado peso al nacer	Cuando se diagnostique anemia (a los 4 meses o en el control)	3 mg/Kg/día Máxima dosis 40 mg/día	Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas de Complejo Polimaltosado Férrico	Durante 6 meses continuos.	Al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento.

Fuente: NTS N° 134-MINSA/2017/DGIESP

Tabla N° 9
Tratamiento con hierro para niños de 6 meses a 11 años de edad con anemia leve o moderada

EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS ⁴ (Vía oral)	PRODUCTO	DURACIÓN	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Niños de 6 a 35 meses de edad	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 70 mg/día (2)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas de Complejo Polimaltosado Férrico	Durante 6 meses continuos	Al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento
Niños de 3 a 5 años de edad	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 90 mg/día (3)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico		
Niños de 5 a 11 años	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 120 mg/día (4)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico 1 tableta de Sulfato ferroso o 1 tableta de Polimaltosado		

Fuente: NTS N° 134-MINSA/2017/DGIESP

Asimismo, pueden manifestarse efectos adversos o colaterales por el uso de suplementos de hierro, dependiendo de cuál sea:

- Sulfato ferroso: rechazo a la ingesta, náuseas, vómitos, constipación, diarrea, dolor abdominal, lo que muchas veces perjudica la adherencia al tratamiento.

- Hierro Polimaltosado: en condiciones fisiológicas es estable y su interacción con otros componentes de la dieta son menores que con el sulfato ferroso.

Las madres reciben consejería para que sepan administrar de manera correcta el suplemento a los niños, y se obtenga el máximo beneficio. El paciente del caso clínico pesa 8 kilos, y nació a término con buen peso al nacer; por lo que le corresponde una dosis de 10 gotas de hierro polimaltosado. (ANEXO 5)

El segundo caso es una patología muy común en infantes y en lactantes. La dermatitis del pañal es una inflamación de la piel en el área del pañal y es causada por una sobrehidratación de la piel y el contacto prolongado con la orina y las heces⁽¹⁹⁾; también existen otras causas como la candidiasis, seborrea, infecciones bacterianas y alergias⁽²⁰⁾. Suele presentarse en aquellos niños a quienes no se les cambia el pañal seguido o tienen diarreas crónicas; además se ha observado una mayor incidencia en aquellos que toman fórmula comparado con los que toman leche materna, y en aquellos que reciben terapia antibiótica; ya que, los predispone a desarrollar diarrea⁽²¹⁾. En el caso de este paciente, la madre refiere que deja al niño al cuidado de su sobrina, probablemente los cambios de pañal no son los adecuados y esto ha llevado al niño a desarrollar esta condición. El diagnóstico es clínico y se basa en las características y localización de las lesiones; son pápulas eritematosas, descamativas, algunas veces se acompañan de fisuras y erosiones, que involucra las superficies convexas de las nalgas y el área genital⁽¹⁹⁾, como es el caso de este paciente (ANEXO 6). El tratamiento de esta patología se basa en la educación a los padres o cuidadores del niño, para el cuidado de la piel: cambio de pañal, limpieza, exposición al aire y elección del pañal. Junto con esto se pueden usar corticoides tópicos de baja potencia que reduzcan la inflamación: hidrocortisona o betametasona tópica⁽²¹⁾.

La mayoría de las patologías del área de medicina se atendieron por consultorio externo, sin embargo, en el primer caso atendimos a una paciente por emergencia como un posible caso de cetoacidosis diabética. Esta condición es muy seria ya que puede llevar a un estado de coma e incluso la

muerte, y se produce cuando el cuerpo no produce suficiente insulina para poder utilizar la glucosa; llevando así a obtener energía de las grasas, produciendo cetonas y haciendo ácida a la sangre⁽²²⁾; por ello es importante el tratamiento oportuno de los pacientes que lo presenten. La presentación clínica evoluciona de manera rápida y vamos a encontrar alteraciones del sensorio, dolor abdominal, hiperventilación; como presentó la paciente, entre otros hallazgos tenemos piel seca, llenado capilar > 2'', taquicardia y en casos severos hipotensión⁽²³⁾. Por el nivel de saturación que presentaba la paciente y los hallazgos al examen físico en el hemitórax izquierdo, y dado que estamos en pandemia, se sospechó además de la posibilidad de una infección por COVID-19; además, los precipitantes más frecuentes de la cetoacidosis diabética son: la falta o inadecuada administración de insulina y las infecciones⁽²⁴⁾; una neumonía pudo desencadenar este cuadro. Cuando sospechamos de un cuadro de cetoacidosis diabética, se refiere a un centro de nivel III-1, ya que en un centro nivel I-3 no se cuentan con los recursos para el manejo adecuado: se deben solicitar exámenes de laboratorio: glucosa sérica, cetonas en sangre y orina, análisis de gases arteriales, potasio sérico. Luego se deben administrar fluidos e insulina endovenosa (ANEXO 7). A esta paciente se le administró cloruro de sodio 0.9% intravenoso: 400 cc a chorro y luego 45 gotas por minuto como manejo inicial, también se le realizó una prueba antigénica para COVID-19, y finalmente se la refirió al Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

El segundo caso es de una mordedura de perro. Las mordeduras de perros representan el 90% de las mordeduras animales y se consideran heridas sucias, ya que los patógenos involucrados incluyen la flora oral canina (*Pasteurella* spp) y la flora de la piel humana (estafilococo y estreptococos)⁽²⁵⁾. Por otro lado, se debe tener en cuenta que el animal no esté infectado con el virus de la rabia, que se encuentra presente en su saliva, lo cual pone en gran riesgo al ser humano. Según la "NTS N°131 para vigilancia, prevención y control de rabia humana en el Perú"⁽²⁶⁾, ante una mordedura canina se debe proceder de la siguiente manera:

- 1) Atención de la herida: lavado de la herida por 10 minutos con agua, jabón y yodopovidona. Se recomienda suturar si la herida se encuentra

- en cara y cabeza. Aplicar la vacuna antitetánica de acuerdo al estado vacunal de cada paciente, indicar vacuna antirrábica de ser necesaria.
- 2) Clasificar la exposición: exposición sin riesgo (no hay contacto directo con la saliva del animal), exposición leve (lesiones únicas y superficiales) y exposición grave (lesiones en cara, cabeza, cuello, genitales, pulpejos de dedos y pies, mordeduras profundas o múltiples).
 - 3) Definir la exposición: localización, profundidad, extensión y número de heridas.
 - 4) Profilaxis antirrábica: la inmunización se realiza cumpliendo los criterios de la OMS y según lo establecido en la norma técnica (ANEXO 8).

En el esquema de vacunación post exposición se administran 5 dosis los días 0, 3, 7, 14, 21 y 28 por vía intramuscular en la región deltoidea.

Y se recomienda antibioterapia de manera profiláctica con amoxicilina más ácido clavulánico de 800/125 mg cada 8 horas por 7 días, ya que es de amplio espectro y cubre la flora oral del animal y la flora de la piel del humano⁽²⁵⁾. En esta paciente, primero se le realizó la curación de la herida, se puso en práctica el esquema de vacunación post exposición, ya que, el perro era callejero y no se le podía realizar el seguimiento, se le colocó la vacuna antitetánica porque refirió no haber sido vacunada y fue dada de alta con la antibioticoterapia indicada.

Las patologías quirúrgicas observadas en un centro de salud I-3, son referidas a centros nivel III-1, porque necesitan un manejo especializado. El primer caso expuesto en el capítulo I, sospechamos de una colecistitis aguda; que se refiere a la inflamación de la vesícula biliar, debida mayormente a la presencia de cálculos que obstruyen el conducto cístico y el diagnóstico se basa en la presentación clínica y en los exámenes de laboratorio y debe diferenciarse siempre de un cólico biliar⁽²⁷⁾. Para hablar de una colecistitis aguda tiene que estar presente el dolor en el cuadrante superior derecho, fiebre y leucocitosis, asociado con la inflamación de la vesícula biliar. El dolor suele ser constante y severo y tiene una duración de 4-6 horas, además suele irradiarse al hombro o espalda, a veces se acompaña de náuseas, vómitos y anorexia y suele presentarse después de haber ingerido una comida alta en grasas. Esta

paciente tiene una presentación clínica típica de una colecistitis aguda, sin embargo, se necesita realizar una ecografía y hemograma para confirmar la sospecha diagnóstica. Al examen físico suele encontrarse signo de Murphy positivo, como el caso de esta paciente ⁽²⁸⁾. En el examen ecográfico vamos a encontrar una vesícula distendida con la pared edematizada y presencia de cálculos, como se muestra en la imagen⁽²⁷⁾:



Ultrasonido (modo B) hallazgos en colecistitis aguda

Los pacientes diagnosticados con colecistitis aguda deben ser trasladados al hospital, en el centro de salud esta paciente recibió terapia de soporte con hidratación con cloruro de sodio 0.9% 30 gotas por minuto, y analgesia intravenosa con hioscina 20 mg y metamizol 1 g en 100 cc de cloruro de sodio; y luego se la refirió al Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

La terapia inicial de la colecistitis aguda se basa en: hidratación endovenosa, corrección de las anomalías electrolíticas; control de dolor que se logra con AINES y en casos de alergia con opioides; y antibioticoterapia, que se administra de manera profiláctica para evitar sepsis e infección de la herida, por lo que debe continuarse hasta que la vesícula haya sido removida y el proceso de colecistitis se resuelva. El régimen antibiótico se decide de acuerdo con la categoría de riesgo de cada paciente: en aquellos de bajo riesgo se recomienda ertapenem o piperacilina-tazobactam, y en aquellos de alto riesgo, imipenem-cilastatina, meropenem o piperacilina-tazobactam. El tratamiento definitivo es quirúrgico⁽²⁹⁾.

Los accidentes cortantes y punzocortantes se atienden con frecuencia en el centro de salud UV3. Cuando nos llegan este tipo de casos, como el paciente del caso 2; primero se tiene que realizar el lavado de la herida con abundante agua y jabón, además se recomienda usar algún antiséptico (yodopovidona o clorhexidina) (ANEXO 9). Luego se detiene la hemorragia haciendo presión con un apósito y se procede a realizar la sutura⁽³⁰⁾. Para escoger el material de sutura, tenemos que evaluar lo siguiente:

- Calibre: que se refiere al diámetro del hilo es representado en una serie de números arábigos que son el cero (0) y cualquier otro número mayor a cero (ej.: 2/0, 3/0, 4/0. . .), entre mayor sea el primer número más delgado es el hilo. Por esta razón, para suturar la piel del cuero cabelludo y plantas de los pies se prefiere 2/0, para suturar rostro 5/0 y para otra parte del cuerpo 3/0.
- Reacción inflamatoria: Es la reacción del organismo ante el material de sutura. El nylon suele producir menor reacción a cuerpo extraño a comparación de la seda, algodón y lino.
- Fuerza tensil: característica que le permite a la sutura soportar las fuerzas que se ejercen en el proceso de cicatrización⁽³¹⁾.

La antibioterapia se recomienda en heridas con alto riesgo de infectarse: heridas contaminadas, heridas penetrantes, laceraciones mayores de 5 cm y sitios anatómicos de alto riesgo como mano o pie⁽³²⁾. La profilaxis antibiótica recomendada es con penicilina o cefalosporinas de primera generación⁽³³⁾. A este paciente se le realizó el lavado de la herida, sutura con nylon 3/0 y fue dado de alta con antibioticoterapia dicloxacilina 500 mg cada 6 horas por 5 días y analgesia con diclofenaco 50 mg cada 12 horas por 3 días.

El manejo de cada paciente ya sea en el primer nivel o tercer nivel de atención, debe ser individualizado y se basa en guías clínicas establecidas y en lo que recomienda la evidencia; pero finalmente es el médico quien a su criterio y experiencia establece el tratamiento más adecuado, aplicando su razonamiento y ética profesional.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El año de internado, equivalente a las prácticas preprofesionales de otras carreras, es uno de los mayores retos para los estudiantes de medicina. Durante el mismo, el principal objetivo como futuros médicos es plasmar los conocimientos aprendidos en los años de formación en ciencias básicas y clínica, en la mayor cantidad de competencias a nivel práctico y teórico. Teniendo esto como premisa, a lo largo del tiempo, los establecimientos de tercer nivel con mayor capacidad resolutive y de referencia, fueron y son hasta ahora considerados el mejor lugar para poder alcanzar dicho objetivo.

Durante el año 2020, se logró culminar casi a cabalidad con la primera rotación en las sedes hospitalarias establecidas, donde se conoció la realidad de nuestro sistema de salud, que tiene carencias y aciertos. Se pudo ser parte del día a día del trabajo en un hospital y junto con los médicos residentes y asistentes de guardia, los internos fueron parte de la primera línea en cada turno. Lamentablemente esto se vio sumamente afectado por una nueva amenaza de gran magnitud para el sistema de salud, que no estuvo preparado para tal reto. La llegada del Sars-Cov2 a nuestro país con el primer caso reportado el día 6 de marzo del último año de la carrera y su crecimiento exponencial en los días siguientes, alejaron de manera indefinida la posibilidad de desenvolverse en el campo hospitalario a quince días de finalizar la primera rotación.

Se pasaron muchos meses alejados de las prácticas que día a día aumentaban los conocimientos, una pérdida que afectó mucho al interno. Pese a que en todo momento se recibió preparación teórica por parte de la universidad, hacía falta estar en aquellas sedes en las cuales se había iniciado este nuevo capítulo de la carrera. Aún con fecha indefinida de retorno a las

prácticas y muchos internos afectados por la pandemia a causa de la COVID 19 el futuro parecía incierto.

Sin embargo, gracias a una pronta gestión se obtuvo el retorno de los internos de medicina a las prácticas en establecimientos de salud. Ante la situación que nuestro país experimentaba, esto se llevó a cabo de manera paulatina, con aforos reducidos, y garantizando los equipos de protección personal necesarios para desempeñar la labor en áreas con menor exposición a los pacientes afectados con COVID 19. Ante el creciente número de contagios y casos positivos en nuestro país, se planteó la opción de culminar el internado en establecimientos de primer nivel de las diversas DIRIS de nuestra ciudad.

Fue en el centro de salud Unidad Vecinal N°3 donde se pudo concluir con éxito las practicas. En el día a día de esta nueva etapa se logró compenetrar mucho más con la realidad del primer nivel de atención de salud. Si en las sedes hospitalarias las carencias eran evidentes y el sistema de salud no era del todo eficiente, durante las rotaciones realizadas en este centro de salud se pudo observar de una manera más objetiva nuestra realidad, la cual en algunos meses se tendrá que afrontar como médicos serumistas. A pesar de esto, los profesionales que nos rodearon en todo momento y su calidad humana fueron de ayuda e inspiración. Fue importante ser parte de diversas campañas de salud y poder contribuir de manera exitosa con el cumplimiento de muchas metas del establecimiento, asimismo ser parte del equipo de lucha contra la anemia infantil y participar en programas para pacientes con TBC y adultos mayores fueron experiencias enriquecedoras.

Para finalizar esta reflexión crítica cabe resaltar que, pese a las múltiples dificultades, tanto internos como directivos de la universidad pusieron lo mejor de sí y se pudo concluir el internado, lo cual permite recopilar experiencias gratificantes para la formación como futuro médico cirujano.

CONCLUSIONES

- El internado médico tiene como finalidad lograr que los estudiantes de medicina adquieran habilidades y destrezas a nivel práctico y teórico para su futuro.
- Las rotaciones en los establecimientos de salud nivel III, le permiten al interno conocer una variedad de patologías, logrando el máximo aprendizaje.
- Es importante conocer el manejo de patologías comunes en el primer nivel de atención, ya que muchas personas no tienen acceso al tercer nivel por diversas razones.
- El médico tanto en el primer nivel como en el tercer nivel de atención debe orientar su tratamiento en las guías ya establecidas, basándose en su criterio y experiencia.
- La pandemia mundial debido al COVID-19, redujo las horas de prácticas de los internos, y limitó su aprendizaje durante el año de internado.

RECOMENDACIONES

A pesar de que en el primer nivel de atención existen deficiencias y limitaciones para la preparación adecuada del interno de medicina, esta pandemia ha sacado a luz la importancia de la atención en este nivel, además una vez graduados, los médicos trabajarán ahí; por ello se recomienda que el internado médico debería darse en el primer y tercer nivel de atención en conjunto; para explotar al máximo los conocimientos aprendidos en los 6 años de estudio y para que puedan adquirir el máximo de competencias y desempeñen la mejor labor en el SERUMS.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Misión - Visión [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.sanbartolome.gob.pe/index.php/institucion/mision-vision>
2. Sacristán JA, Millán J. El médico frente a la COVID-19: lecciones de una pandemia. Educ Médica. julio de 2020;21(4):265-71.
3. Bartolome HS. ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD. :250.
4. MINSA, DIRIS CENTRO. Análisis Situacional de Salud 2019- Centro de Salud Unidad Vecinal N° 3. 2019.
5. Lockwood CJ, Russo-Stieglitz K. Placenta previa: Epidemiology, clinical features, diagnosis, morbidity and mortality. Morb Mortal. marzo de 2021;24.
6. Placenta previa - Symptoms and causes - Mayo Clinic [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/placenta-previa/symptoms-causes/syc-20352768>
7. Hydration for treatment of preterm labour - PubMed [Internet]. [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12076470/#:~:text=Background%3A%20Hydration%20has%20been%20proposed,of%20antidiuretic%20hormone%20and%20oxytocin.>
8. Stafford IA, Dashe JS, Shivvers SA, Alexander JM, McIntire DD, Leveno KJ. Ultrasonographic Cervical Length and Risk of Hemorrhage in Pregnancies With Placenta Previa. 2010;116(3):6.

9. Lockwood CJ, Russo-Stieglitz K. Placenta previa: Management. UpToDate. febrero de 2020;30.
10. Jain V, Bos H, Bujold E. Guideline No. 402: Diagnosis and Management of Placenta Previa. J Obstet Gynaecol Can. julio de 2020;42(7):906-917.e1.
11. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number 47, October 2003: Prophylactic Antibiotics in Labor and Delivery. Obstet Gynecol. octubre de 2003;102(4):875-82.
12. Gabbe SG. Antepartum and Postpartum Hemorrhage. En: Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. 7.^a ed. ELSEVIER; p. 400-2.
13. Gabbe SG. Premature Rupture of Membranes. En: Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. 7.^a ed. ELSEVIER; p. 647-8.
14. Duff P. Preterm prelabor rupture of membranes: Clinical manifestations and diagnosis. UpToDate. mayo de 2020;25.
15. Prelabor Rupture of Membranes: ACOG Practice Bulletin, Number... : Obstetrics & Gynecology [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en:
https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2020/03000/Prelabor_Rupture_of_Membranes__ACOG_Practice.47.aspx
16. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth - PubMed [Internet]. [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28321847/>
17. American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric Care consensus No. 6: Periviable Birth. Obstet Gynecol. octubre de 2017;130(4):e187-99.
18. Ministerio de Salud. Norma Técnica - Manejo Terapéutico y Preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. 2017.

19. Diaper Dermatitis (Diaper Rash): Background, Pathophysiology, Etiology of Diaper Dermatitis [Internet]. Mescap. 2020 [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/911985-overview>
20. Diaper Dermatitis [Internet]. Johns Hopkins Medicine. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/diaper-dermatitis>
21. Diaper dermatitis - UpToDate [Internet]. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/diaper-dermatitis?search=diaper%20rash&usage_type=default&source=search_result&selectedTitle=1~104&display_rank=1
22. DKA (Ketoacidosis) & Ketones | ADA [Internet]. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.diabetes.org/diabetes/complications/dka-ketoacidosis-ketones>
23. Hirsch IB, Emmett M. Diabetic ketoacidosis and hyperosmolar hyperglycemic state in adults: Clinical features, evaluation, and diagnosis. UpToDate. 29 de marzo de 2020;19.
24. Nyenwe EA, Kitabchi AE. The evolution of diabetic ketoacidosis: An update of its etiology, pathogenesis and management. Metabolism. abril de 2016;65(4):507-21.
25. Baddour LM, Harper M. Animal bites (dogs, cats, and other animals): Evaluation and management. Eval Manag. :35.
26. MINSA. Norma Técnica de Salud para la Vigilancia, Prevención y Control de la Rabia Humana en el Perú. 2017.
27. Indar AA, Beckingham IJ. Acute cholecystitis. BMJ. 21 de septiembre de 2002;325(7365):639-43.

28. Zakko SF, Afdhal NH. Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis. :31.
29. Vollmer CM, Zakko SF, Afdhal NH. Treatment of acute calculous cholecystitis. :42.
30. Esteva E. El tratamiento de las heridas. ELSEVIER. 2006;25:5.
31. Castro DMN, Pizarro DJP. Materiales-de-Sutura-de-eleccion. Rev Fac Med. 2018;12.
32. World Health Organization. Prevention and management of wound infection. Guidance from WHO's Department of Violence and Injury Prevention and Disability and the Department of Essential Health Technologies; 2014.
33. Del Fresno Asensio A. TRATAMIENTO DE URGENCIA DE LAS HERIDAS INFECTADAS Y DE LOS ABCESOS DE PARTES BLANDAS. Hospital Virgen de la Victoria; 2016.

ANEXOS

1. Ultrasonido en placenta de inserción baja

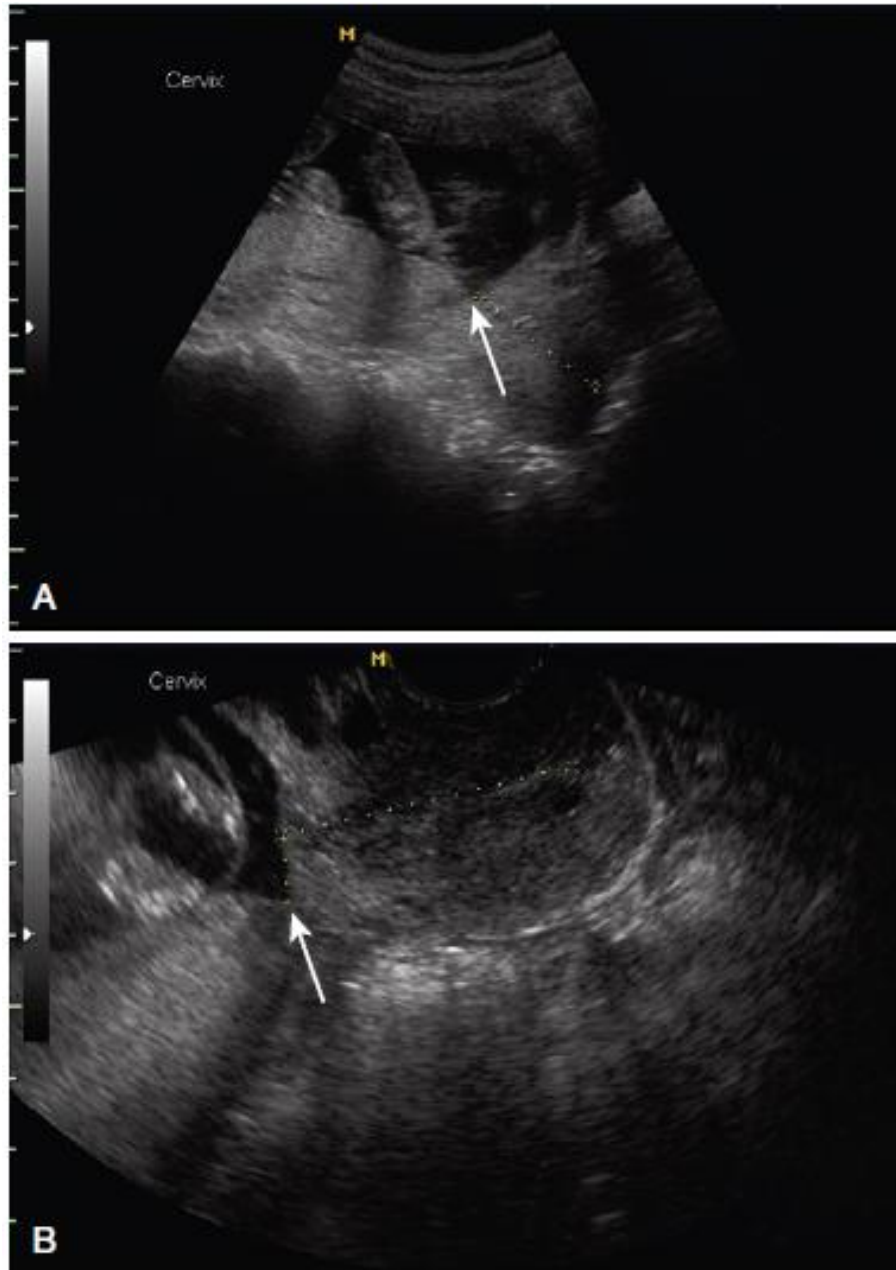
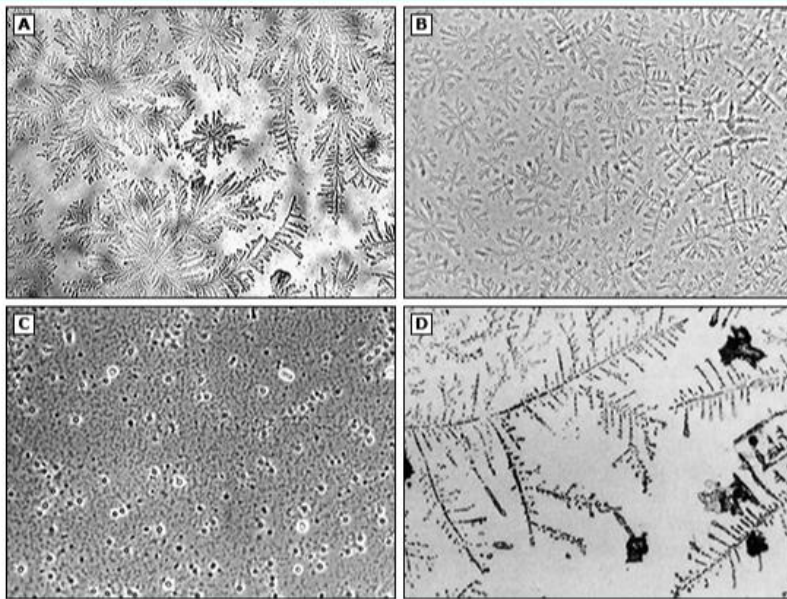


FIG 18-4 Transabdominal and transvaginal ultrasounds of low-lying placenta. Arrows identify the placental edge. (Courtesy K. Francois.)

2. Evaluación microscópica de líquido amniótico

Ferning of amniotic fluid

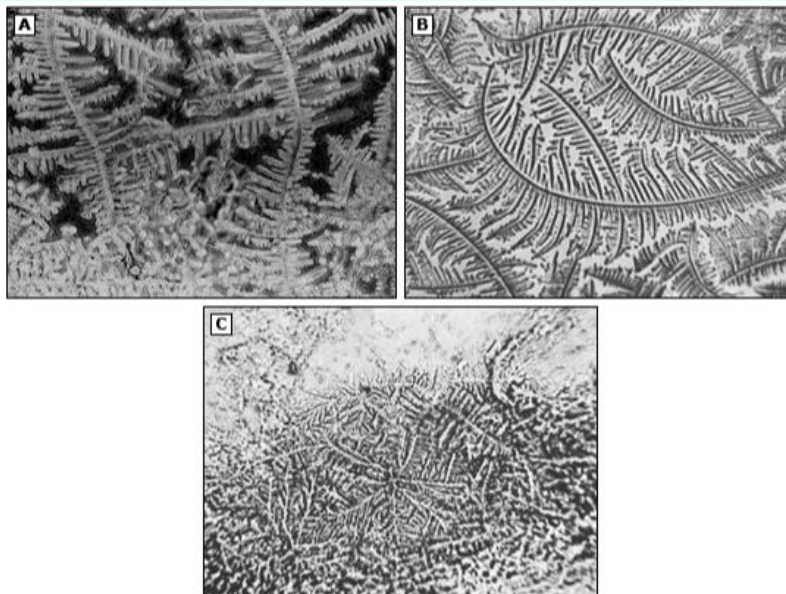


(A) Typical ferning pattern of dried amniotic fluid (400).

(B, C) Urine and amniotic fluid can be distinguished by microscopic examination of a droplet of the fluid spread and dried on a microscope slide. The proteins in amniotic fluid give the appearance of ferning (B) that is not observed with urine (C).

(D) Ferning pattern from amniotic fluid.

Ferning of cervical mucus



(A) Ferning of cervical mucus.

(B) A ferning pattern of cervical mucus occurs with high estrogen levels.

(C) Incomplete ferning during secretory phase of cycle.

3. Algoritmo terapéutico en ruptura prematura de membranas

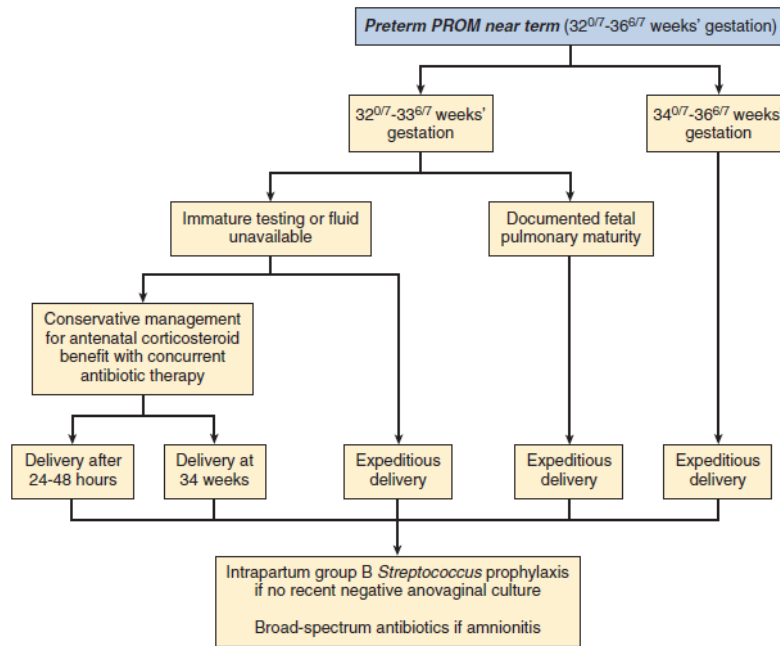


FIG 30-2 Management algorithm for preterm premature rupture of the membranes (PROM) near term (32 to 36 weeks' gestation). (From Mercer BM: Preterm premature rupture of the membranes: diagnosis and management. *Clin Perinatol.* 2004;31:765.)

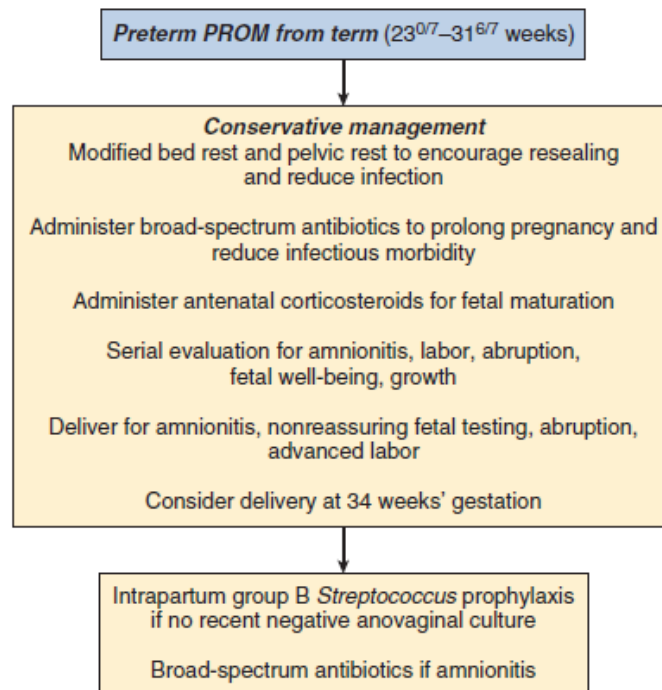


FIG 30-3 Management algorithm for preterm premature rupture of the membranes (PROM) remote from term (23 to 31 weeks' gestation). (From Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes: diagnosis and management. *Clin Perinatol.* 2004;31:765.)

4. Valores de hemoglobina según grupo etario

Tabla N° 3
Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas (hasta 1,000 msnm)

Población	Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (g/dL)			Sin anemia según niveles de Hemoglobina
	Severa	Moderada	Leve	
Niños				
Niños Prematuros				
1ª semana de vida		≤ 13.0		>13.0
2ª a 4ta semana de vida		≤ 10.0		>10.0
5ª a 8va semana de vida		≤ 8.0		>8.0
Niños Nacidos a Término				
Menor de 2 meses		< 13.5		13.5-18.5
Niños de 2 a 6 meses cumplidos		< 9.5		9.5-13.5
Niños de 6 meses a 5 años cumplidos	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Niños de 5 a 11 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.4	≥ 11.5
Adolescentes				
Adolescentes Varones y Mujeres de 12 - 14 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Varones de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 12.9	≥ 13.0
Mujeres NO Gestantes de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Mujeres Gestantes y Puérperas				
Mujer Gestante de 15 años a más (*)	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Mujer Puérpera	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra. 2011 (26)

Fuente: OMS. 2001. El uso clínico de la sangre en Medicina General, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Cirugía y Anestesia, trauma y quemaduras. Ginebra (27)

(*) En el segundo trimestre del embarazo, entre la semana 13 y 28, el diagnóstico de anemia es cuando los valores de hemoglobina están por debajo de 10.5 g/dl

5. Tratamiento de anemia según peso corporal

ANEXO N° 5c
TRATAMIENTO DE ANEMIA SEGÚN PESO CORPORAL EN
NIÑOS NACIDOS A TÉRMINO Y CON BUEN PESO AL NACER

Peso del Niño o Niña (Kg)	Dosis Terapéutica: 3 mg/kg/día			
	SULFATO FERROSO		COMPLEJO POLIMALTOSADO FERRICO	
	Número de GOTAS	Número de cucharaditas de JARABE	Número de GOTAS	Número de cucharaditas de JARABE
4	10	1	5	
5	12	1	6	
6	14	1 ½	7	
7	17	1 ½	8	½
8	19	1 ½	10	½
9	21	1 ½	11	½
10	24	1 ½	12	½
11	26	2	13	½
12	29	2	14	¾
13	31	2	15	¾
14	34	3	17	¾
15	36	3	18	1
16	38	3	19	1
17	41	3	20	1
18		3 ½		1
19		3 ½		1
20		4		1
21		4 ½		1 ½
23		4 ½		1 ½
25		4 ½		1 ½
28		4 ½		2
32		6		2

6. Dermatitis del pañal

Diaper dermatitis



Limited erythema and scattered erythematous papules are present in the diaper area of this child with mild diaper dermatitis.

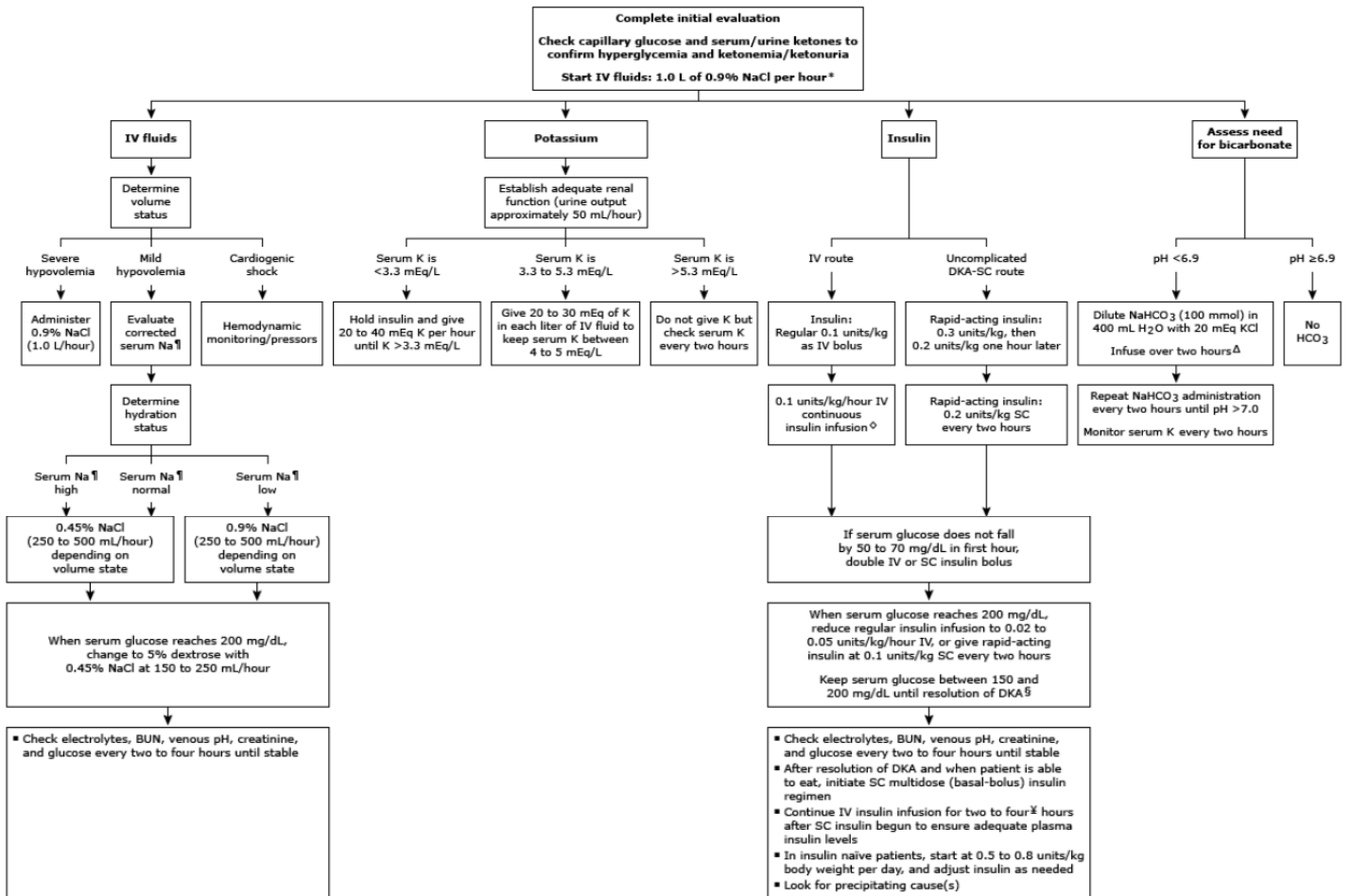
Irritant diaper dermatitis



Intense erythema and scaling with sparing of the skin fold are characteristic of irritant diaper dermatitis.

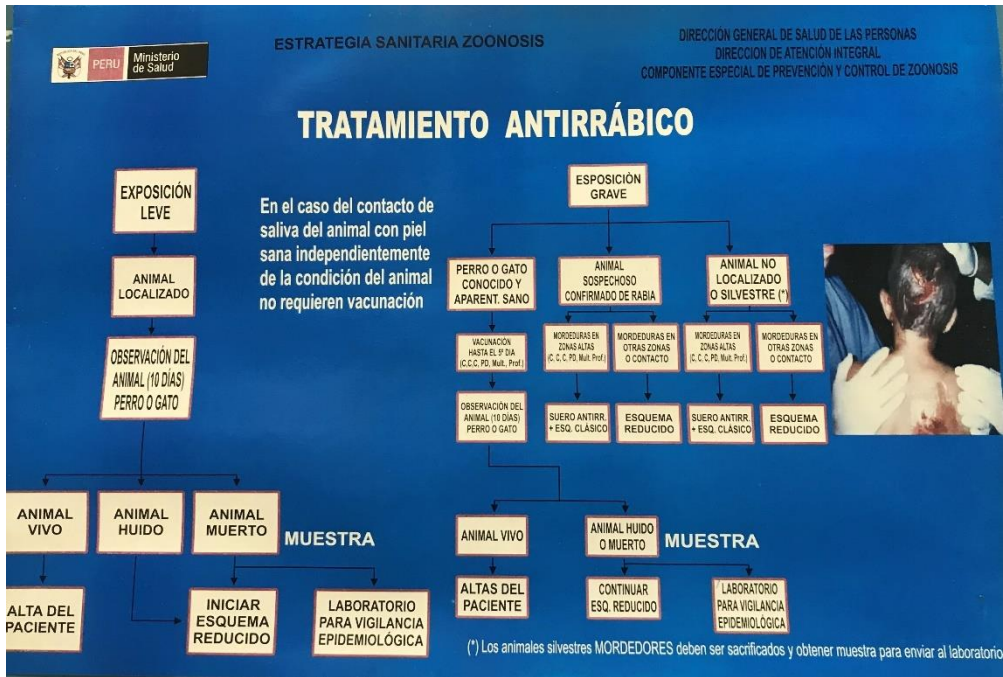
7. Algoritmo terapéutico de cetoacidosis diabética

Protocol for the management of adult patients with DKA



DKA diagnostic criteria: Serum glucose >250 mg/dL, arterial pH <7.3, serum bicarbonate <18 mEq/L, and at least moderate ketonuria or ketonemia. Normal laboratory values vary; check local lab normal ranges for all electrolytes.

8. Algoritmo terapéutico antirrábico



9. Antisépticos

Tabla 3. Características de los principales antisépticos

ANTISÉPTICO	ESPECTRO DE ACCIÓN	INICIO DE ACTIVIDAD	EFFECTO RESIDUAL	ACCION FRENTE A MATERIA ORGÁNICA	SEGURIDAD	TOXICIDAD	CONTRAINDICACIONES
Alcohol 70°	<ul style="list-style-type: none"> • Bacterias grampositivas • Bacterias gramnegativas • Virus 	2 min	Nulo	Inactivo	Inflamable	Irritante	Heridas abiertas
Clorhexidina	<ul style="list-style-type: none"> • Bacterias grampositivas • Bacterias gramnegativas • Esporas • Hongos • Virus 	15-30 s	6 h	Activo	Concentraciones > 4% pueden dañar el tejido	No tóxico	No se han descrito
Povidona yodada	<ul style="list-style-type: none"> • Bacterias grampositivas • Bacterias gramnegativas • Hongos • Virus 	3 min	3 h	Inactivo	Retrasa el crecimiento del tejido de granulación	<ul style="list-style-type: none"> • Irritación cutánea • Absorción del yodo a nivel sistémico 	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo • Neonatos (cordón umbilical) • Lactantes • Personas con alteraciones tiroidales
Peróxido de hidrógeno (1,5-3%)	<ul style="list-style-type: none"> • Bacterias grampositivas • Bacterias gramnegativas • Virus 	Inmediato	Nulo	Inactivo	Inactivo en presencia de aire y luz	Irritante en mucosas	<ul style="list-style-type: none"> • Peligro de lesionar tejidos en cavidades cerradas • Riesgo de embolia gaseosa
Mercurocromo	<ul style="list-style-type: none"> • Bacterias grampositivas y gramnegativas • Hongos 	Inmediato	Varios días por alta sustantividad (fijación)	Inactivo	No interfiere con el crecimiento del tejido de granulación de yodo	Incompatible con la aplicación	Hipersensibilidad a merbromina