



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

INTERNADO MEDICO EN EL HOPITAL DE CHANCAY EN EL PERIODO 2020 –
2021

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

PRESENTADA POR
ALMENDRA ERIKA TAPIA ORCADA
JHONNY HAYLOR GALLARDO REQUEJO

ASESOR
MG. JULIO CESAR LUQUE ESPINO

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

**INTERNADO MEDICO EN EL HOPITAL DE CHANCAY EN EL
PERIODO 2020 – 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

**ALMENDRA ERIKA TAPIA ORCADA
JHONNY HAYLOR GALLARDO REQUEJO**

**ASESOR
MG. JULIO CESAR LUQUE ESPINO**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: MG. José Villareal Palomino.

Miembro: Dr. Manuel Neyra Sotelo.

Miembro: M.E Alberto Cárdenas Venturo.

DEDICATORIA

A nuestros padres, Erika Orcada Garcia, Rosa Requejo Vasquez, Warner Gallardo Gago, dedico este trabajo con gran amor por el apoyo incondicional durante este proceso que fue tan largo, exhaustivo, por su apoyo en momentos difíciles quienes nos han enseñado a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis abuelos, Nelly Garcia y Willy Orcada que se han involucrado en este proceso tanto como yo, pues sin ellos no lo hubiera logrado, sus bendiciones diario a lo largo de mi vida me protege y me lleva por el camino del bien, con quien espero compartir muchos logros más.

A mi tía, Selvira Gallardo Gago dedico por su sacrificio, amor y trabajo en todos estos años, gracias a tu apoyo he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

Almendra Tapia Orcada

Jhonny Gallardo Requejo

AGRADECIMIENTO

Gracias a ustedes doctores del Hospital de Chancay, que dedicaron y sacrificaron su tiempo valioso para brindarme una enseñanza de calidad, desde el primer día del internado hasta el último día de aprendizaje para que pudiéramos cumplir nuestros sueños y metas, que, con sus conocimientos compartidos, bondad y paciencia inspiraron cada uno de nuestros días en este largo trayecto.

Gracias a Dios y a la vida por este nuevo triunfo y a todas las personas que creyeron en nosotros.

ÍNDICE

| | Págs. |
|---|--------------|
| Portada | i |
| Jurado | ii |
| Dedicatoria | iii |
| Agradecimiento | iv |
| Índice | v |
| Resumen | vi |
| Abstract | vii |
| INTRODUCCIÓN | viii |
| CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL | 1 |
| 1.1 Casos clínicos de Ginecología y Obstetricia | 3 |
| 1.2 Casos clínicos de la rotación de Cirugía y Traumatología | 7 |
| 1.3 Casos clínicos de la rotación de Pediatría | 11 |
| 1.4 Casos clínicos de Medicina Interna | 14 |
| CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA | 18 |
| 2.1 Hospital de Chancay | 18 |
| 2.2 Situación nacional | 23 |
| CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL | 28 |
| 3.1 Casos clínicos de Ginecología y Obstetricia | 28 |
| 3.2 Casos clínicos de Cirugía y Traumatología | 30 |
| 3.3 Casos clínicos de Pediatría | 33 |
| 3.4 Casos clínicos de Medicina Interna | 36 |
| CAPÍTULO IV: RELFEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA | 39 |
| 4.1 Expectativas y realidades del internado medico | 40 |
| RECOMENDACIONES | 44 |
| FUENTES DE INFORMACIÓN | 45 |

RESUMEN

El trabajo de suficiencia profesional tiene como propósito conocer la trayectoria profesional, el contexto, aplicación profesional y reflexión crítica del internado de Medicina Humana en el Hospital de Chancay comprendido en el periodo Enero 2020 – Abril 2021. El internado de pregrado, es el último año obligatorio del plan de estudio de la carrera de Medicina Humana, siendo este año académico importante para obtener, consolidar y aprender nuevos conocimientos y aplicarlo tanto en la práctica como en la teoría adquiridos durante los ciclos escolarizados previos de la carrera de medicina y aplicarlo en escenarios reales. Es un periodo previo y obligatorio al servicio social en el país (SERUMS) para los estudiantes de la carrera de medicina. En el hospital que realizamos el internado, es el Hospital de Chancay, ubicado en el distrito de Chancay, provincia de Huaral en el departamento de Lima en la cual tiene a su cargo la formulación, planificación, organización, ejecución, evaluación de las acciones integrales de salud en el ámbito de la jurisdicción de los distritos de Chancay y Aucallama. Se menciona 4 casos clínicos de las 4 rotaciones que se realiza durante el internado médico: Ginecología y Obstetricia, Cirugía, Medicina interna y Pediatría, comentando el manejo y evolución de cada caso clínico con su respectivo contraste con evidencia científica.

ABSTRACT

The purpose of the work of personal sufficiency is to know the professional trajectory, the context, professional application and critical reflection of the Human Medicine internship at the Hospital de Hospital de Chancay between the period January 2020 - April 2021. The undergraduate internship is the Compulsory last year of the study plan of the Human Medicine career, this academic year being important to obtain, consolidate and learn new knowledge and apply it both in practice and in theory acquired during the previous school cycles of the medical career and apply it in real settings. It is a mandatory period prior to social service in the country (SERUMS) for medical students. In the hospital where we carry out the internship, it is the Chancay Hospital, located in the district of Chancay, province of Huaral in the department of Lima, in which it is in charge of the formulation, planning, organization, execution, evaluation of the integral actions of health within the jurisdiction of the districts of Chancay and Aucallama. 4 clinical cases of the 4 rotations carried out during the medical internship are mentioned: Gynecology and Obstetrics, Surgery, Internal Medicine and Pediatrics, commenting on the management and evolution of each clinical case with its respective contrast with scientific evidence.

INTRODUCCIÓN

El presente informe de suficiencia profesional tiene como propósito conocer la trayectoria profesional, el contexto, aplicación profesional y reflexión crítica del internado de Medicina Humana en el Hospital de Hospital de Chancay comprendido en el periodo Enero 2020 – Abril 2021.

Contexto actual:

La salud actualmente es una de las mayores preocupaciones de la población, debido a la situación actual que estamos atravesando por la pandemia por el COVID-19, ante esto, el Ministerio de Salud (Minsa) invoca a la calma a la población, mantiene y crea medidas de control necesarias para proteger la salud. Por otra parte, el Instituto Nacional de Salud (INS) es la única institución autorizada para el procesamiento de las muestras y entrega de resultados a nivel nacional. Esto es un gran reto para todos los internos de medicina poder cumplir con nuestros deberes debido la situación actual.

Por lo que el internado medico fue suspendido durante el periodo de abril – noviembre debido a altas cifrad de número de contagios y muertes que ocurrieron en este periodo y que persiste hasta la actualidad. Los hospitales a causa de los excesivos contagios y defunciones, colapsaron sin poder cubrir las atenciones primarias, básicas y de emergencia que los pacientes presentaban por este virus. Por lo que, no era accesible el retorno de los internos ya que estaría expuesto a una carga viral alta, gran tasa de infección debido al contacto con pacientes infectados y gran sobrecarga laboral por lo

que la educación, práctica y competencias no serían las adecuadas para el desarrollo correcto del internado médico.

Por lo que, para el retorno del internado médico se creó el decreto de urgencia N°090 – 2020 menciona que la Organización Mundial de la Salud ha calificado, con fecha 11 de marzo de 2020, el brote del Coronavirus (COVID-19) como una pandemia al haberse extendido en más de ciento veinte países del mundo de manera simultánea, en ese sentido, resulta necesario fortalecer los sistemas de prevención, control y vigilancia y la respuesta sanitaria para afrontar la pandemia por la COVID-19, a través de disposiciones económicas financieras que permitan contar con internos de las ciencias de la salud en los establecimientos públicos de salud, bajo la supervisión de la universidad, en su condición de recursos humanos en formación, así como contar con personal profesional que apoye la continuidad de los servicios de salud, de manera presencial y en los establecimientos públicos de salud, contribuyendo a la respuesta del sistema de salud ante la Emergencia Sanitaria (1).

Posteriormente se crea el Decreto de Urgencia “Lineamientos para el inicio de la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de salud en el marco de decreto de urgencia N°090-2020” cuyo objetivo es la reanudación progresiva de las actividades de los internos de ciencias de salud, este retorno es de manera voluntaria mediante un consentimiento informado. También se menciona que el interno de ciencias de salud será provisto de equipos de protección personal por cada rotación. El inicio o reanudación de las actividades era a partir del 15 de agosto del 2020. El desarrollo de actividades, mientras este vigente la emergencia sanitaria a nivel nacional, se ejecuta bajo un régimen de 15 días de asistencia constante al establecimiento de salud asignado, en áreas no-COVID, con los siguientes de 15 días de descanso, de esta manera se tiene dos grupos de internos por mes de manera alternada. El horario del desarrollo de las actividades es de lunes a sábado 7:00 a 13:00 horas, guardias diurnas de 7:00 a 19:00 horas con un máximo de 2 guardias. Por último, el estipendio mensual corresponde a una remuneración mínima vital de novecientos treinta soles (S/. 930) para todos los internos de ciencias de salud (2).

Con estas medidas, retomamos las actividades en nuestro centro hospitalario para la continua capacitación y aprendizaje que nos corresponde.

Durante este periodo de vital importancia para todo medico de pregrado, se debe consolidar lo aprendido en años anteriores para desarrollar las destrezas necesarias para un adecuado ejercicio profesional, además, representa un requisito obligatorio para obtener un título profesional. Para mejorar este proceso se requiere de asesoría y aprendizaje continua, labor que estuvo a cargo de los doctores de cada servicio de rotación.

Importancia del internado medico:

El internado de médico, es el último año que corresponde al plan de estudio de la carrera de Medicina Humana, siendo este año académico obligatorio importante para obtener y aprender nuevos conocimientos y destrezas, aplicarlo tanto en la práctica con los pacientes, como en la teoría adquiridos durante los ciclos de pregrado de la universidad, y aplicarlo en escenarios reales. Es un periodo previo y obligatorio al servicio social en el país (SERUMS) para los estudiantes de la carrera de medicina.

El internado medico se desarrolla fundamentalmente en el contexto de sedes Hospitalarias o centros de salud, en donde se incorpora al alumno interno en el equipo médico institucional, considerando que no reemplaza al personal en las actividades asistenciales, las sedes son escogidas por los alumnos internos, en estricto orden de mérito.

El periodo del internado medico es de un año calendario, iniciando el 1 de enero y culminando el 31 de diciembre del mismo año. Sin embargo, la situación en el que nos encontramos actualmente debido a la pandemia por el nuevo coronavirus, el periodo es de 1 año y 4 meses, finalizando el mes de abril 2021, debido al periodo de cuarentena que inicio en el mes de marzo hasta el mes de julio, por lo cual el internado medico fue suspendido a nivel nacional durante este periodo.

Las instituciones de salud ofertan plazas de internado de pregrado, que posteriormente son distribuidas a cada entidad universitaria considerando las necesidades y la cantidad de estudiantes de medicina. Cada universidad dispone un mecanismo de distribución particular, que habitualmente es por promedios de calificación obtenidos en los años anteriores de pregrado.

En muchas ocasiones, los internos de medicina propenso a una serie de problemas como la sobrecarga laboral que en varias ocasiones son

expresados mediante horas extra fuera de lo ordinario, debido a la demanda de paciente, además de accidentes biológicos, estrés, agotamiento físico y emocional, entre otros. Que no solo afecta en la calidad de vida sino en la salud mental.

Descripción de la institución:

En el hospital que realizamos el internado, es el Hospital de Chancay, ubicado en el distrito de Chancay, provincia de Huaral en el departamento de Lima en la cual tiene a su cargo la formulación, planificación, organización, ejecución, evaluación de las acciones integrales de salud en el ámbito de la jurisdicción de los distritos de Chancay y Aucallama.

El distrito de Chancay, se ubica a 78 km al norte de la ciudad de Lima, en la ruta de llegada es utilizando la Panamericana Norte.

El distrito de Chancay alberga 63 853 habitantes en el 2018, cuenta con 25 centros poblados donde los Tilos es el menos poblado con 120 habitantes y el más poblado es Chancay con 32 312 habitantes; también cuenta con Asentamientos Humanos.

La densidad poblacional en el Distrito de Chancay es de 393.31 habitantes/km².

Mediante Resolución Directoral N°063-DG-DSRS-III-LN-96, de fecha 18 de marzo de 1996, se crea el Servicio Básico de Salud de Chancay, como órgano desconcentrado de la Dirección Subregional de Salud III Lima Norte.

El hospital de Chancay esta categorizado como nivel II – 2 según R.D N°463 06-DG-DESI-DSS-DIRESA-L-2010 el 7 de junio del 2010. Actualmente, en la dirección ejecutiva se encuentra MC. Carlos Alberto Pau Dulanto y en la subdirección MC. Fredy Acosta Valer (4).

Objetivos:

Objetivos generales:

- Conocer la trayectoria profesional, el contexto, aplicación profesional y reflexión crítica del internado de Medicina Humana en el Hospital de Hospital de Chancay comprendido en el periodo Enero 2020 – Abril 2021.

Objetivos específicos respecto al internado de medicina:

- Consolidar los conocimientos obtenidos y aprendidos durante los años de pregrado para ejecutarlo de manera profesional y correcta a los pacientes.
- Incorporar a la práctica clínica los conocimientos adquiridos durante los años de pregrado.
- Promover el trabajo en equipo, aspecto afectivo y comunicacional con el personal de salud como en los pacientes.
- Promover los valores humanos, principios éticos y humanísticos con el personal de salud como con los pacientes.
- Ampliar la aptitud para reconocer los alcances y limitaciones de la práctica clínica.
- Promover y estimular la investigación operativa de problemas dominantes de salud del País, con un enfoque clínico epidemiológico.
- Desarrollar estrategias para ejecutar procesos de enseñanza aprendizaje, orientados a la educación en salud, proyectados hacia la Comunidad.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado de medicina consiste en prácticas pre – profesionales que ocurre durante el último año de la carrera de medicina, donde se realizan 4 grandes rotaciones. El internado es fundamental en la formación ya que son guiados por médicos, que con mayor destreza y responsabilidad por los años de práctica con contacto con pacientes. Este periodo de internado es fundamental para conseguir el título profesional de médico cirujano, por lo que es un requisito obligatorio. Al final del internado, los internos de centro de salud son evaluados sobre los conocimientos adquiridos tanto en el internado como los años anteriores de pregrado por el Examen Nacional de Medicina (ENAM), este examen es requisito para poder colegiarse y ejercer como médico cirujano en el territorio peruano.

Es este periodo se combina una función educativa para la adquisición de conocimientos, destrezas, habilidades y actividad de servicio a los pacientes atendidos en los hospitales y centros de salud, donde se consolida el trabajo en equipo, aspecto afectivo y comunicacional tanto en personal de salud como en los pacientes.

El internado médico se desarrolla fundamentalmente en el contexto de Hospitales o centro de salud en la cual comprende de 4 áreas de rotaciones fundamentales, las cuales son: Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía general y Medicina interna. Cada rotación con objetivos particulares y propios con diversos enfoques y normas distintas. Cada rotación comprende de actividades asistenciales en la cual comprende en el servicio de Hospitalización, consultorio externo, departamento de emergencia y servicio periférico de salud.

Cada curso es necesario e importante para la educación, crecimiento y formación tanto profesional como en valores para ejercer un buen internado médico, por lo que el esfuerzo y dedicación puesto en cada curso ha sido necesario para convertirnos en lo que somos.

Durante el primer año de la carrera, procedimientos básicos a la medicina fue importante porque llevamos una introducción necesaria para el internado médico, como inyectables, funciones vitales, reanimación cardio-pulmonar, manejo y estabilización de un paciente politraumatizado, análisis de gases arteriales. Estos temas fueron importantes porque estuvieron presentes en cada paciente que acudieron al servicio de emergencia, ya que el paciente politraumatizado era común en cirugía.

En segundo año de carrera de medicina humana, el curso de anatomía fue importante para el internado médico porque a la descripción del dolor de los pacientes, se puede proyectar que órganos están comprometidos y tener un diagnóstico cercano al diagnóstico definitivo, además es importante para el acceso venoso en una emergencia, para traumatología es importante ya que tenemos una idea de que paquete vascular o nervioso está afectado de acuerdo con cada miembro. Los cursos de parasitología y microbiología es importante ya que nos ayuda acercarnos al diagnóstico sobre que agente etiológico se encuentra en las diferentes patologías infecciosas que hemos presenciado, por ejemplo en una infección intrahospitalaria, gérmenes causante de infección de tracto urinario, celulitis o infección de sitio operatorio. Es importante saber la virulencia e infectividad de cada organismo para tener un adecuado tratamiento con el objetivo de erradicarlo.

Con respecto a tercer año los cursos de fisiología y fisiopatología fueron importantes para conocer y entender el funcionamiento de cada órgano en el cuerpo, es fundamental tener estos conocimientos ya que el proceso de una enfermedad es comprendido solo si hay una noción esencial del funcionamiento de cada célula en el cuerpo. El curso de epidemiología fue importante para el conocimiento de salud y enfermedad más prevalentes por etapas de vida, para conocer la prevalencia e incidencia de las enfermedades más comunes en una región y así hacer promoción, prevención y diagnóstico precoz de la enfermedad. El curso de farmacología es esencial para el tratamiento de las enfermedades infecciosas como enfermedades no

infecciosas, con previo conocimiento del germen asociado, además de conocer la dosis, presentación y tiempo de acción del medicamento.

En cuarto año el curso de semiología es necesario para realizar una exhaustiva anamnesis, examen físico por órganos, identificar las diversas manifestaciones patológicas, como reunir las en síndromes, interpretarlas, jerarquizarlas y razonarlas para conocer el diagnóstico de las patologías. Diagnóstico por imagen es un curso de apoyo diagnóstico, comprendimos las lecturas de radiografías, tomografías, ecografías y resonancia por aparatos con características normales y patológicas.

1.1 Casos clínicos de Ginecología y Obstetricia:

Con respecto a la rotación de Ginecología y Obstetricia presentaremos los siguientes casos que han sido comunes y durante nuestra estancia como interno, además la gran lección, enseñanza y conocimiento que nos brindó en este tiempo:

1. Paciente con siglas P.L.E, segundigesta de 20 años, con una gestación de 35 semanas y 5 días por ecografía de primer trimestre. Acude a emergencia por presenta dolor en hipogastrio, polaquiuria, y sensación de alza térmica desde hace 3 días, no presenta contracciones uterinas, no sangrado vaginal, percibe movimientos fetales.

Como antecedente: Paciente es G2 P1001. Primera gestación fue parto vaginal en el 2018, producto único, sexo femenino con peso de 3100. Presenta 3 urocultivos positivos: Primer urocultivo de 06/11/2021, el germen aislado fue Escherichia Coli y sensible a todos los medicamentos. Segundo urocultivo de 10/01/2021, germen aislado fue Escherichia Coli y resistente a amoxicilina. Tercer urocultivo 01/04/2020 resistente a amoxicilina y nitrofurantoina.

Funciones vitales presento frecuencia cardiaca de 94 por minuto, frecuencia respiratoria de 37.8°C, presión arterial 100/65, saturación de oxígeno 98%.

Al examen físico: útero grávido, altura uterina de 33 centímetros, no presenta dinámica uterina, feto longitudinal cefálico derecho y frecuencia cardiaca de 145 por minuto. Puño de percusión lumbar negativos.

Se solicita un examen de orina y urocultivo con posterior reevaluación.

En el examen de orina presento: Leucocitos 25 por campo, hematíes 10 por campo, piuria negativa.

Por lo que los diagnósticos fueron:

1. Gestante de 35 semanas y 5 días por ecografía de tercer trimestre.
2. Infección urinaria recurrente.

El manejo médico de la paciente fue otorgar un tratamiento empírico por lo que fue cefalexina de 500 mg cada 8 horas por 7 días, hasta la espera de los resultados de urocultivo, que 3 días después se evidencio Escherichia Coli sensible a cefalexina. Por lo que se continuo con el antibiótico indicado y terminando la dosis de antibioticoterapia se solicitada, se solicita un urocultivo de control, además de nitrofurantoina 100mg por las noches después de comida hasta el día del parto.

2. Paciente con siglas V.C.H de 35 años, tercigesta de 39 semanas y 6 días por ecografía de primer trimestre. Acude con dolor tipo contracción desde hace 6 horas, no sangrado vaginal, no perdida de líquido, percibe movimientos fetales.

Antecedentes: Paciente G3 P1011, primera gestación fue aborto completo en el año 2015 desconoce la causa, segunda gestación en el año 2017 el producto fue recién nacido vivo de sexo femenino con peso de 3200 gr. Niega antecedentes fisiológicos, patológicos y alergia a medicamentos.

Funciones vitales presento frecuencia cardiaca de 80 por minuto, presión arterial de 120/80, frecuencia respiratoria de 20 por minuto, temperatura de 36.5°C, saturación de oxígeno 98%.

Respecto al examen físico: presenta útero grávido con altura uterina de 32 cm, situación, presentación y posición del feto es longitudinal cefálico derecho, latidos cardiacos fetales 150, percibe movimientos fetales y dinámica uterina de 3/10 ++.

Al tacto vaginal presenta una dilatación de 7 cm, incorporación de 90%, altura de presentación de +1 y membranas ovulares integras.

Los diagnósticos fueron:

1. Gestante de 39 semanas y 6 días por ecografía de primer trimestre.
2. Trabajo de parto fase activa.

Paciente queda en observación de centro obstétrico con constante monitorización fetal y materno. 45 minutos después de la estancia en centro

obstétrico, presenta una dilatación completa por lo que pasa a sala de parto. El parto fue 07/04/21 a las 7:32 am, fue vaginal, no hubo desgarros, no se realizó episiotomía, alumbramiento dirigido con desprendimiento placentario tipo Shultze, membranas y cotiledones íntegros, peso de placenta de 450 gr, dimensiones de 22x20x2, forma ovoidea, tamaño de cordón de 55 cm, sangrado vaginal de 250cc. El producto fue un recién nacido vivo de 3200 gramos, sexo femenino, Apgar 9-9, Capurro de 38 semanas, talla 53 cm.

Paciente pasa a puerperio inmediato con indicaciones de hidratación con cloruro de sodio al 0.9% 1000 cc + oxitocina 20UI pasar en 30 gotas por minuto, en puerperio inmediato se constata las funciones vitales (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, presión arterial y temperatura) presentando valores dentro de los rangos normales, loquios hemáticos escasos y altura uterina a nivel de cicatriz umbilical. 2 horas después paciente pasa a hospitalización.

Al día siguiente en hospitalización paciente presenta funciones vitales presentando frecuencia cardiaca de 95 por minuto, frecuencia respiratoria de 18 por minuto, temperatura de 37.1°C, saturación de oxígeno de 96%, presión arterial de 110/60. Al examen físico presenta: altura uterina 2cm por debajo de cicatriz umbilical, al tacto vaginal loquios hemáticos escasos sin mal olor, resto de examen físico sin alteraciones. Con respecto al hemograma control, presenta hemoglobina de 10.8 mg/dl, leucocitos de 7700, bastonados 0%. Presenta los diagnóstico de puérpera inmediata por parto vaginal y anemia leve. 24 horas después ocurrido el parto, la paciente fue dada de alta con sulfato ferroso de 300 mg c/24 horas por 30 días.

3. Paciente mujer con siglas L. T. M de 27 años, segundigesta de 26 semanas y 3 días por ecografía de primer trimestre, ingresa a emergencia el día 01/04/21 a las 8:30 am, presentando sangrado vaginal desde hace 3 horas de aproximadamente 20cc, niega contracciones uterinas, percibe movimientos fetales.

Antecedentes: Paciente es G2P0010, primera gestación aborto incompleto en 2008. Urocultivo patológico 19/02/21 con leucocitos 26-32 por campo, hematíes 1-3 por campo, piocitos 1-2 por campo, germen aislado Estafilococo SP, resistente a oxacilina, azitromicina y clindamicina.

Respecto a funciones vitales presenta frecuencia cardiaca de 84 por minuto, presión arterial de 110/60, frecuencia respiratoria de 20 por minuto, temperatura de 36.5°C, saturación de 98%.

Al examen físico presenta abdomen grávido con altura uterina de 25 cm, situación, presentación y posición del feto es longitudinal podálico derecho, latidos cardiacos fetales de 144 por minuto. No se realiza tacto vaginal ya que esta contraindicado en pacientes con sangrado vaginal, a la especuloscopia presenta membranas protruyendo por canal cervical y no sangrado activo.

Se realiza una ecografía obstétrica presentando placenta grado II, corporal posterior que llega al orificio cervical interno, ponderado fetal de 1182gr. A nivel de cérvix se observa imagen en reloj de arena con protrusión de membrana por canal cervical, dilatación del orificio cervical interno de 5cm por ecografía.

Los diagnósticos fueron:

1. Gestante de 26 semanas y 3 días por ecografía de primer trimestre.
2. Incompetencia cervical
3. Placenta previa marginal.

Paciente pasa al servicio de hospitalización. Cerca de las 5:30 pm del mismo día del ingreso a emergencia, paciente refiere hace 25 minutos dolor tipo contracción de moderado intensidad asociada a sangrado vaginal rojo rutilante, a la apertura del introito vaginal se evidencia protrusión de membranas integras a 2 cm de introito, se comunica al servicio de neonatología de cesárea de emergencia.

El producto fue recién nacido vivo de sexo masculino de 1050gr, Apgar 4-8, Capurro de 28 semanas, talla 32 cm, pasa inmediatamente al servicio de unidad de cuidados intensivos de neonatología.

Paciente no presenta signos y síntomas de alarma post-cesárea, el manejo fue dextrosa 5% 1000cc + NaCl 20% 2 ampollas + oxitocina 20UI pasar 3 frascos, además de clindamicina 600mg cada 8 horas, gentamicina 80 mg cada 8 horas, metamizol 1gr cada 8 horas. 13 horas después presenta frecuencia cardiaca de 70 por minuto, presión arterial de 110/60, temperatura de 37°C, frecuencia respiratoria de 19 por minuto y saturación de oxígeno 98%. Al examen físico presenta herida operatoria de 7cm suturada, sin signos de flogosis, sin secreción purulenta, altura uterina 2cm por debajo de cicatriz

umbilical. Al tacto vaginal presenta loquios hemáticos escasos sin mal olor. Con respecto al examen auxiliar presenta hemoglobina de 11.9 mg/dl, leucocitos de 12 500, abastados 0%. Presenta el diagnóstico de puerpera inmediata de cesárea por prolapso de cordón y placenta previa. Paciente continua con mismas indicaciones.

48 horas post-cesárea paciente fue dada de alta, signos y síntomas sin alteraciones, el tratamiento para casa fue cefalexina 500mg cada 12 horas por 5 días y ketoprofeno 100 mg tableta cada 8 horas 5 días.

4. Paciente mujer de 21 años con siglas C. O. M acude a consultorio por presentar flujo vaginal de color amarillo – verdoso desde hace 1 mes además de dispareunia, niega otras molestias.

Con respecto antecedentes, la paciente es G0 P000, niega antecedentes fisiológicos, patologías y alergia a medicamentos

Respecto a las funciones vitales presenta frecuencia cardiaca de 98 por minuto, frecuencia respiratoria de 17 por minuto, saturación de oxígeno de 98%, temperatura de 36.6°C y presión arterial de 110/60.

Al examen físico se encuentra leve dolor en hipogastrio, el resto del examen sin alteraciones. Al tacto vaginal se encuentra cérvix largo posterior cerrado con secreción amarillenta, al colocar el espejo se observa colpitis en fresa patognomónico de Trichomona Vaginalis, por lo que se decide tomar muestra de la secreción y enviar a laboratorio para un análisis del flujo.

El tratamiento empírico mientras sale los resultados de laboratorio, fue de metronidazol 500mg c/12 horas por 7 días. El examen de laboratorio salió 1 día después de la consulta y el germen aislado fue Trichomona Vaginalis por lo que el tratamiento empírico fue el adecuado.

1.2 Casos clínicos de la rotación de Cirugía y Traumatología:

Con respecto a la rotación de cirugía, adquirimos gran destreza manual, habilidades y conocimiento sobre el manejo de las emergencias mas prevalentes como el diagnóstico de abdomen agudo:

1. Paciente varón con siglas W. C. L de 25 años, acude a emergencia con tiempo de enfermedad de 1 día de dolor en epigastrio tipo cólico de moderada intensidad que hace 2 horas migra en fosa iliaca derecha, presenta anorexia, niega vomito y sensación de alza térmica. Al examen físico paciente presenta

dolor a la palpación profunda en epigastrio y signo de McBurney +. Con respecto a signos vitales presenta presión arterial de 100/60, frecuencia respiratoria de 16 por minuto, frecuencia cardiaca de 76 por minuto, temperatura de 36.7°C.

Los diagnósticos en emergencia fueron:

1. Síndrome doloroso abdominal: Descartar apendicitis vs Descartar pancreatitis aguda

El manejo en emergencia fue: NaCl 0.9% 1000 cc + omeprazol 40 mg EV. Se solicita hemograma, PCR, amilasa. 2 horas después, se obtiene los resultados de los exámenes: amilasa 32, hemoglobina 13.7 mg/dl, leucocitos de 8050 y proteína C reactiva + 148 mg/L. Con estos resultados presenta una escala de Alvarado: migración +1, anorexia +1, dolor en cuadrante inferior derecho +1 con puntaje total de 3. Se solicita una ecografía con lo que el resultado era normal.

3 horas después del ingreso la evolución del paciente fue empeoró, presenta dolor abdominal en fosa iliaca derecha de severa intensidad, fiebre de 38.1°C, náuseas. Al examen físico paciente presentaba Blumberg + por lo que se programa para sala de operaciones.

Los hallazgos fue un apéndice cecal de 12 x 3 cm, necrosado en toda su extensión, perforado en 1/3 medio, líquido purulento de 800cc en todos los cuadrantes. El diagnóstico postoperatorio fue apendicitis aguda perforada con plastrón apendicular, peritonitis generalizada con rafia del ciego y lavado de cavidad.

El primer día postoperado, paciente refiere leve dolor en sitio operatorio que incrementa al movimiento activo. Al examen físico se observa abdomen distendido, no doloroso a la palpación superficial. Herida operatoria suturada sin signos de flogosis, portador de dren pen-rose con 20cc de secreción serohemática. Con respecto al tratamiento fue de ceftriaxona 1gr EV c/12 horas, metronidazol 500mg c/8 horas, metamizol 1.5gr c/8 horas.

En los siguientes días, paciente presenta una evolución favorable, con disminución considerable del dolor, disminución del líquido serohemático, aumento del apetito, por lo que se toma la decisión de extraer el dren pen-rose al 5 día, ya que presentaba escasa secreción diaria. 1 día después el

paciente es dado de alta con tratamiento con metronidazol 500 mg c/12 horas y ciprofloxacino 500mg c/12 horas por 5 días.

2. Paciente mujer de 30 años de edad con siglas V.M.A, ingresa a emergencia con un tiempo de enfermedad de 2 meses, presenta inflamación y dolor en primer dedo del pie derecho. Funciones vitales presión arterial 115/95, frecuencia respiratoria de 17 por minuto, frecuencia cardiaca de 90 por minuto, temperatura de 37°C, saturación de oxígeno de 96%. Al examen físico se evidencia el borde ungueal derecho del primer dedo eritematoso, inflamado y con dolor al movimiento o la presión, además se formó tejido de granulación alrededor, tórax y cardiovascular sin alteraciones, sistema nervioso central, Glasgow 15/15.

Los diagnósticos de emergencia fueron:

1. Uña encarnada

En emergencia se le realizó la extracción de uña encarnada, primero limpiando la zona de punción para la xilocaína al 2% sin epinefrina, colocado a cada lado de la base de la falange proximal del dedo afectado, con aguja número 25, a continuación se usaba una gasa alrededor de la base del dedo para ayudar en la hemostasia, se realiza el respectivo lavado del área afectada, una vez el área este limpia, se procede a hacer un corte longitudinal en la uña con las tijeras de disección, se separa la uña parcialmente con una pinza mosquito y con movimiento de giro y ligera tracción se obtiene una fracción de la uña y con tijeras de disección se corta la uña despegada, posterior a eso limpiar el tejido de granulación. Al finalizar se coloca un vendaje compresivo, el cual se le indica retirarlo al día siguiente. Medicación por vía oral ibuprofeno de 400mg cada 8 horas por 2 días, dicloxacilina de 500mg cada 6 horas por 5 días. Reevaluación al día siguiente, se realiza cambio de gasa y se observa evolución favorable, es dado de alta del servicio.

3. Paciente varón de 43 años edad con siglas A.R.V, acude a emergencia por presentar un accidente laboral en un taller mecánico, donde explota un tanque con gasolina, llegando a impactarlo en todo el brazo derecho. Funciones vitales, presión arterial de 110/80, frecuencia respiratoria de 18 por minuto, frecuencia cardiaca 110 por minuto, temperatura de 37,2°C, saturación de oxígeno al 97%. Al examen físico se encuentra quemadura en toda la extensión de miembro superior derecho, con presencia de lesiones

ampollosas, según la regla de los 9 de Wallace presenta una superficie corporal quemada de 9%, movimientos articulares conservados, sistema nervioso central: Glasgow 15/15.

Los diagnósticos de emergencia fueron:

1. Quemadura de segundo grado

El manejo realizado al ingreso del paciente fue iniciar con lavado a chorro con agua temperatura ambiente por 10 a 15 minutos, luego se continuo con el secado y posterior a eso colocación de sulfadiazina de plata al 1% en toda la superficie quemada con una venda no compresiva y se le indica curación diaria y reevaluación en 2 días. Al momento de la reevaluación se observó una evolución favorable y que siga con curación diaria por 2 a 3 días más hasta notar presencia de una piel anacarada, la cual indica que no será necesario seguir con la sulfadiazina de plata. Se da de alta al paciente del servicio con buen pronóstico.

4. Paciente mujer de 24 años de edad, con siglas K.R.F, acude a emergencia por presentar una caída con mano derecha en extensión, con presencia de dolor e impotencia funcional. Funciones vitales: presión arterial:125/90, frecuencia respiratoria de 20 por minuto, frecuencia cardiaca de 95 por minuto, saturación de oxígeno al 98%. Al examen físico se evidencia aumento de volumen en muñeca derecha, con dolor al movimiento y a la digitopresión, no presencia de deformidad.

Los diagnósticos de emergencia fueron:

1. Descartar fractura de radio proximal

Se solicito radiografía de muñeca derecha en proyecciones postero-anterior y lateral, en la cual se evidencia fractura transversa, no desplazada, extraarticular de epífisis distal de radio derecho. Se procede a inmovilizar el miembro afectado con un yeso cerrado braqui-palmar por 3 semanas, luego se cambiará la extensión del yeso a un ante braqui-palmar y permanecerá por 3 semanas mas para completar el tratamiento. Se le realizo una placa control al momento del retiro del yeso, el cual mostro presencia de callo óseo, indicando una evolución favorable. Se le deriva al servicio de terapia física y rehabilitación. Es dado de alta del servicio.

1.3 Casos clínicos de la rotación de Pediatría:

Con respecto a pediatría, se aprendimos que es importante valorar el crecimiento de y el desarrollo de cada niño, obtener el máximo estado de salud en cada niño y se pudo observar los siguientes casos:

1. Paciente varón con siglas C. M. L de 8 años, acude a emergencia con tiempo enfermedad de 4 días con presencia de adenopatía axilar que fue incrementando de tamaño y dolor.

Como antecedente se preguntó al paciente si presentaba mascotas de preferencias gatos, ya que en Chancay se han presenciado varios casos asociados al arañazo de gato, el cual refiere que tiene 3 gatos en casa.

Funciones vitales presenta presión arterial: 115/65, frecuencia respiratoria de 18 por minuto, frecuencia cardíaca de 72 por minuto, temperatura de 37.2°C, peso: 40 kg, talla: 1.10. Al examen físico presenta dolor a la digitopresión de la adenopatía axilar izquierda de tamaño 3cm x 2cm.

Los diagnósticos de emergencia fueron:

1. Adenopatía axilar: A descartar enfermedad por arañazo de gato.

El manejo en emergencia se solicitó hemograma, se obtiene los resultados de los exámenes: hemoglobina 14.1 g/dl, leucocitos: 7,800/mm, plaquetas: 266,000. Todo dentro de los valores normales. Se le indicó azitromicina 200mg/5ml – 10cc vía oral una vez al día por 10 días y reevaluar dentro de 5 días para ver la evolución del paciente. Se le informo que en caso aumentara de tamaño la adenopatía y el dolor acudiera nuevamente por emergencia. A los 5 días refiere que la adenopatía disminuyó de tamaño y no presenta dolor a la digitopresión, el paciente es dado de alta del servicio con una evolución favorable al tratamiento.

2. Paciente varón con siglas A.R.C de 14 meses de edad, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad 12 horas con presencia de congestión nasal, apetito disminuido, madre refiere que lo sintió con alza térmica, por lo cual le administro 15 gotas de paracetamol vía oral y al percatarse que no hubo cambios es traído al servicio.

Funciones vitales frecuencia respiratoria de 35 por minuto, frecuencia cardíaca de 100 por minuto, temperatura de 38.4°C. Peso: 10 kg Talla: 73 cm. Como indicación para la fiebre se optó por medios físicos el cual se realiza

baño de cuerpo entero con agua tibia en un ambiente aparte con la madre. Al iniciar el baño la madre pide auxilio porque su hijo presento movimientos involuntarios, que luego fueron clasificados como tónico-clónicos y desviación de la mirada hacia arriba.

El paciente es trasladado a la unidad de trauma shock, donde se inicia colocando en decúbito lateral al paciente, para evitar bloquear las vías aéreas en caso vómitos o por caída de la lengua hacia la región de la posterior, simultáneamente se habilita una vía endovenosa para el tratamiento con Diazepam 3mg EV (0.3 mg/kg) a los 7 minutos del cuadro revierte, pero paciente persiste con somnolencia. Pasado algunos minutos se realiza un examen físico más exhaustivo al paciente donde se encuentra hipoactivo, ventilando espontáneamente, con un llenado capilar <2 segundos, orofaringe congestiva, a la inspección de ambos oídos, se aprecia membrana timpánica de oído izquierdo abombada y congestiva y con dolor a la digitopresión de la región mastoidea, Tórax y cardiovascular dentro de parámetros normales, en el sistema nervioso central, se encuentra no conectado con la situación, somnoliento, tono y fuerza muscular conservado, pupilas foto-reactivas. Se le solicita exámenes de laboratorio, hemograma, electrolitos, glucosa, urea, creatinina, AGA, PCR y sedimento urinario. A los resultados de laboratorio son: Hemoglobina: 13, hematocrito: 37%, leucocitos: 8000, plaquetas: 390.00 , glucosa: 153, sodio: 139 mEq/l, potasio: 4,5 mEq/l, cloro: 95, urea: 17, creatinina: 0,2., gasometría: normal, PCR: 2mg/l, sedimento de orina: negativo.

Se plantearon los siguientes diagnósticos.

1. Convulsión febril simple.
2. Otitis media aguda.
3. Síndrome gripal.

Se plantea dejar en observación al paciente por 24 horas, en caso de presentar otra convulsión administrar la misma cantidad de diazepam, previo aviso al médico de turno, administrar 6 cc de paracetamol de 120mg/5ml en presencia de fiebre > 38°C, se indica el tratamiento para la otitis media aguda con azitromicina 5cc cada 8 horas por 5 días a dosis de 80mg/kg/día.

Al transcurso del día, el paciente no presento otro cuadro convulsivo, la fiebre esta controlada por los medicamentos, tolera vía oral por lo cual es dado de

alta. Se indica paracetamol 6cc cada 8 horas por 5 días mas y azitromicina 6cc cada 8 horas hasta completar dosis de 10 días.

3. Paciente mujer con siglas E.G.T de 1 año 6 meses de edad, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 16 horas por presentar diarreas acuosas, sin moco, sin sangre, aproximadamente 6 a 8 cámaras diarreicas antes de llegar al servicio, vómitos después de las comidas en 2 ocasiones, ultimo vomito 20 minutos antes de llegar al servicio. Funciones vitales frecuencia cardiaca:110 por minuto, frecuencia respiratoria, 40 por minuto, temperatura 37.7 °C, peso: 11kg, talla:76cm. Al examen físico el paciente se encontró irritable, lagrimas presentes, mucosa oral seca, signo del pliegue inmediato, abdomen: distendido, doloroso, no se palpan masas, peristaltismo aumentando, sistema nervioso central: irritable, activo. Los diagnósticos de emergencia fueron.

1. Enfermedad diarreica aguda de etiología viral
2. Deshidratación leve

El manejo del paciente en emergencia fue mantenerlo en observación por 2 horas para evaluar si podría tolerar bien vía oral, sin presencia de vomito. Al observar buena tolerancia pasado las 2 horas, se le indica paracetamol de 120mg/5ml - 6.5 cc solo en presencia de fiebre >38°C. Administrar suero de rehidratación oral entre 50 a 100 ml, después de cada evacuación. Se le indica a la madre que por ser cuadro viral puede persistir entre 3 a 5 días mas la enfermedad y en caso las deposiciones liquidas aumenten en frecuencia, tenga vómitos a repetición, no come, ni bebe normalmente, presencia de sangre en heces acudir de inmediato al servicio. Con esas indicaciones el paciente es dado del alta del servicio.

4. Paciente varón de 8 años con siglas A.G.T acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 4 días, refiriendo que recibió una picadura en el dorso de la nariz, empezando por un pequeño punto eritematoso que fue aumentando de tamaño hasta el momento de la evaluación de aproximadamente 3x2 cm, eritematoso, con dolor y rubor, no presenta otros antecedentes. Funciones vitales frecuencia respiratoria de 20 por minuto, frecuencia cardiaca de 95 por minuto, temperatura de 38.1°C, saturación de oxígeno de 97%. Al examen físico se aprecia lesión eritematosa, con signos de flogosis en el dorso de la nariz, comprometiendo la mucosa interna de

ambas fosas, tórax y cardiovascular: dentro de los parámetros normales, sistema nervioso central Glasgow 15/15, peso: 24kg, talla:123cm.

Se plantean los siguientes diagnósticos:

1. Celulitis en dorso de la nariz
2. Síndrome febril

Se le indica al paciente paracetamol 15cc, para controlar la fiebre y posterior a eso se decide hospitalizarlo porque la celulitis se encuentra en vía respiratoria, con su respectivo tratamiento de oxacilina 800 mg cada 8 horas dosis de 100mg/kg por vía endovenosa. Al tercer día de hospitalización se observa una evolución favorable, disminuyendo el tamaño y el dolor de la lesión, por lo que se decide cambiar el antibiótico a vía oral con dicloxacilina 250mg/5ml – 6 cc cada 6 horas a dosis de 50mg/kg/d. Al pasar 24 horas tolerando bien vía oral y sin ningún cuadro febril, se decide dar de alta al paciente continuando con la doxiciclina por 3 días mas para completar 7 días de tratamiento y obtener una tele consulta dentro de 3 días. Al terminar el tratamiento se observa el dorso de la nariz dentro de sus características normales y sin presentar fiebre desde el día que salió de hospitalización, se decide dar de alta del servicio.

1.4 Casos clínicos de Medicina Interna:

Sobre la rotación de medicina interna, es importante saber el manejo de promoción, prevención, procedimientos diagnósticos, según la medicina basada en la evidencia, así como en la fase de rehabilitación.

1. Paciente varón con siglas P. C. T de 66 años acude a emergencia de medicina interna por presentar dificultad respiratoria, sensación de alza termina, agitación al caminar poca distancia, tos con expectoración amarillenta con un tiempo de enfermedad de 3 días.

Paciente como antecedente hipertensión arterial hace 10 años hasta la actualidad tratado con losartan de 50mg cada 24 horas, no presenta otros antecedentes.

Paciente presenta signos vitales de frecuencia cardiaca 105 por minutos, frecuencia respiratoria 30 por minuto, temperatura de 38.2°C, saturación de oxígeno de 96%, presión arterial 120/80.

Al examen físico paciente presenta palidez +/++, disnea, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, crépitos basales predominante en hemitórax izquierdo, el resto de examen físico sin alteraciones. Se solicita radiografía de tórax y hemograma. Luego de 2 horas, se obtiene hemograma con leucocitos de 12 500, hemoglobina de 12.5 mg/dl, PCR negativo, la radiografía de tórax muestra consolidación basal en lado izquierdo.

Por lo que los diagnósticos en emergencia:

1. Síndrome febril
2. Síndrome de dificultad respiratoria: Neumonía

Se decide hospitalizar al paciente ya que por los síntomas agudos y ser adulto mayor, evitar complicaciones futuras. El paciente en hospitalización recibe tratamiento de: dieta blanda hiposódica más líquidos a voluntad, metamizol 1.5 gramos condicional a fiebre >38°C, ceftriaxona 1gr cada 12 horas, O2 para mantener saturación >95%, losartan 50mg cada 24 horas.

Paciente presenta una evolución favorable, nunca requirió oxígeno, no hizo picos febriles después del segundo día. Por lo que el cuarto día de hospitalización el paciente fue dado de alta con la cuarta y última dosis de ceftriaxona. El tratamiento para casa fue azitromicina 500mg c/8hrs por 5 días mas y paracetamol 1gr condicional a fiebre.

2. Paciente varón de 25 años de siglas J. M. P acude a emergencia presentando fasciculaciones, diarrea, salivación. Refiere que estuvo fumigando en el campo hace 1 hora.

Niega antecedente fisiológicos, patológicos y familiares, no alérgico a ningún medicamento.

Con respecto a los signos vitales presenta frecuencia respiratoria de 16 por minuto, frecuencia cardiaca de 67 por minuto, temperatura de 37.4°C, saturación de oxígeno de 110/60.

Al examen físico paciente presentaba a la ectoscopia rubor facial, presentaba miosis en pupilas, piel seca, llenado capilla <2segundos, movimientos involuntarios leves, aparato respiratorio y cardiovascular sin alteraciones.

Por lo que se planteó como diagnóstico:

1. Intoxicación por órganos fosforados

El tratamiento de emergencia fue de una dosis de atropina 0.5mg endovenoso con hidratación a chorro, además de observación del paciente por 6 horas. El

paciente requirió 3 dosis de atropina con un intervalo de cada 15 minutos, ya que 15 minutos después de la primera dosis y segunda dosis el paciente persistía con miosis en pupilas. Después de la tercera dosis observamos cambios significativos en el paciente como las pupilas isocóricas, disminución de fasciculaciones por lo que se continuo con hidratación y fue dado de alta sin ningún tratamiento para casa.

3. Paciente mujer de 57 años de siglas C. S. P, presenta dolor abdominal en epigastrio con irradiación a la espalda, constante, de moderada intensidad, sensación de alza térmica, mialgias, cefalea, anorexia, náuseas y vómitos cada vez que come.

Paciente niega alergia a medicamentos, prediabetes desde hace 3 años por lo que consume metformina de 500 mg después de almuerzo, niega otros antecedentes patológicos.

Con respecto a funciones vitales presenta frecuencia cardiaca de 101 por minuto, frecuencia respiratoria de 22 por minuto, saturación de 98%, temperatura de 37.7°C y presión arterial de 110/60.

Al examen físico se observa palidez +, llenado capilar < 2 segundos, aparato cardiovascular y respiratorio sin alteraciones. Al examinar el abdomen presenta ruidos hidroaéreos presentes, timpanismo a la percusión, dolor abdominal a la palpación superficial y profunda a predominio en epigastrio e hipogastrio. Genito-urinario presenta puño de percusión lumbar negativo y puntos reno-ureterales negativo. Se solicita hemograma, PCR, amilasa y ecografía abdominal. Paciente se le administra hidratación hasta el resultado de exámenes. 2 horas después paciente presenta hemoglobina de 12.3 mg/dl, leucocitos de 12 000, abastones 0, proteína C reactiva positiva, amilasa 450. En la ecografía presentaba litiasis vesicular y dilatación de colédoco de 6mm, el resto sin alteración.

Se planteo los siguientes diagnósticos:

1. Pancreatitis aguda.

Se decide hospitalizar a paciente hasta remisión de síntomas. Paciente recibe tratamiento de: nada por vía oral, hidratación, metamizol 1.5gr cada 8 horas, hemoglucotest cada 8 horas, control de funciones vitales y observación de signos de alarma. La evolución de la paciente fue favorable, al tercer día paciente presenta gran disminución del dolor, aumento del apetito por lo que

se decide probar tolerancia oral. Paciente acepta bien los alimentos por lo que el quinto día de hospitalización es dada de alta con ketoprofeno 100mg condicional a mucho dolor y dieta blanda, se realiza referencia al hospital Hipólito Unanue para la solución definitiva de la pancreatitis con CPRE (colangio-pancreatografía-retrograda-endoscópica) ya que este equipo no cuenta el hospital.

4. Paciente mujer de 35 años con siglas B. T. L acude a emergencia refiriendo que después de comer arroz con mariscos, aparecieron habones en brazos, torax y espalda, con gran eritema en dicha zona y gran escozor, tiempo de enfermedad 1 horas, niega otras molestas.

Paciente niega alergia a algún medicamento, niega antecedentes patológicos. Con respecto a las funciones vitales, la frecuencia cardíaca era de 90 por minuto, frecuencia respiratoria de 22 por minuto, saturación de oxígeno de 98%, temperatura de 36.7°C y presión arterial de 100/60.

Al examen físico se observa habones generalizados en brazos, torax y espalda con gran eritema, algunos rasgos de excoriaciones por el prurito, no falta de aire, mucosas no edematizadas, el resto del examen sin alteraciones. Por lo el diagnóstico de emergencia fue:

1. Alergia alimentaria.

El tratamiento inmediato en emergencia fue de ABCD, luego de hacer esta secuencia, la paciente presentaba funciones vitales estables por lo que se inicio el tratamiento con corticoide y antihistamínico endovenoso, la cual fue dexametasona 4mg con clorfenamina 10mg. Luego de la administración de los medicamentos, la paciente estuvo en observación durante 2 horas y posteriormente fue dada de alta con la indicación de identificar el alimento que le provoca la alergia alimentaria para evitar recurrencias.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA

El internado médico lo desarrollamos en el Hospital de Chancay, antes y después de la cuarentena y suspensión de prácticas médicas, sin embargo, la situación, contexto y afluencia de paciente fue muy diferente durante la pandemia.

2.1 Hospital de Chancay:

El Hospital de Chancay fue inaugurado el 17 de setiembre de 1971, durante el segundo gobierno del General Juan Velazco, siendo ministro el General Fernando Miroquesada Bahamonde.

Gracias al gobierno de Alemania se construyen dos centros de salud gemelos en infraestructura: el de Puente Piedra y el de Chancay edificado sobre un área de 6,273 m². Mediante Resolución Directoral N° 063-DG-DSRS-III-LN-96, de fecha 18 de Marzo de 1996, se crea el Servicio Básico de Salud de Chancay, como órgano desconcentrado de la Dirección Subregional de Salud III Lima Norte, los mismos que tendrán a su cargo la formulación, planificación, organización, ejecución y evaluación de las acciones integrales de salud en el ámbito de la jurisdicción de los Distritos de Chancay y Aucallama de la Provincia de Huaral, Departamento de Lima; a los Establecimientos de Salud que se detallan:

- Hospital de Apoyo Chancay.
- Centro de Salud de Chancayllo.
- Centro de Salud Aucallama.

- Centro de Salud Quepepampa.
- Centro de Salud Peralvillo.
- Puesto de Salud de Pampa Libre.
- Puesto de Salud Cerro la Culebra.
- Puesto de Salud Pasamayo.
- Puesto de Salud Palpa.

El distrito de Chancay, se ubica a 78 km al norte de la ciudad de Lima, en la ruta de llegada es utilizando la Panamericana Norte. La accesibilidad por vía terrestre al Distrito de Chancay desde la ciudad de Lima y hacia el Norte del país se da a través de la carretera Panamericana Norte y el Serpentín de Pasamayo.

El distrito de Chancay alberga 63 853 habitantes en el 2018, cuenta con 25 centros poblados donde los Tilos es el menos poblado con 120 habitantes y el más poblado es Chancay con 32 312 habitantes; también cuenta con Asentamientos Humanos. La densidad poblacional es de 393.31 habitantes/km².

La pirámide poblacional del Distrito de Chancay en el año 2016 es 32,197 habitantes, en comparación de años anteriores, el distrito de Chancay a partir del 2007 crece anualmente de 1.5 a 2% tomando en cuenta la tasa de mortalidad, tasa de natalidad, tasa de fecundidad, migración y emigración.

Esta situación es comentada por el INEI en su "Proyección del Perú del año 1950 al 2050" la cual hace referencia que en el futuro de la población la fecundidad irá disminuyendo relativamente, ira tomando importancia las personas en edad de trabajo (15 a 64 años) y de la tercera edad (mayor a 65 años) que aumentará proporcionalmente llevándonos a tener una pirámide poblacional achatada en las bases y ensanchadas en la parte superior como signo de envejecimiento, lo que repercutirá a futuro en el perfil de morbi-mortalidad.

El total de la población asignada en el año 2018 según el enfoque de Ciclos de Vida, el 36% de la población corresponde al grupo de los Adultos, es decir que un tercio está en esta etapa entre los 30 a 59 años de vida. En segundo

lugar, se encuentra la etapa Niño comprendido entre las edades de 0 a 11 años que alcanza el 20% de la población en el 2016. La población de Mujeres en edad Fértil que corresponden entre las edades de 15 a 49 años alcanza el 31%, es decir un tercer lugar de la población corresponde a mujeres con posibilidades de reproducirse, por otro lado, el grupo etáreo más vulnerable, los menores de 1 año y los mayores de 60 años, representan el 2% y 11% respectivamente.

La causa principal de muerte para el año 2018, la constituye la Enfermedades del Sistema Respiratorio teniendo un porcentaje de 56.8%.

En segundo lugar, tenemos a las Enfermedades del Sistema Circulatorio, con un 15.3%, de este grupo de enfermedades las cuales se vienen incrementando en los últimos años, debido a los cambios climáticos y las edades representadas en su mayoría adultos y adultos mayores, como tercera causa tenemos a Ciertas Enfermedades Infecciosas y Parasitarias con un 6.3%.

Desde el mes de abril del año 2010 los establecimientos de salud del Distrito de Chancay (P.S. Cerro la Culebra y Pampa Libre, C.S. Peralvillo, Chancayllo y Quepepampa) dependen administrativamente de la RED – HUARAL sin embargo por accesibilidad geográfica, la población prefiere atenderse en el Hospital de Chancay por lo que la demanda de atenciones en nuestra institución se mantiene más o menos constante por consiguiente este grupo poblacional debe ser incluido en el análisis de la demanda de atenciones que brinda el Hospital de Chancay, la cobertura es entre el 60 al 75% de la población de la población total.

Los siguientes centros poblados pertenecen al Hospital de Chancay:

| N° | Departamento | Provincia | Distrito | Centro poblado rural/ urbano | Poblacion |
|-----------|---------------------|------------------|-----------------|-------------------------------------|------------------|
| 1 | LIMA | Huaral | Chancay | Chancay | 32312 |
| 2 | LIMA | Huaral | Chancay | Peralvillo | 15634 |
| 3 | LIMA | Huaral | Chancay | Pampa libre | 5776 |
| 4 | LIMA | Huaral | Chancay | Chancayllo | 2199 |
| 5 | LIMA | Huaral | Chancay | Quepepampa | 1252 |
| 6 | LIMA | Huaral | Chancay | Buena vista | 988 |

| | | | | | |
|----|------|--------|---------|------------------------|-----|
| 7 | LIMA | Huaral | Chancay | Cerro la culebra | 920 |
| 8 | LIMA | Huaral | Chancay | 28 de julio | 714 |
| 9 | LIMA | Huaral | Chancay | Nueva Estrella | 701 |
| 10 | LIMA | Huaral | Chancay | El hatillo | 382 |
| 11 | LIMA | Huaral | Chancay | 4 de junio | 596 |
| 12 | LIMA | Huaral | Chancay | Los Laureles Sur | 544 |
| 13 | LIMA | Huaral | Chancay | Torre blanca | 384 |
| 14 | LIMA | Huaral | Chancay | Quepepampa | 365 |
| 15 | LIMA | Huaral | Chancay | San Cayetano | 359 |
| 16 | LIMA | Huaral | Chancay | Buena Vista Baja | 294 |
| 17 | LIMA | Huaral | Chancay | Ex Hacienda Chancayllo | 279 |
| 18 | LIMA | Huaral | Chancay | Pampa el Inca | 237 |
| 19 | LIMA | Huaral | Chancay | Las Salinas | 204 |
| 20 | LIMA | Huaral | Chancay | Molina hospital | 194 |
| 21 | LIMA | Huaral | Chancay | Los Laureles | 160 |
| 22 | LIMA | Huaral | Chancay | La Calera | 157 |
| 23 | LIMA | Huaral | Chancay | Los Laureles Norte | 157 |
| 24 | LIMA | Huaral | Chancay | Luna vilca | 145 |
| 25 | LIMA | Huaral | Chancay | Los tilos | 120 |

Mediante Resolución Directoral N°063-DG-DSRS-III-LN-96, de fecha 18 de marzo de 1996, se crea el Servicio Básico de Salud de Chancay, como órgano desconcentrado de la Dirección Subregional de Salud III Lima Norte.

El hospital de Chancay esta categorizado como nivel II – 2 según R.D N°463 06-DG-DESI-DSS-DIRESA-L-2010 el 7 de junio del 2010. Actualmente, en la dirección ejecutiva se encuentra MC. Carlos Alberto Pau Dulanto y en la subdirección MC. Fredy Acosta Valer.

Los servicios que se ofertan son los siguientes:

| Especialidad | Consultorio externo |
|---------------------|----------------------------|
| Cardiología | Cirugía |
| Dermatología | Atención integral |
| Endocrinología | Consejería |
| Gastroenterología | Crecimiento y desarrollo |
| Geriatría | Topico-enfermería |

| | |
|---|-----------------------------------|
| Terapias manuales | Inmunizaciones |
| Medicina rehabilitación | Ginecología |
| Rehabilitación en desarrollo psicomotor | Ginecología y obstetricia |
| Medicina interna | Planificación familiar |
| Neumología | Medicina general |
| Neurología | Atención integral del adolescente |
| Nutrición | Consultorio control tuberculosis |
| Oftalmología | Consejería planificación familiar |
| Traumatología | Obstetricia |
| Otorrinolaringología | Psicoprofilaxis |
| Neonatología | Odontología general |
| Pediatría | Atención integral del niño |
| Psiquiatría | Psicología |
| Reumatología | |
| Urología | |

Las especialidades que no cuenta el Hospital de Chancay, así como tecnología necesaria, equipos de procedimiento o para diagnóstico, incluso a falta de camas UCI o de hospitalización, son referidos a hospitales de mayor complejidad de Lima.

Otros servicios que cuenta el Hospital de Chancay:

| | |
|---|----------------------|
| Servicio de emergencia | Tópico |
| | Observación |
| | Shock trauma |
| Servicio de hospitalización | Cirugía |
| | Traumatología |
| | Ginecología |
| | Pediatría |
| | Neonatología |
| | Materno |
| | Alojamiento conjunto |
| | Medicina |
| Servicio de central quirúrgico y central de esterilización | |
| Consultorios externos | |

| | |
|--|----------------------------|
| Unidad de cuidados intensivo de adulto y neonatales | |
| Apoyo al diagnóstico | Laboratorio, radiología |
| Banco de sangre | |
| Farmacia | |
| Patología clínica | |

En la Unidad Ejecutora tenemos una disponibilidad de 0.91 camas por cada 1,000 habitantes, siendo la especialidad de Pediatría y Obstetricia la que muestra mayor Tasa 0.44 x 1,000 habitantes seguida del servicio de Medicina con 0.37 x 1,000 hab.

En nuestra Unidad Ejecutora tenemos una disponibilidad de 0.06 x 1,000 habitantes en UCI general y UCI neonatal la tasa es de 3.4 x 1,000 habitantes. En relación con los Indicadores de utilización: El promedio de permanencia de los pacientes hospitalizados se mantiene en un intervalo de 3-4 días.

2.2 Situación nacional:

La situación en el que nos encontramos actualmente debido a la pandemia por el COVID-19, el periodo del internado se expandió a 1 año y 4 meses, finalizando el mes de abril 2021, debido al periodo de cuarentena que inicio en el mes de marzo hasta el mes de julio, por lo cual el internado medico fue suspendido a nivel nacional durante este periodo, ya que la duración normal del internado es de 1 año calendario (iniciando el 1 de enero y terminando el 31 de diciembre).

Esta nueva enfermedad, ha revelado de manera honesta y real, la pésima situación sanitaria en Perú: hospitales antiguos, escasos de materiales, laboratorios especializados, camas, ventiladores, especialistas, y población geriátrica descuidada, médicos mal remunerados, sin seguro médico, y como nunca, falta de equipos de bioseguridad para combatir a este virus. (4)

El 6 de marzo de 2020, el presidente de la República, Martín Vizcarra, confirmó el primer caso del coronavirus (COVID-19) en el Perú. En conferencia, indicó que se trata de un hombre de 25 años que ha estado en España, Francia y República Checa. Posterior al primer caso confirmado, se implanto la cuarentena total en el país que inicio en marzo y culmino el julio.

Tras la confirmación del primer caso, se anunció la implementación del Plan Nacional de Preparación y Respuesta Frente al Riesgo de Introducción del Coronavirus en Perú, a fin de fortalecer los sistemas de vigilancia, contención y respuesta ante la enfermedad. Además, se ordenó la activación de protocolos en los aeropuertos, al igual que en lugares de mayor afluencia de turistas, los terminales marítimos y terrestres. De igual manera, los casos fueron aumentando y el país enfrenta una de las peores crisis, tanto en el ámbito sanitario como en el económico, político y social.

Actualmente, el COVID-19 supone un gran reto para la salud pública, ya que la cantidad de número de casos nuevos y muertes ocurridas a diario sobrepasan la capacidad de los centros de salud. Las cifras muestran que Lima es la región con más casos de COVID-19, que está relacionado con la alta densidad en la capital. Se ha superado el millón de casos totales por contagios del COVID-19 y más de 50.000 muertes a causa de la pandemia. Las personas más vulnerables son los adultos mayores, predominando el sexo masculino hasta un 67.4%. (5)

A la actualidad, 10 de abril del 2021 los casos por COVID-19 son (6):

| Tasa de personas muestreadas | Casos sintomáticos positivos | Resultado negativo | % positividad acumulada | Altas | Defunciones confirmadas por COVID-19 |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|--------------|---|
| 10,001,832 | 1,647,694 | 8.354,138 | 16.5 | 1,566,543 | 543,093 |

Los casos positivos de COVID-19 según etapa de vida Perú 2020 – 2021:

| Etapas de vida | N° | Tasa de ataque | Razón de tasas |
|-----------------------|-----------|-----------------------|-----------------------|
| Niño | 50,237 | 0.78 | 0.15 |
| Adolescente | 47,288 | 1.52 | 0.30 |
| Joven | 324,836 | 5.06 | 1.00 |
| Adulto | 933,120 | 7.47 | 1.48 |
| Adulto mayor | 292,213 | 7.06 | 1.39 |
| Total | 1,647,694 | 5.05 | |

El mayor porcentaje de casos ocurre en los adultos que acumulan el 56% de los casos. Las mayores tasas de ataque corresponden al grupo de adultos y adulto mayor. Considerando a los jóvenes como grupo de referencia para la razón de tasas, se evidencia que el mayor riesgo de enfermar ocurre en los adultos con un 48% y en los adultos mayores con 39%. En el 2020, el 51.5% de los casos corresponden a personas de sexo masculino y 48.5% a personas de sexo femenino. En el 2021, el 51.6% de los casos corresponden a personas de sexo masculino y 48.4% a personas de sexo femenino. (6)

La mortalidad por COVID-19 acumulada al 10 de abril de 2021 se concentra en regiones de la costa siendo las de más alta mortalidad Moquegua, Ica, Callao, Lima región, Lima Metropolitana y Tumbes. Las regiones Ancash, Tacna y Lambayeque no están en el cuartil más alto de la mortalidad, pero superan la tasa nacional de defunciones. El 10 de abril se registró 234 defunciones confirmadas, Lima Metropolitana registró 87 defunciones confirmadas. A la fecha, se tienen 15 238 pacientes hospitalizados por la COVID-19, de los cuales, 2073 se encuentran en UCI con ventilación mecánica.

Las defunciones confirmadas por región:

| Regiones | Defunciones confirmadas por COVID-19 |
|---------------------|---|
| Amazonas | 387 |
| Ancash | 2,264 |
| Apurímac | 361 |
| Arequipa | 2,212 |
| Ayacucho | 654 |
| Cajamarca | 991 |
| Callao | 2.913 |
| Cusco | 946 |
| Huancavelica | 303 |
| Huánuco | 851 |
| Ica | 2,515 |
| Junín | 1,855 |
| La Libertad | 3,360 |

| | |
|---------------------------|--------|
| Lambayeque | 2.333 |
| Lima Metropolitana | 21,811 |
| Lima Región | 2,383 |
| Loreto | 1,346 |
| Madre de Dios | 206 |
| Moquegua | 497 |
| Pasco | 311 |
| Piura | 2,651 |
| Puno | 712 |
| San Martín | 1,038 |
| Tacna | 699 |
| Tumbes | 518 |
| Ucayali | 783 |
| Total | 54,903 |

La información que tenemos actualmente, menciona que el virus puede causar síntomas leves similares a los de una gripe. Los síntomas más frecuentes son: fiebre (83%-98%), tos (68%) y disnea (19%-35%). Además, estos datos reflejan que el 81% de los casos suelen ser leves, alrededor de 14% parece provocar un cuadro grave y cerca de 5% son casos críticos. El virus que causa la enfermedad COVID-19 puede infectar a las personas de cualquier edad, pero el riesgo de un cuadro más grave aumenta gradualmente con la edad empezando alrededor de los 40 años. La evidencia hasta la fecha menciona que hay dos grupos de personas que tienen mayor riesgo de sufrir cuadros severos atribuidos a la enfermedad COVID-19. Estos son, las personas mayores (es decir, aquellas personas con más de 60 años de edad) y aquellos con condiciones médicas preexistentes (como enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades crónicas respiratorias y el cáncer). Esta grave situación, una vez pasada la epidemia, se deberá exigir al Estado Peruano, el comienzo de una profunda reforma sanitaria, que tenga como objetivo un sistema único y universal de la salud, integrado y coordinado, donde se retome el rol rector del Ministerio de Salud, y que además se cuente con recursos económicos sólidos y reales, que sirva a su vez para tener una

red nacional de laboratorios moderna, integrada y de excelente calidad en beneficio de toda la Sociedad Peruana.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Casos clínicos de Ginecología y Obstetricia:

1. Infección de tracto urinario recurrente en gestantes: Las infecciones del tracto urinario es una patología común en gestantes, puede ser infección de tracto urinario inferior o superior. Los síntomas comunes de la cistitis aguda en gestantes incluyen la aparición repentina de disuria, urgencia y frecuencia urinaria, además se observan con frecuencia hematuria y piuria en el análisis de orina. El diagnóstico se confirma al encontrar crecimiento bacteriano en el cultivo de orina. El tratamiento empírico generalmente se inicia en un paciente con síntomas consistentes y piuria en el análisis de orina hasta el resultado definitivo de urocultivo. La cistitis recurrente se denomina, tres o más episodios de cistitis durante el embarazo, la profilaxis antimicrobiana en este caso es una estrategia justificable para prevenir episodios futuros. La profilaxis puede ser poscoital si se cree que la cistitis está relacionada sexualmente o continua. Idealmente, se puede utilizar profilaxis diaria o poscoital con dosis bajas de nitrofurantoína (50 a 100 mg por vía oral después del coito o al acostarse) o cefalexina (250 a 500 mg por vía oral después del coito o al acostarse) (7). Contrastando la información del caso clínico de la gestante con infección urinaria recurrente, el tratamiento medico para este caso en específico era lo correcto, ya que como antecedente presentaba 3 urocultivos positivos, se indico tratamiento con cefalexina y posteriormente con urocultivo negativo, se indicó nitrofurantoina como tratamiento profiláctico hasta el término del embarazo.

2. Trabajo de parto fase activa: La Organización Mundial de la Salud en 2018 define la fase activa del trabajo de parto, como la situación en la que se presentan contracciones dolorosas y regulares, con una disminución importante del cuello cervical y dilatación igual o mayor a los 5 centímetros, tanto en nulíparas como en multíparas. La progresión de la dilatación normal, a partir de los 5 cm, igual o mayor a 0,5 cm/h. La mayoría de los casos no dura más de 12 horas en la nulípara ni más de 10 horas. La decisión de intervenir ante una supuesta prolongación de la primera etapa del parto, es en función del progreso de la dilatación y otros factores obstétricos y no exclusivamente en base a la duración. Generalmente, todas las gestantes que llegan a fase activa deben internarse en centro obstétrico para un monitoreo materno y fetal constante, realización de partograma y tactos vaginales cada 4 horas (8). Esta paciente, ingresa a emergencia con una dilatación de 7cm, por lo que se encontraba en fase activa, se decide ingresar a la paciente a centro obstétrico para el monitoreo fetal y materno, finalmente el parto vaginal 1 hora después del ingreso a emergencia, no hubo complicaciones respecto al progreso y atención al parto.

3. Placenta previa: Se refiere a la presencia de tejido placentario que se extiende sobre el orificio cervical interno. Debido a que esto puede traer como consecuencias hemorragias graves antes del parto y posparto, se relaciona con altos riesgos de parto prematuro y morbilidad materna y neonatal. La placenta previa que sangra activamente es una posible emergencia obstétrica. Estas mujeres deben ser internadas en la Unidad de Trabajo de Parto y Parto para monitoreo constante materno y fetal, y se debe notificar al equipo de anestesia. El manejo esencial es la hidratación, con una o dos vías intravenosas de gran calibre y se infunden cloruro de sodio para mantener la estabilidad hemodinámica. Un parto por cesárea siempre está indicado cuando hay evidencia ecográfica de placenta previa y un feto viable. El parto vaginal se puede considerar en circunstancias raras, como en presencia de una muerte fetal, siempre que la madre permanezca hemodinámicamente estable (9). Por lo que, en este caso, la paciente no llegó con sangrado activo en emergencia, sin embargo, horas después comenzó a presentar dinámica uterina provocando un sangrado activo, el tratamiento definitivo de esta paciente fue cesárea de emergencia, ya que en placenta previa no esta

indicado el parto vaginal. Contrastando esta información con el caso clínico, coincidieron.

4. Vulvovaginitis por *Trichomona Vaginalis*: Es la enfermedad de transmisión sexual más común en todo el mundo. La tricomoniasis es una de las tres causas infecciosas comunes de molestias vaginales entre las mujeres en edad reproductiva, junto con la vaginosis bacteriana y la vulvovaginitis candidiásica, y una causa de uretritis en los hombres; sin embargo, la infección suele ser asintomática en la mayoría de los casos. Los signos y síntomas comunes de una infección aguda incluyen una secreción fina, maloliente y purulenta asociada con ardor, prurito, disuria, frecuencia, dolor abdominal bajo o dispareunia. En la infección crónica, los signos y síntomas son más leves y pueden incluir prurito y dispareunia, con escasa secreción vaginal. El cultivo de secreciones vaginales en medio de Diamond se consideró el método gold standard para diagnosticar la infección por *T. vaginalis*. El tratamiento es metronidazol 500 mg por vía oral dos veces al día durante siete días es el tratamiento efectivo. Se ha recomendado el tratamiento con una sola dosis oral de 2 g de tinidazol o metronidazol (es decir, cuatro comprimidos de 500 mg), los ensayos que comparan los regímenes de metronidazol de uno o varios días en mujeres con y sin VIH han demostrado tasas de curación más altas cuatro semanas después del tratamiento con el régimen de siete días (10). Por lo que el tratamiento de esta paciente de metronidazol, la dosis y duración del antibiótico fueron correctos contrastado con esta información científica, logrando así la recuperación del paciente.

3.2 Casos clínicos de Cirugía y Traumatología:

1. Apendicitis: La apendicitis, una inflamación del apéndice vermiforme vestigial, es una de las causas más comunes de abdomen agudo y una de las indicaciones más frecuentes para un procedimiento quirúrgico abdominal de emergencia en todo el mundo. En la presentación clásica, el paciente describe la aparición del dolor abdominal como primer síntoma. El dolor es típicamente de naturaleza periumbilical con migración posterior al cuadrante inferior derecho a medida que avanza la inflamación. Aunque se considera un síntoma clásico, el dolor migratorio ocurre sólo en el 50 al 60 por ciento de los pacientes con apendicitis. Las náuseas y los vómitos, si se presentan, suelen

seguir al inicio del dolor. Los síntomas relacionados con la fiebre generalmente ocurren más tarde en el curso de la enfermedad. La puntuación Alvarado se puede utilizar para identificar a los pacientes con una probabilidad muy baja de apendicitis aguda con el fin de triaje a la evaluación de otras causas de dolor abdominal. Los pacientes con una puntuación alta de Alvarado deben ser evaluados más a fondo con imágenes antes del tratamiento. Aunque se han propuesto varios sistemas de puntuación para estandarizar la evaluación clínica y de laboratorio de la apendicitis aguda, la puntuación de Alvarado modificada es la más utilizada (11). El tratamiento recibido por este paciente, según revisión de otros artículos científicos, fue el adecuado, llevando así a la mejoría del paciente.

2. Uña encarnada: Las uñas encarnadas se producen cuando una espícula de la placa ungueal lateral perfora el pliegue ungueal lateral y penetra en la piel, con la consiguiente reacción inflamatoria de cuerpo extraño e infección secundaria. La gran uña del pie es la más comúnmente afectada. Los signos y síntomas característicos incluyen dolor, edema, exudado y tejido de granulación. Los factores predisponentes incluyen zapatos mal ajustados, recorte excesivo de la placa lateral de la uña, deformidad de la uña en pinza y trauma. El diagnóstico se basa en la apariencia clínica y rara vez es difícil. El tratamiento de las uñas encarnadas depende de la gravedad de la lesión. Se debe educar a todos los pacientes sobre el corte adecuado de uñas; Se debe permitir que la placa ungueal lateral crezca mucho más allá del pliegue ungueal lateral antes de recortarla horizontalmente. También se debe educar a los pacientes sobre la importancia de un calzado que le quede bien. Como tratamiento de preferencia es la onicectomía parcial (12). Por lo que el tratamiento fue realizado de igual manera en nuestro paciente, posterior a eso educar sobre el corte adecuado para uñas y el calzado adecuado para evitar volver a presentar la misma afección.

3. Quemadura de segundo grado: Las quemaduras se consideran comúnmente como lesiones en la piel causadas por un calor excesivo. En términos más generales, las quemaduras son el resultado de lesiones traumáticas en la piel u otros tejidos causadas principalmente por exposiciones térmicas u otras exposiciones agudas. Las quemaduras se producen cuando algunas o todas las células de la piel u otros tejidos son

destruidas por el calor, las descargas eléctricas, la fricción, los productos químicos o la radiación. Las quemaduras son heridas agudas causadas por una agresión aislada y no recurrente, y la curación idealmente progresa rápidamente a través de una serie ordenada de pasos. Regla de los nueves: para la evaluación de adultos, el método más rápido para estimar el TBSA en adultos. Método de la palma: las quemaduras pequeñas o en parches se pueden aproximar utilizando el área de la superficie de la palma del paciente. La palma de la mano del paciente, excluidos los dedos, representa aproximadamente el 0,5 por ciento de la superficie corporal total, y la superficie palmar completa, incluidos los dedos, es el 1 por ciento en niños y adultos. Después de quitar la ropa, las joyas (p. Ej., Anillos) y los escombros no adherentes, las quemaduras se pueden enfriar con agua a temperatura ambiente o agua fría del grifo para aliviar el dolor y limitar la lesión tisular. El tratamiento con sulfadiazina de plata contra las infecciones por quemaduras, con una venda no compresiva, requiere una curación diaria (13). En nuestro caso se cumplió con el mismo tratamiento, de una curación diaria con sulfadiazina de plata hasta presentar una piel anacarada y luego ceder con la aplicación, para que pueda regenerar totalmente por su cuenta.

4. Fractura epífisis distal no desplazada: El radio distal es el sitio de fractura más común en la extremidad superior. La familiaridad con la anatomía de la muñeca y la historia natural de los principales tipos de fracturas es esencial para el tratamiento adecuado de las fracturas del radio distal. El mecanismo más común de las fracturas del radio distal es la caída sobre una mano extendida con la muñeca en extensión. Se necesita una fuerza mínima para producir una fractura del radio distal en el hueso osteoporótico, y puede ocurrir una lesión después de una caída desde una altura de pie o más baja. En pacientes jóvenes sanos, las fracturas del radio distal a menudo ocurren después de lesiones violentas directamente en el hueso o por una carga de compresión que empuja el escafoides o el semilunar hacia el radio distal, produciendo una fractura en "troquel". Es más probable que estas fracturas de alta energía sean conminutas e intraarticulares y se produzcan en asociación con otras lesiones importantes (14). Como primera indicación es inmovilizar el miembro afectado, ya que al no ser desplazada y extraarticular no necesita cirugía, por lo tanto en nuestro tratamiento con yeso, fue el

correcto y con el debido control hasta el fin del tratamiento se pudo ver una buena consolidación del hueso y listo para el manejo con terapia física y rehabilitación.

3.3 Casos clínicos de Pediatría:

1. Enfermedad por arañazo de gato: la enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una enfermedad infecciosa que se caracteriza típicamente por una linfadenopatía regional autolimitada. Las manifestaciones de la EAG, sin embargo, pueden incluir afectación de órganos viscerales, neurológica y ocular. Los gatos sirven como reservorio natural de *B. henselae* y el organismo causa bacteriemia intraeritrocítica que puede persistir durante un año o más en algunos gatos. Después de la inoculación de *B. henselae* en humanos, el organismo suele causar una infección local que se manifiesta como linfadenopatía regional. Dentro del huésped humano, *B. henselae* invade las células endoteliales provocando una reacción inflamatoria aguda asociada con la activación de una cascada proinflamatoria. Para pacientes con linfadenitis, sugerimos un ciclo de azitromicina de cinco días. Los mejores datos disponibles para respaldar este régimen provienen de un ensayo prospectivo aleatorizado controlado con placebo de 29 pacientes inmunocompetentes (incluidos niños y adultos) con CSD típica. Siete de los 14 pacientes que recibieron azitromicina tuvieron una disminución del 80 por ciento o más en el volumen de los ganglios linfáticos durante un período de seguimiento de 30 días en comparación con sólo uno de los siete que recibieron placebo. En pacientes intolerantes a la azitromicina, sugerimos un ciclo de 7 a 10 días de claritromicina, rifampicina o trimetoprim-sulfametoxazol. Para los pacientes con linfadenitis que no responden a la terapia después de tres o cuatro semanas, repetimos el tratamiento con un ciclo de cinco días de azitromicina, como se indicó anteriormente, y también agregamos rifampicina durante cinco días (15). En nuestro caso, el paciente no presentó intolerancias al tratamiento inicial con azitromicina y obtuvo una buena evolución, por lo cual no se optó por rotar o aumentar antibióticos.

2. Convulsión febril: Las convulsiones febriles son el trastorno neurológico más común de bebés y niños pequeños. Son un fenómeno dependiente de la edad, que ocurre en el 2 al 4 por ciento de los niños menores de cinco años.

Las convulsiones febriles simples, definidas como convulsiones generalizadas que duran menos de 15 minutos y que no se repiten durante un período de 24 horas, representan la mayoría de las convulsiones febriles. Si bien eventualmente reaparecen en aproximadamente un tercio de los niños durante la primera infancia, son un fenómeno por lo demás benigno y están asociados con un riesgo de epilepsia en el futuro que es solo un poco más alto que el de la población general. Las convulsiones febriles que son focales, prolongadas o múltiples dentro de las primeras 24 horas se definen como complejas. Las convulsiones febriles complejas son un grupo más heterogéneo, asociado con un mayor riesgo de recurrencia durante la primera infancia y una mayor probabilidad de futuras convulsiones afebriles. Los criterios generalmente aceptados para las convulsiones febriles incluyen: una convulsión asociada con una temperatura elevada superior a 38 ° C, un niño mayor de seis meses y menor de cinco años, ausencia de infección o inflamación del sistema nervioso central (SNC), ausencia de alteración metabólica sistémica aguda que pueda producir convulsiones, sin antecedentes de convulsiones afebriles previas. Al igual que con las convulsiones afebriles, se deben tratar las convulsiones febriles que continúan durante más de cinco minutos. Las benzodiazepinas intravenosas (diazepam 0.1 a 0.2 mg / kg o Lorazepam 0.05 a 0.1 mg / kg) son efectivas para abortar las convulsiones en muchos casos. Si la convulsión persiste, se puede administrar una dosis adicional. El estado respiratorio y circulatorio del niño debe controlarse cuidadosamente y debe realizarse una intervención avanzada de las vías respiratorias (p. Ej., Ventilación con bolsa-mascarilla, vía aérea con mascarilla laríngea, vía aérea artificial definitiva) si el estado ventilatorio se vuelve inadecuado. Cuando el acceso intravenoso no está disponible o no se puede lograr, el midazolam bucal es una alternativa eficaz; una dosis típica es de 0,2 mg / kg, la dosis máxima de 10 mg. El Lorazepam intranasal también es una opción (16). Nuestro paciente presente la convulsión por mas de 5 minutos, por lo cual se decide usar diazepam ya que si se pudo encontrar una vía endovenosa, la cual hace que cese el cuadro convulsivo y nuestro paciente dentro de las 24 horas no volvió a presentar otra convulsión, porque lo que no se requirió otra dosis de diazepam.

3. Enfermedad diarreica acuosa aguda: La diarrea es el paso de heces blandas o acuosas al menos tres veces en un período de 24 horas. Las enfermedades diarreicas son la segunda causa principal de mortalidad infantil; entre los niños menores de cinco años en todo el mundo, causa aproximadamente entre 1,5 y 2 millones de muertes al año. En países con recursos limitados, los bebés experimentan una mediana de seis episodios al año; los niños experimentan una mediana de tres episodios al año. En lactantes y niños pequeños, la diarrea acuosa aguda se debe con mayor frecuencia al rotavirus. La evaluación del niño con diarrea se puede dividir en cuatro componentes para guiar el manejo clínico: clasificación del tipo de enfermedad diarreica, evaluación del estado de hidratación, evaluación del estado nutricional, evaluación de condiciones comórbidas. El objetivo de la terapia de reemplazo es reponer los déficits de agua y electrolitos perdidos. La fase de reemplazo se continúa hasta que no se presenten todos los signos y síntomas de depleción de volumen y el paciente haya orinado; idealmente, esto se logra durante las primeras cuatro horas de terapia. La terapia de mantenimiento contrarresta las pérdidas continuas de agua y electrolitos; esta fase continúa hasta que se resuelven todos los síntomas. La mayoría de los niños con diarrea aguda deben recibir tratamiento con solución de rehidratación oral (SRO), una mezcla de agua, sales y glucosa, tanto en la fase de reemplazo como en la de mantenimiento (17). En relación con la literatura científica, el paciente que presento una diarrea de cuadro viral, con signos de deshidratación leve, se trato de forma adecuada con el suero de rehidratación oral bajo observación, obteniendo resultados favorables.

4. Celulitis: la celulitis (que incluye erisipela) se manifiesta como un área de eritema, edema y calor de la piel; se desarrolla como resultado de la entrada de bacterias a través de brechas en la barrera cutánea. La causa más común de celulitis son los estreptococos betahemolíticos (grupos A, B, C, G y F), más comúnmente los estreptococos del grupo A o *Streptococcus pyogenes*; *S. aureus* (incluidas las cepas resistentes a la meticilina) es una causa notable pero menos común. Celulitis y la erisipela se manifiestan como áreas de eritema, edema y calor de la piel; se desarrollan como resultado de la entrada de bacterias a través de brechas en la barrera cutánea. Pueden observarse petequias y / o hemorragias en la piel eritematosa y pueden aparecer ampollas

superficiales. También puede haber fiebre y otras manifestaciones sistémicas de infección. No se requieren pruebas de laboratorio para pacientes con infección no complicada en ausencia de comorbilidades o complicaciones. En cuanto al tratamiento antibiótico en hospital el uso de Cloxacilina de 100 a 150 mg/kg/día, o amoxicilina/acido clavulánico 80 a 100 mg/kg/día tras mostrar mejora relevar a vía oral a dosis indicadas hasta completar tratamiento de 7 a 10 días de tratamiento (18). En este caso nuestro paciente siguió el tratamiento indicado mostrando una evolución favorable, por lo cual se roto el antibiótico a vía oral desde casa, el cual a su tele consulta a los 7 días de tratamiento se noto una notable mejora con respecto a la lesión.

3.4 Casos clínicos de Medicina Interna:

1. Neumonía típica: La presentación clínica de la NAC varía, desde una neumonía leve caracterizada por fiebre y tos productiva hasta una neumonía grave caracterizada por dificultad respiratoria y sepsis. el *Streptococcus pneumoniae* y los virus respiratorios son los patógenos detectados con mayor frecuencia en pacientes. La tos (con o sin producción de esputo), la disnea y el dolor torácico pleurítico se encuentran entre los síntomas más comunes asociados con la neumonía. Los signos de neumonía en el examen físico incluyen taquipnea, aumento del trabajo respiratorio y ruidos respiratorios adventicios, incluidos estertores / crepitantes y roncus. El frémito táctil, la egofonía y la torpeza a la percusión también sugieren neumonía. Las alternativas a los regímenes basados en amoxicilina incluyen la terapia combinada con una cefalosporina más un macrólido o doxiciclina. Para la mayoría de los pacientes <65 años que por lo demás están sanos y no han usado antibióticos recientemente, generalmente usamos amoxicilina oral (1 g tres veces al día) más un macrólido (por ejemplo, azitromicina o claritromicina) o doxiciclina. Para los pacientes que pueden usar cefalosporinas, usamos una cefalosporina de tercera generación más un macrólido o doxiciclina (19). El tratamiento que recibió el paciente fue el adecuado, ya que es una de las alternativas en el tratamiento de neumonía, si bien no tenía criterio de hospitalización, se hizo esto para evitar mayor complicación en el adulto.

2. Intoxicación por órganos fosforados: Los insecticidas organofosforados son comunes, algunos incluyen malatión, paratión, dinitrato, fentión, propoxur y diclofenotión. Se utiliza en la agricultura, horticultura y en uso doméstico, presentándose esta intoxicación en fumigadores, cosechadores, Los agentes organofosforados actúan al inhibir la acción de la acetilcolinesterasa sobre la sinapsis hística (muscarínicas y nicotínicas), por depósito de un grupo fosforil en el centro de actividad de la enzima. Síntomas y signos incluyen salivación excesiva y lacrimación, fasciculaciones y debilidad muscular, miosis, presenta frecuentemente, depresión del estado de la conciencia e incluso convulsiones. El diagnóstico de envenenamiento por organofosforado es primordialmente clínico. El tratamiento es la descontaminación con jabón y agua, iniciar el ABC para la estabilización y el uso de atropina para revertir los síntomas iniciales, la dosis es de 1-3mg en adultos endovenoso (niños 0.02mg/kg) (20). Con respecto al caso clínico, el diagnóstico de intoxicación de órganos fosforados fue diagnosticado y tratado a tiempo, por lo que la evolución fue favorable. Esta patología es común en la zona de Huaral y Chancay, por lo que el diagnóstico, en muchas ocasiones era con el examen físico.

3. Alergia alimentaria: La principal estrategia terapéutica en el tratamiento de la alergia alimentaria es evitar el alérgeno culpable. Una vez que el individuo se ha sensibilizado, es decir, ha producido IgE contra un alimento determinado, presentará síntomas cada vez que lo coma. Estos síntomas debidos a la alergia a alimentos pueden ser muy variados. Los más frecuentes son picor en la boca, hinchazón de labios o lengua, náuseas, vómitos o diarrea, picor o urticaria generalizada ("habones" o "ronchas"), angioedema de labios, párpados, rinitis, asma y mareo, caída de tensión, y pérdida de consciencia (choque anafiláctico). El diagnóstico de una alergia a alimentos se basa en la demostración de anticuerpos de tipo IgE frente al alimento que ha inducido síntomas. Este requiere un abordaje integral del paciente, realizado con un equipo multidisciplinario que incluye a Alergistas y Profesionales en Nutrición. Comienza con la supresión de la ingesta del alimento en cuestión y de todos aquellos que pueden provocar reacciones cruzadas (21). El manejo de este paciente fue el adecuado ya que se hizo el manejo de ABCD de emergencia para evitar complicaciones de shock anafiláctico y posterior se hizo el manejo de un corticoide + antihistamínico.

4. Pancreatitis aguda: La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio agudo del páncreas. En el examen físico, los pacientes pueden presentar distensión abdominal y ruidos intestinales hipoactivos debido a un íleo secundario a inflamación, pueden tener ictericia escleral debido a ictericia obstructiva debido a coledocolitiasis o edema de la cabeza del páncreas. El diagnóstico de pancreatitis aguda debe sospecharse en un paciente con inicio agudo de un dolor epigástrico intenso y persistente con sensibilidad a la palpación en el examen físico, también requiere la presencia de dos de los tres criterios siguientes: inicio agudo de dolor epigástrico persistente y severo que a menudo se irradia a la espalda, elevación de la lipasa o amilasa sérica a tres veces o más que el límite superior de la normalidad, y hallazgos característicos de la pancreatitis aguda en las imágenes. El tratamiento inicial es el reemplazo de fluidos 5-10ml/kg de solución salina, se ha asociado con una reducción de la morbilidad y la mortalidad. El control del dolor que puede ser desde antiinflamatorios no esteroideos hasta el uso de opioides (22). El tratamiento inicial en este caso particular fue el adecuado, ya que iniciaron hidratación y analgésicos lo más pronto posible, además de ninguna ingesta por vía oral. Dentro de la estancia hospitalaria el paciente no presentó complicaciones por lo que la tolerancia de líquidos y sólidos fueron precoces y fue dado de alta.

CAPÍTULO IV: RELFEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Respecto al internado médico, el establecimiento de salud incluye al estudiante interno como parte de su organización y lo resalta de las y los estudiantes de generaciones nuevas brindándole un puesto, un lugar, en la estructura jerárquica del orden médico y, con él, la asigna una suma de responsabilidades y tareas, así como una gama de derechos que antes no tenía, aunque asistiera al hospital con cierta regularidad como estudiante pregrado.

Durante el año de internado, los internos revisan los temas aprendidos durante los años de pregrado, y como parte de sus actividades diaria de aprendizaje discuten y solucionan problemas de acuerdo con las experiencias que tienen en el hospital.

El internado médico, por ser una nueva experiencia totalmente nueva de lo que hasta ese momento era conocido, provocando temor a lo desconocido, al mismo tiempo satisfacción el haber llegado hasta donde nos encontramos, que en un principio se veía lejana, sin embargo, el recorrido fue duro. Es una etapa importante para adquirir conocimiento teórico práctico y con ello la experiencia que un médico necesita para desarrollar habilidades y destrezas para un desempeño profesional satisfactorio. Teníamos interrogantes si realmente estamos preparados para asumir nuevos retos y responsabilidades, sobre si el conocimiento adquirido en las aulas o noches de estudio era suficiente para responder adecuadamente a las necesidades de los pacientes, aun como internos nos falta un gran camino por recorrer y mucho que aprender.

Es una etapa crucial para aprender a tener un contacto estrecho con el paciente, matizado por nuevas posiciones en esa relación interpersonal, además de la gran responsabilidad sobre brindarle solución a los problemas de los pacientes.

Respecto al ambiente que encontramos en el Hospital de Chancay, fue un ambiente de respeto y colaboración, con personas amables, responsables e interesadas con el aprendizaje del interno, la convivencia fue muy grata y agradecemos a cada personal de salud que dedico su tiempo para crecer como profesional y convertirnos en lo que somos hoy día. Una de las incomodidades siempre ha sido el poco tiempo para estudiar debido al arduo trabajo que realizamos en el hospital, que incluso tenemos que permanecer en el hospital fuera de nuestro horario de trabajo para cumplir todas las responsabilidades asignadas, y por lo tanto el sentimiento de cansancio y trabajo agotador. El ambiente de aprendizaje es variado, desde seminarios con exposiciones de un tema en específico con un docente a cargo especialista de dicho tema, como la discusión de casos clínicos inusuales que se presentan en el servicio, por lo que cada minuto de aprendizaje es aprovechado. Sin embargo, la etapa de internado medico se vislumbra como una oportunidad para aprender y tener grandes experiencias en lo personal y profesional, que sin ninguna duda es una etapa que requiere mucho trabajo, pero a la vez con un gran sentimiento de satisfacción de poder ayudar a los demás.

4.1 Expectativas y realidades del internado medico:

En este internado, se esperaba conocer múltiples y diferentes casos en cada rotación, sin embargo, debido a la actual situación del país que se encuentra por la pandemia, la afluencia de pacientes se ha disminuido por el aumento de casos COVID, ya que la mayoría tiene temor en acudir en el hospital por lo que predomina las emergencias y muy poco las atenciones en consultorio, en la cual se conocería distintas patologías relacionadas a la promoción y prevención.

El inicio del internado fue el 1 de enero del 2020, los primeros 3 meses el horario fue de 8:00 – 17:00 horas, en esta etapa el trabajo era arduo debido a la gran afluencia de pacientes que había en cada servicio, por lo la hora de

salida muchas veces era tarde. Sin embargo, pudimos aprender muchos casos nuevos desde el diagnóstico y tratamiento, así como la opinión de profesionales expertos en las patologías poco comunes que se presentaban en el servicio. Además de que la enseñanza era constante, la dedicación y relación médico – paciente era incluso más estrecha que en tiempos de pandemia. Estos 3 meses fue un tiempo que fue muy rico para nuestro conocimiento, aprendimos a actuar ante cualquier adversidad que se presente inesperadamente en un paciente y el desarrollo de habilidades de destreza era mayor que en pandemia. En conclusión, en este periodo de 3 meses, tuvimos relación médico – paciente más estrecho, la afluencia de pacientes era mayor por lo que era común conocer casos inusuales y pocos comunes, aprendimos a adquirir gran destreza en el manejo de casos comunes, como por ejemplo, en el servicio de gineco-obstetricia la atención de un parto, los controles prenatales, evaluación del paciente postparto, tratamiento de una infección urinaria en el embarazo. En el caso de servicio de medicina adquirimos gran destreza en el manejo de intoxicaciones alimentarias, urgencias hipertensivas, manejo de pancreatitis, dolor abdominal, intoxicación por órgano fosforados.

En tiempo de pandemia, cada rotación hubo cambios significativos, por ejemplo, en el área quirúrgica tanto en Ginecología como Cirugía, predominan las cirugías de emergencia, mas no las cirugías electivas que para muchos pacientes dichas patologías no catalogadas como emergencia supone una mala calidad de vida, como mioma uterino que predomina el sangrado conllevando a una anemia, o como el caso de colecistitis crónica que conlleva al paciente a un dolor crónico dependiente de analgésicos.

Otro aspecto crucial, es la reducción de las horas de práctica clínica, ya que al verse reducido la cantidad de pacientes que son atendidos en el hospital y el reducido tiempo de 6 horas (7:00 – 13:00 horas), no es suficiente para poder enfatizar, practicar, consolidar conocimientos y adquirir una gran destreza en el diagnóstico y tratamiento frente a los casos que habitualmente se observaría.

CONCLUSIONES

La profesión médica es una actividad que requiere mucho esfuerzo, ya que requiere un intenso trabajo que debemos realizar, incluso supone dejar de lado los compromisos personales y las comodidades para ofrecer la atención que requiere los pacientes para aliviar las molestias que ellos presentan.

El internado de medicina consiste en prácticas pre – profesionales que ocurre durante el último año de la carrera de medicina, donde se realizan 4 grandes rotaciones, las cuales son ginecología y obstetricia, cirugía, pediatría y medicina interna. El internado es fundamental en la formación ya que son guiados por médicos, que con mayor destreza y responsabilidad por los años de práctica con contacto con pacientes. Este periodo de internado es fundamental para conseguir el título profesional de médico cirujano, por lo que es un requisito obligatorio. Al final del internado, los internos de centro de salud son evaluados sobre los conocimientos adquiridos tanto en el internado como los años anteriores de pregrado por el Examen Nacional de Medicina (ENAM), este examen es requisito para poder colegiarse y ejercer como médico cirujano en el territorio peruano.

El periodo del internado medico es de un año calendario, iniciando el 1 de enero y culminando el 31 de diciembre del mismo año. Sin embargo, la situación en el que nos encontramos actualmente debido a la pandemia por el COVID-19, el periodo es de 1 año y 4 meses, finalizando el mes de abril 2021, debido al periodo de cuarentena que inicio en el mes de marzo hasta el mes de julio, por lo cual el internado medico fue suspendido a nivel nacional durante este periodo.

La etapa de internado medico es una experiencia inolvidable, irremplazable y fundamental para el desarrollo como médico profesional. Es este periodo se combina una función educativa para la adquisición de conocimientos,

destrezas, habilidades y actividad de servicio a los pacientes atendidos en los hospitales y centros de salud, donde se consolida el trabajo en equipo, aspecto afectivo y comunicacional tanto en personal de salud como en los pacientes. Esta etapa es crucial para aprender a tener un contacto estrecho con el paciente, matizado por nuevas posiciones en esa relación interpersonal, además de la gran responsabilidad sobre brindarle solución a los problemas de los pacientes.

RECOMENDACIONES

Se ha registrado que los médicos cirujanos opinan que, para ser un buen médico, se debe estar muy bien preparado, lo que se logra estudiando arduamente y “estando al lado del paciente”; que la carrera de medicina requiere mucho sacrificio, el médico debe de tener mucha preparación y estudio continuo por lo que tiene la obligación de estarse actualizando cotidianamente. (23)

Una de las bases de la profesión médica se encuentra en la llamada relación médico paciente. Su importancia es no sola efectividad terapéutica, pues al intervenir en las necesidades afectivas de los pacientes trasciende la simple atención de un daño físico concreto e incide por añadidura en estratos más profundos que tienen que ver con el deseo de curarse, la recuperación de la esperanza y la alegría de vivir sano. La importancia de la relación médico paciente en la atención médica es incuestionable; de sus cualidades depende la efectividad terapéutica y tal vez hasta la supervivencia misma de la profesión médica. De ello se desprende la importancia que adquiere esa relación para el futuro médico.

En nuestro internado medico uno conoce la muerte, la frustración, la fatiga física de las guardias; se llena de dudas, reconocemos nuestras limitaciones, pero también se inicia la realización de procedimientos, se aplican los conocimientos, ganando mucha experiencia en muchas áreas, pero en esta pandemia todo disminuyo, por lo tanto el reto educativo seria: enseñar en mejor estructura una mayor cantidad de áreas de la medicina, de las enfermedad que se están incrementando y en un menor tiempo lograr estos objetivos , dentro del marco que estamos viviendo.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Gob.pe [Internet]. Perú: Empresa peruana de servicios editoriales; lunes 3 de agosto de 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/qu/institucion/mef/normas-legales/1050976-090-2020>
2. Gob.pe [Internet]. Perú: Empresa peruana de servicios editoriales ;2020. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/DOCUMENTO_TECNICO.pdf
3. Hospitaldechancay.gob.pe[Internet]. Perú. Editorial Chancay;2021. Disponible en: <http://www.hospitaldechancay.gob.pe/page.php?i=33&c=v2X585iMpKbkpll1cMqO2A>
4. Ciro Maguiña Vargas. Reflexiones sobre el COVID-19, el Colegio Médico del Perú y la Salud Pública. Acta Med Peru. 2021; 37(1):8-10. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v37n1/1728-5917-amp-37-01-8.pdf>
5. data.larepublica.pe [Internet]. Rider Bendezú; 2021. Disponible en: <https://data.larepublica.pe/envivo/1552578-casos-confirmados-muertes-coronavirus-peru>
6. dge.gob.pe[Internet]. NetLab INS y SICOVID; 2021. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/coronavirus100421.pdf>
7. Thomas M Hooton, MDKalpana Gupta, MD, MPH. Infecciones del tracto urinario y bacteriuria asintomática en el embarazo. UpToDate [Internet]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=infeccion%20urinaria%20en%20gestantes&source=search>

h_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H253488747

8. Robert M Ehsanipoor, MD, Andrew J Satin, MD, FACOG. Progresión del trabajo de parto normal y anormal. UpToDate [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/normal-and-abnormal-labor-progression?search=trabajo%20de%20parto&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

9. Charles J Lockwood, MD, MHCM, Karen Russo-Stieglitz, MD. Placenta previa: manejo. UpToDate [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/placenta-previa-management?search=placenta%20previa%20marginal&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1455367375

10. Dr. Jack D. Sobel, Caroline Mitchell, MD, MPH. Tricomoniasis. UpToDate [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/trichomoniasis?search=tratamiento%20de%20trichomona&source=search_result&selectedTitle=1~110&usage_type=default&display_rank=1#H1

11. Ronald F Martin, MD. Apendicitis aguda en adultos: manifestaciones clínicas y diagnóstico diferencial. UpToDate [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

12. Beth G Goldstein, MD, Adam O Goldstein, MD, MPH. Manejo de las uñas encarnadas. UpToDate [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-ingrown-toenails?search=u%C3%B1a%20encarnada&source=search_result&selectedTitle=1~22&usage_type=default&display_rank=1

13. Phillip L Rice, Jr, MD, Dennis P Orgill, MD, PhD. Evaluación y clasificación de las quemaduras. UpToDate [Internet]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-classification-of-burn->

injury?search=quemadura%20de%20segundo%20grado&source=search_result&selectedTitle=2~56&usage_type=default&display_rank=2

14. Sandeep J Sebastin Muttath, MMed, FAMS, Kevin C Chung. Descripción general de las fracturas de dedos, manos y muñecas. UpToDate [Internet]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-finger-hand-and-wrist-](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-finger-hand-and-wrist-fractures?search=fractura%20no%20desplazada&source=search_result&selectedTitle=1~82&usage_type=default&display_rank=1)

[fractures?search=fractura%20no%20desplazada&source=search_result&selectedTitle=1~82&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-finger-hand-and-wrist-fractures?search=fractura%20no%20desplazada&source=search_result&selectedTitle=1~82&usage_type=default&display_rank=1)

15. David J Petron, MD. Fracturas del radio distal en adultos. UpToDate [Internet]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/distal-radius-fractures-in-](https://www.uptodate.com/contents/distal-radius-fractures-in-adults?search=fractura%20no%20desplazada%20radio&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

[adults?search=fractura%20no%20desplazada%20radio&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/distal-radius-fractures-in-adults?search=fractura%20no%20desplazada%20radio&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

16. David H. Spach, MD, Sheldon L. Kaplan. Tratamiento de la enfermedad por arañazo de gato. UpToDate [Internet]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-cat-scratch-](https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-cat-scratch-disease?search=Ara%C3%B1azo%20de%20gato&source=search_result&selectedTitle=2~75&usage_type=default&display_rank=2)

[disease?search=Ara%C3%B1azo%20de%20gato&source=search_result&selectedTitle=2~75&usage_type=default&display_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-cat-scratch-disease?search=Ara%C3%B1azo%20de%20gato&source=search_result&selectedTitle=2~75&usage_type=default&display_rank=2)

17. John J. Millichap, MD, FAAP. Tratamiento y pronóstico de las convulsiones febriles. UpToDate [Internet]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prognosis-of-febrile-](https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prognosis-of-febrile-seizures?search=convulsiones%20febriles%20en%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=2~140&usage_type=default&display_rank=2)

[seizures?search=convulsiones%20febriles%20en%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=2~140&usage_type=default&display_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prognosis-of-febrile-seizures?search=convulsiones%20febriles%20en%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=2~140&usage_type=default&display_rank=2)

18. Jason B. Harris, MD, MPH, Mark Pietroni, MA, FRCP. Abordaje del niño con diarrea aguda en países de recursos limitados. UpToDate [Internet]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-](https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited-countries?search=enfermedad%20diarreica&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5)

[acute-diarrhea-in-resource-limited-countries?search=enfermedad%20diarreica&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5](https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited-countries?search=enfermedad%20diarreica&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5)

19. Julio A Ramírez, MD, FACP. Descripción general de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos. UpToDate [Internet]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-community-acquired-](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-community-acquired-pneumonia-in-)

[pneumonia-in-](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-community-acquired-pneumonia-in-)

adults?search=neumonia%20adquiridda%20en%20la%20comunidad&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H104549599

20. Cabrera OA, Varela RW. Intoxicación por organofosforados. Medigraphic [Internet]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=31875>

21. Scott P Commins, MD, PhD. Intolerancia alimentaria y alergia alimentaria en adultos: una descripción general. UpToDate [Internet]. Disponible en:

<https://www.uptodate.com/contents/food-intolerance-and-food-allergy-in-adults-an->

[overview?search=alergia%20alimentaria&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H1504320129](https://www.uptodate.com/contents/food-intolerance-and-food-allergy-in-adults-an-overview?search=alergia%20alimentaria&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H1504320129)

22. Santhi Swaroop Vege. Manejo de la pancreatitis aguda. UpToDate [Internet]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-](https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguida&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H22664712)

[pancreatitis?search=pancreatitis%20aguida&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H22664712](https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguida&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H22664712)

23. Flores R, Coronado M, Sánchez A. Adhesión profesional médica: una cohorte simulada. Un estudio para su medición. Investigación en Salud. 2001, Vol.III, número 1:13-19.