



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL DE
EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA Y EL CENTRO
DE SALUD CHACARILLA DE OTERO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

SOFIA ALEJANDRA SERRANO FUNG

ASESOR

MG. JULIO CESAR LUQUE ESPINO

**LIMA, PERÚ
2021**



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS
JOSÉ CASIMIRO ULLOA Y EL CENTRO DE SALUD
CHACARILLA DE OTERO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
SOFIA ALEJANDRA SERRANO FUNG**

**ASESOR
MG. JULIO CESAR LUQUE ESPINO**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: M.E. Jorge Luis Herrera Quispe

Miembro: M.E. Felipe Tolentino Valladares

Miembro: M.E. Hugo Ortiz Souza

DEDICATORIA

Dedicado a Dios, a mis queridos padres y a mi hermana, por su apoyo incondicional que fue fundamental para concluir esta etapa.

A mi Mame, “la invencible”, la mujer más fuerte de la tierra, por inspirarme su fortaleza mental y física.

Sofía Alejandra Serrano Fung

AGRADECIMIENTO

A Juan Pa, por la grata coincidencia de volver a encontrarnos, este trabajo es tanto tuyo como mío.

A mi hermano de otra madre, Walle, por pasarme chocolates a las guardias y siempre animarme a seguir estudiando.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Medicina interna	1
11.2 Rotación de Cirugía General	6
1.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia	10
1.4 Rotación en Pediatría y Neonatología	12
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ	
LA EXPERIENCIA	17
2.1 Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa	17
2.2 Centro de Salud Chacarilla de Otero	19
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	21
3.1 Rotación de Medicina Interna	21
3.2 Rotación de Cirugía General	25
3.3 Rotación de Ginecología y Obstetricia	28
3.4 Rotación de Pediatría y Neonatología	30

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	35
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38
FUENTES DE INFORMACIÓN	39
ANEXOS	42

RESUMEN

El internado médico se realiza en el último año de muchas facultades de ciencias de la salud. La carrera de medicina en especial es una de las más beneficiadas con la experiencia; ya se vuelve una oportunidad para poder aplicar todo el conocimiento adquirido durante los años de carrera y se afianza con los diferentes pacientes que puedan llegar a las guardias.

El año 2020 como el 2021 fue difícil para todos, la pandemia del COVID 19 modificó la manera en la que se abordaba a los pacientes, en especial para los internos, lo cual era pan de cada día el poder estar en contacto con los pacientes y examinarlos; se aprendió a tomar distancia, hacer el examen físico solo si era estrictamente necesario para confirmar las sospechas diagnósticas. Por último, se aprendieron mejores medidas de protección para evitar el contagio.

El objetivo de este trabajo es relatar las experiencias del internado y hacer un comparativo entre las atenciones que se pudieron llevar a cabo antes y durante la pandemia en dos establecimientos de salud como lo son el “Centro de Salud Chacarilla de Otero” y el “Hospital de emergencia José Casimiro Ulloa”.

Los recursos que se utilizaron para las experiencias fueron las guías de práctica clínica, las cuales brindan los mejores alcances para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

Se concluyó que, si bien fue un año difícil lleno de cambios y medidas, el impulso de aprendizaje siempre es mayor, y se pudieron adaptar medidas para seguir avanzando con nuestra formación.

ABSTRACT

The medical internship is done in the last year of many health sciences colleges. The medical career in particular is one of the most benefited with the experience, it is already an opportunity to apply all the knowledge that may have been acquired during the years of career and is strengthened with the different patients who can reach the guards.

The year 2020 as 2021 was difficult for everyone, the COVID 19 pandemic modified the way in which patients were approached, especially for inmates, which was daily bread to be able to be in contact with patients and examine them; They learned to distance themselves, to carry out the physical examination only if it was strictly necessary to confirm the diagnostic suspicions, and finally, better protection measures were learned to avoid contagion.

The objective of this report is to relate the experiences of the internship and to make a comparison between the care that could be carried out before and after the pandemic in 2 health facilities such as the C.S. Chacarilla de Otero and the José Casimiro Ulloa hospital.

The resources used for the experiences were the clinical practice guidelines, which provided the best scopes for the diagnosis and treatment of diseases. It was concluded that although it was a difficult year full of changes and measures, the learning impulse is always greater, and measures could be adapted to continue advancing with our training.

INTRODUCCIÓN

El internado médico se desarrolla en el séptimo año de medicina, corresponde a un año donde el interno afianza todos los conocimientos adquiridos durante sus años de pregrado y los aplica en la vida real, brindando al estudiante las capacidades para poder afrontar un paciente de forma integral y no solo como una enfermedad.

El año 2020 fue un año diferente para todos, comenzó de forma habitual durante 3 meses, pero luego por la pandemia se tuvieron que adaptar nuevas medidas para afrontar “la nueva normalidad”.

El presente trabajo tiene como finalidad la descripción de los casos clínicos más resaltantes desarrollados antes y durante pandemia, en 2 establecimientos de salud con diferente nivel de atención. Se expone principalmente como estas influyeron para adquirir habilidades y competencias que servirán para futuros manejos en el ámbito médico; Así como, una reflexión comparativa entre el manejo de enfermedades en cada sede

Se eligió este tema para demostrar la importancia de la atención médica en los establecimientos de salud y como estos funcionan en conjunto dentro de sus capacidades para poder atender a los pacientes.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El Internado Médico realizado debe dividirse en dos etapas: antes de la pandemia y durante la misma. Durante la primera etapa se realizó la rotación de Medicina Interna; mientras que, durante la segunda etapa, se realizaron las rotaciones de Cirugía General, Gineco-Obstetricia y Pediatría. Se realizará la presentación de metodologías, la descripción de los procesos, actividades, instrumentos, procedimientos, y sistemas de información y comunicación que se utilizaron para alcanzar las habilidades, actitudes y destrezas mediante la presentación y desarrollo de casos clínicos.

1.1 Rotación de Medicina Interna

Esta rotación se llevó a cabo durante los meses de enero a marzo de 2020, en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, en el distrito de Miraflores, Lima.

▪ Caso Clínico 1

Anamnesis:

Durante la guardia de noche, acude al Servicio de Emergencias del Hospital José Casimiro Ulloa, un paciente varón de 61 años, procedente de San Miguel. Refiere que una hora antes de su ingreso presenta dolor precordial tipo opresivo, de intensidad 7/10, irradiado a miembro superior izquierdo y a mandíbula, mientras manejaba su auto. Durante la anamnesis realizada se obtiene que el paciente sufre de Hipertensión arterial crónica (tratamiento irregular con Losartán 50mg vía oral cada 24 horas) y Diabetes mellitus tipo 2 (tratamiento irregular con Metformina 850mg vía oral por la mañana y por la noche). Asimismo, refiere fumar 10 cigarrillos al día, hábito que lo ha

realizado aproximadamente desde hace 40 años. Paciente negó alergia medicamentosa.

Examen físico:

Al examen físico dirigido se encontró lo siguiente:

- Funciones vitales:
 - Presión arterial: 140/90 mmHg.
 - Frecuencia cardíaca: 108 latidos por minuto.
 - Frecuencia respiratoria: 26 respiraciones por minuto.
 - Saturación de Oxígeno: 89%.
 - Temperatura: 36.5 °C.
 - Peso: 96 Kg.
 - Altura: 1.67 m.
- Estado general: Aparente regular estado general, Aparente regular estado de hidratación y aparente regular estado de nutrición. Ventilando espontáneamente sin oxígeno suplementario con saturación de oxígeno de 89%. Taquipnéico y diaforético.
- Piel y mucosas: Fría, hidratada, elástica, llenado capilar menor de dos segundos. No presencia de edemas en miembros inferiores.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, taquicárdicos, de buena intensidad. No se auscultan soplos. No hay presencia de ingurgitación yugular ni de reflujo hepatoyugular.
- Abdomen: Simétrico, no distendido. Presencia de panículo adiposo prominente. Ruidos hidroaéreos presentes de regular intensidad y frecuencia. Abdomen blando y depresible sin presencia de dolor a la palpación superficial ni profunda. No se evidencia visceromegalia.
- Sistema neurológico: Paciente se encuentra despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Pupilas isocóricas,

centrales y fotorreactivas. Escala de Coma de Glasgow: Apertura ocular: 4; Respuesta verbal: 5; Respuesta motora: 6. Total: 15/15. No se evidencian signos meníngeos y no hay presencia de focalización. Fuerza muscular en extremidades superiores e inferiores: 5/5. Reflejos osteotendinosos (Aquileano y Rotuliano): 2/4.

- Resto del examen físico no contributorio.

Electrocardiograma (realizado durante los 10 primeros minutos de ingreso al hospital) mostró una taquicardia sinusal con presencia de elevación del segmento ST en las derivadas II, III y aVF.

Presunción diagnóstica:

Paciente varón de 61 años con los diagnósticos de:

1. Síndrome de dolor torácico.
 - a. Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.
2. Hipertensión arterial crónica.
3. Diabetes mellitus tipo 2.
4. Obesidad grado I (IMC: 34.5 Kg/m²).
5. Tabaquismo crónico (fumador pesado).

Plan de trabajo:

- Permanencia en el área de Trauma Shock.
- Cabecera a 30%
- Oxigenoterapia a flujo de oxígeno titulable para mantener una saturación de oxígeno mayor de 90%.
- Referencia a hospital de mayor complejidad con servicio de Hemodinamia para cateterismo y Angioplastia.
 - Si no se recibe respuesta de disponibilidad inmediata, realizar fibrinólisis.
- Control de la presión arterial.
- Analgesia.
- Terapia antitrombótica y antiagregación plaquetaria.

- Bloqueadores de receptor beta.
- Terapia con estatinas.
- Exámenes de laboratorio: Hemograma, úrea, creatinina, glucosa sérica, Troponina T ultrasensible, radiografía de tórax, sodio sérico, potasio sérico, análisis de gases arteriales, grupo sanguíneo y factor Rh, perfil de coagulación, perfil hepático, VIH 1-2 (de 4ta generación), HBsAg.

- **Caso Clínico 2**

Anamnesis:

Durante la guardia de día, acudió al Servicio de Emergencias del Hospital José Casimiro Ulloa, un paciente varón de 36 años, procedente de Miraflores, acude por dolor torácico tipo hincada de inicio súbito desde hace 10 minutos asociado a disnea, diaforesis, náuseas, escalofríos, parestesias en miembros superiores e inferiores y sensación que “se va a morir”. Durante la anamnesis, el paciente refirió no tener comorbilidades y negó tener alergia medicamentosa.

Examen físico:

Al examen físico dirigido se encontró lo siguiente:

- Funciones vitales:
 - Presión arterial: 130/80 mmHg.
 - Frecuencia cardíaca: 116 latidos por minuto.
 - Frecuencia respiratoria: 30 respiraciones por minuto.
 - Saturación de Oxígeno: 97%.
 - Temperatura: 36.6 °C.
- Estado general: Luce ansioso, en aparente regular estado general, Aparente regular estado de hidratación y aparente regular estado de nutrición. Ventilando espontáneamente sin oxígeno suplementario con saturación de oxígeno de 97%. Taquipnéico y diaforético.
- Piel y mucosas: Fría, hidratada, elástica, llenado capilar menor

de dos segundos. No presencia de edemas en miembros inferiores.

- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados. No dolor a la palpación sobre parrilla costal.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, taquicárdicos, de buena intensidad. No se auscultan soplos. No hay presencia de ingurgitación yugular ni de reflujo hepatoyugular.
- Abdomen: Simétrico, no distendido. Ruidos hidroaéreos presentes de regular intensidad y frecuencia. Abdomen blando y depresible sin presencia de dolor a la palpación superficial ni profunda. No se evidencia visceromegalia.
- Sistema neurológico: Paciente se encuentra despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Pupilas isocóricas, centrales, fotorreactivas. Escala de Coma de Glasgow: Apertura ocular: 4; Respuesta verbal: 5; Respuesta motora: 6. Total: 15/15. No se evidencian signos meníngeos y no hay presencia de focalización. Fuerza muscular en extremidades superiores e inferiores: 5/5. Reflejos osteotendinosos (aquileano y rotuliano): 2/4.
- Resto del examen físico sin alteraciones.

Electrocardiograma realizado en Tópico de Emergencias sin alteraciones.

Posterior a la realización del electrocardiograma, el paciente refirió que se encontraba, más calmado. Comentó que hace aproximadamente 2 meses había perdido el trabajo y que no sabía qué hacer porque su pareja se encontraba embarazada. Refirió que esta es la cuarta vez durante el último mes que le había pasado algo similar. Asimismo, refirió tener dificultad para conciliar el sueño, pérdida del apetito y se siente cansado y triste durante el mayor tiempo durante el día desde hace un mes y medio. Negó haber consumido algún tipo de droga. Negó intento de suicidio.

Presunción diagnóstica:

Paciente varón de 36 años con el diagnóstico de:

1. Síndrome de dolor torácico:
 - a. Ataque de pánico.
 - b. Trastorno ansioso-depresivo.

Plan de trabajo:

- Permanencia en el tópico de Emergencias.
- Cabecera a 30%.
- Oxigenoterapia a flujo de oxígeno titulable para mantener una saturación de oxígeno mayor de 92%.
- Control de funciones vitales y observación de signos de alarma.
- Acudir al Servicio de Psiquiatría y Gastroenterología en su Centro de Salud más cercano.

1.2 Rotación de Cirugía General:

Debido a la pandemia muchos de los internos fueron reubicados a centros de salud de primer nivel a partir de esta rotación en adelante se relatará los casos ocurridos en el Centro de Salud Chacarilla de Otero – San Juan de Lurigancho.

Esta rotación en especial se realizó los primeros 15 días del mes de Noviembre a Diciembre de 2020.

- **Caso clínico 3**

Anamnesis:

Durante la estancia en el área de emergencia del Centro de Salud, acudió un paciente varón de 29 años con dolor abdominal persistente 9/10 sin antecedentes médicos de importancia. El paciente refería que el dolor lo presentaba desde hace más de 8 horas y que inició con

náuseas y vómitos en 5 oportunidades, las cuales no sabía cómo explicar, ya que horas antes refería no haber ingerido alimentos por no sentir las ganas de hacerlo. El dolor que se ubicaba a la altura del epigastrio, posterior a ello fue migrando hacia la fosa iliaca derecha, para ello tomo una Buscapina, ya que debía volver a trabajar; refirió que el dolor disminuyó en intensidad pero que persistía y que camino al centro de salud tenía una sensación de alza térmica y escalofríos.

Examen Físico:

- Funciones vitales:
 - Presión arterial: 120/ 80 mmHg.
 - Frecuencia cardíaca: 115 latidos por minuto.
 - Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto.
 - Saturación de Oxígeno: 98%.
 - Temperatura: 38.6°C.
- Estado general: Palidez y diaforesis con facie dolorosa, en aparente regular estado general, Aparente regular estado de hidratación y aparente regular estado de nutrición. Ventilando espontáneamente sin oxígeno suplementario con saturación de oxígeno de 98%.
- Piel y mucosas: Fría, hidratada, elástica, llenado capilar menor de dos segundos. No presencia de edemas en miembros inferiores.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, taquicárdicos, de buena intensidad. No se auscultan soplos. No ingurgitación yugular ni de reflujo hepatoyugular.
- Abdomen: Simétrico, con abundante panículo adiposo, ruidos hidroaéreos presentes, pero de baja intensidad y disminuidos, abdomen blando, poco depresible, dolor abdominal difuso a predominio de fosa iliaca derecha; a la palpación superficial y profunda. Mc Burney positivo; Rovsing positivo, rebote positivo,

Murphy negativo, no se encontró masas palpables.

- Sistema neurológico: Paciente se encuentra despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Pupilas isocóricas, centrales, fotorreactivas. Escala de Coma de Glasgow: Apertura ocular: 4; Respuesta verbal: 5; Respuesta motora: 6. Total: 15/15. No signos meníngeos.

Presunción diagnóstica:

1. Síndrome doloroso abdominal:
 - a) A descarte de Apendicitis aguda perforada con peritonitis

Plan de trabajo:

- NaCl 0.9% 1000cc → 30 gotas por minuto EV
- Realizar referencia a Hospital Nacional Dos de Mayo al área de Cirugía de Emergencia.

• **Caso Clínico 4**

Anamnesis:

Paciente varón de 24 años acudió a consulta externa por masa a nivel escrotal, refería que lo notó hace como 1 año atrás, pero no le tomó mucha importancia hasta que progresivamente comenzó a incrementar su volumen. Acudió por dolor esporádico en la zona escrotal que aumenta al cargar peso y sensación de masa.

Ocupación: Estibador en un mercado.

Niega patologías o reacciones adversas a medicamentos.

Examen físico:

- Funciones vitales:
 - Presión arterial: 110/60 mmHg.
 - Frecuencia cardíaca: 97 latidos por minuto.
 - Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto.
 - Saturación de Oxígeno: 99%.

- Temperatura: 36.4°C.
- Estado general: En aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación y aparente regular estado de nutrición. Ventilando espontáneamente sin oxígeno suplementario consaturación de oxígeno de 99%.
- Piel y mucosas: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de dos segundos. No presencia de edemas en miembros inferiores.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad. No se auscultan soplos. No ingurgitación yugular ni reflujo hepatoyugular.
- Abdomen: Simétrico, globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, abdomen blando, depresible. No se encontró masas palpables.
- Génito-urinario: Masa escrotal derecha incoercible de 6x9 cm que protuye por anillo inguinal muy dilatado y aumenta con a la maniobra de Valsalva.
- Sistema neurológico: Paciente se encuentra despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Pupilas isocóricas, centrales y fotorreactivas. Escala de Coma de Glasgow: Apertura ocular: 4; Respuesta verbal: 5; Respuesta motora: 6. Total: 15/15. No signos meníngeos.

Presunción diagnóstica:

- Hernia inguinal indirecta: Nyhus IIIB

Plan de trabajo:

- Referencia al área de Cirugía General de Hospital Nacional Dos de Mayo, para ser atendido por consulta externa.

1.3 Rotación de Ginecología y Obstetricia:

En la rotación de Ginecología y Obstetricia, se tuvo la oportunidad de rotar 1 semana con un médico especialista y los demás días de rotación, con licenciadas en Obstetricia, el periodo el cual se realizó la rotación fue de Enero y Febrero de 2021.

- **Caso Clínico 5**

Anamnesis:

Paciente mujer de 19 años asiste por flujo vaginal maloliente no específica el color, de una semana de evolución.

No refiere otros antecedentes patológicos o alergia algún medicamento.

Examen físico:

- **Funciones vitales:**
 - Presión arterial: 100/60 mmHg.
 - Frecuencia cardíaca: 85 latidos por minuto.
 - Frecuencia respiratoria: 19 respiraciones por minuto.
 - Saturación de Oxígeno: 98%.
 - Temperatura: 36.5°C.
- **Estado general:** En aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación y aparente regular estado de nutrición. Ventilando espontáneamente sin oxígeno suplementario con saturación de oxígeno de 98%.
- **Piel y mucosas:** Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de dos segundos. No presencia de edemas en miembros inferiores.
- **Tórax y pulmones:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- **Cardiovascular:** Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad. No se auscultan soplos. No ingurgitación yugular ni de reflujo

hepatoyugular.

- Abdomen: Simétrico, globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, abdomen blando, depresible. no se encontró masas palpables.
- Ginecológico: A la especuloscopia evidencia de flujo vaginal grisáceo test de aminas positivo.
- Sistema neurológico: Paciente se encuentra despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Pupilas isocóricas, centrales y fotorreactivas. Escala de Coma de Glasgow: Apertura ocular: 4; Respuesta verbal: 5; Respuesta motora: 6. Total: 15/15. No signos meníngeos.

Presunción diagnóstica:

- Vaginosis bacteriana

Plan de trabajo:

- Metronidazol de 500mg vía oral cada 12 horas por 7 días.

• **Caso Clínico 6**

Anamnesis:

Paciente mujer puérpera de 24 años asiste por planificación familiar para consejería sobre métodos anticonceptivos. No refiere tener antecedentes de parientes con cáncer de mama, útero, tampoco patologías cardiovasculares.

Examen físico:

- Funciones vitales:
 - Presión arterial: 100/60 mmHg.
 - Frecuencia cardíaca: 85 latidos por minuto.
 - Frecuencia respiratoria: 19 respiraciones por minuto.
 - Saturación de Oxígeno: 99%.
 - Temperatura: 36.5°C.

- Estado general: En aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación y aparente regular estado de nutrición. Ventilando espontáneamente sin oxígeno suplementario con saturación de oxígeno de 99%.
- Piel y mucosas: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de dos segundos. No presencia de edemas en miembros inferiores.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad. No se auscultan soplos. No ingurgitación yugular ni de reflujo hepatoyugular.
- Abdomen: Simétrico, globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, abdomen blando, depresible. No se encontró masas palpables.
- Sistema neurológico: Paciente se encuentra despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Pupilas isocóricas, centrales, fotorreactivas. Escala de Coma de Glasgow: Apertura ocular: 4; Respuesta verbal: 5; Respuesta motora: 6. Total: 15/15. No signos meníngeos.

Presunción diagnóstica:

- Consejería en métodos anticonceptivos

Plan de trabajo:

- Colocación de implante subdérmico

1.4 Rotación de Pediatría y Neonatología

Esta rotación se llevó a cabo durante los meses de Marzo y Abril de 2021 en el Centro de Salud Chacarilla de Otero, ubicado en el distrito de San Juan de Lurigancho, Lima.

Caso Clínico 7

Durante la consulta médica ambulatoria de Pediatría, acudió un paciente preescolar de 4 años acompañado por su madre, quien refirió que una semana antes de la consulta, nota que el paciente presenta lesiones pápulo eritematosas en miembros superiores, miembros inferiores, abdomen y tórax, pruriginosas. Madre niega que el paciente haya presentado fiebre, cefalea, rinorrea, faringodinia y deposiciones líquidas. Asimismo, refiere que su hermano mayor presenta la misma sintomatología hace 3 días. Madre niega antecedentes patológicos y niega alergia medicamentosa.

Examen físico:

- Funciones vitales:
 - Frecuencia cardíaca: 91 latidos por minuto.
 - Frecuencia respiratoria: 24 respiraciones por minuto.
 - Saturación de Oxígeno: 98%.
 - Temperatura: 36.8 °C.
 - Talla: 1.07m.
 - Peso: 17.3 Kg.
- Estado general: Activo, en aparente buen estado general, aparente buen estado de hidratación y buen estado de nutrición. Ventilando espontáneamente.
- Piel y mucosas: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos. Lesiones pápulo eritematosas en miembros inferiores, superiores, abdomen y tórax, con presencia, algunas vesiculares, sin signos de flogosis. Surco acarótico presente. Presencia de lesión excoriativas lineales, posiblemente provocadas por rascado. No presencia de edemas en miembros inferiores.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados. No dolor a la

palpación sobre parrilla costal.

- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad. No se auscultan soplos.
- Abdomen: Simétrico, no distendido. Ruidos hidroaéreos presentes de regular intensidad y frecuencia. Abdomen blando y depresible sin presencia de dolor a la palpación superficial ni profunda. No se evidencia visceromegalia.
- Sistema neurológico: Paciente se encuentra despierto, activo, reactivo a estímulos externos. Interactúa con médico, juega. Responde al interrogatorio. Pupilas isocóricas, centrales, fotorreactivas. Fuerza muscular en extremidades superiores e inferiores: 5/5. Reflejos osteotendinosos (aquileano y rotuliano): 2/4.

El resto del examen físico, no contributorio.

Presunción diagnóstica:

- Paciente preescolar de 4 años con el diagnóstico de: Escabiosis/Acarosis

Plan de trabajo:

- Identificación de *Sarcoptes scabiei* de muestra de raspado de lesiones.
- Permetrina 5%: Aplicar y masajear desde la cabeza hasta los pies por la noche. Dejar de 8 a 14 horas en la piel. Enjuagar con agua durante el baño. Realizar procedimiento 1 sola vez. Repetir procedimiento 14 días después si es que a la microscopía aparecieran ácaros vivos. Procedimiento también lo debe realizar los contactos cercanos del paciente que presentan lesiones.
- Colocar en bolsas y exponer al sol por 3 días toda la ropa, incluida la ropa de cama. Luego lavar con agua y jabón.
- Loratadina 5mg/5mL jarabe → 5 mL vía oral cada 24 horas por 3 días.
- Observación de signos de alarma como fiebre, eritema difuso

alrededor de lesiones asociadas a calor local y dolor.

- **Caso Clínico 8:**

Durante la consulta médica ambulatoria de Pediatría, acudió un paciente preescolar de 3 años acompañado por su madre, quien refirió que cuatro días antes de la consulta presenta sensación de alza térmica, hiporexia y sialorrea. Refiere que dos días antes de la consulta el paciente se queja de faringodinia, odinofagia y presentó un episodio de vómito alimentario. El día de su ingreso refiere que sintomatología se exacerba por lo que acude a la consulta. Niega deposiciones líquidas, niega cefalea y niega rinorrea. Madre niega antecedentes patológicos y niega alergia medicamentosa.

Examen físico:

Funciones vitales:

- Frecuencia cardíaca: 110 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 25 respiraciones por minuto.
- Saturación de Oxígeno: 98%.
- Temperatura: 37.5 °C.
- Talla: 1.0m.
- Peso: 15.5 Kg.
- Estado general: Activo, en aparente regular estado general, aparente buen estado de hidratación y buen estado de nutrición. Ventilando espontáneamente.
- Piel y mucosas: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de dos segundos. No presencia de edemas en miembros inferiores.
- Orofaringe: Amígdalas hipertróficas con presencia de lesiones blanquecinas, sugestivas de infección bacteriana. Orofaringe enantematosa.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad.

No se auscultan soplos.

- Abdomen: Simétrico, no distendido. Ruidos hidroaéreos presentes de regular intensidad y frecuencia. Abdomen blando y depresible sin presencia de dolor a la palpación superficial ni profunda. No se evidencia visceromegalia.
- Sistema neurológico: Paciente se encuentra despierto, activo, reactivo a estímulos externos. Interactúa con médico. Pupilas isocóricas, centrales, fotorreactivas. Fuerza muscular en extremidades superiores e inferiores: 5/5. Reflejos osteotendinosos (Aquileano y Rotuliano): 2/4.

Resto del examen físico no contributorio.

Presunción diagnóstica:

Paciente preescolar de 3 años con el diagnóstico de:

1. Síndrome Febril

a Faringoamigdalitis bacteriana

Plan de trabajo:

- Administración de medicamentos con jeringa
- Control de sintomatología.
 - Paracetamol 120mg/5mL jarabe → 9.6 mL vía oral condicional adolor o temperatura mayor a 38.0°C.
 - Ibuprofeno 100mg/5mL jarabe → 7.7 mL vía oral cada 8 horas por 3 días.
- Prevenir complicaciones agudas y tardías.
 - Tratamiento antibiótico: Amoxicilina 250mg/5mL jarabe → 5.15mL VO cada 8 horas por 10 días.
- Lavado de manos constante con agua y con jabón.
- Uso de mascarilla simple mientras dure el tratamiento.
- Jarabe casero de miel.
- Observación de signos de alarma: fiebre persistente por más de 3 días, vómitos persistentes, tendencia al sueño, dolor faríngeo intenso, dolor de oído, confusión y falta de aire.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

2.1 Hospital de emergencias José Casimiro Ulloa

El primer lugar donde se desarrolló la experiencia, fue el “Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa” (HEJCU) y fue precisamente en ese establecimiento donde se realizó la primera rotación correspondiente a Medicina y donde se asistió por un periodo de 3 meses.

El HEJCU es un hospital que corresponde dentro de la categorización de establecimientos de salud a un III E y se encuentra ubicado en Lima- Perú, en el Distrito de Miraflores, en la Av. Roosevelt 6355-6375 en la urbanización San Antonio y pertenece a la Dirección de Salud V (DISA V).¹

Límites territoriales del HEJCU	
Norte	Distrito de Surquillo y San Isidro
Sur	Distrito de Barranco
Este	Distrito de Surquillo y Surco
Oeste	Océano Pacífico

Estos distritos a su vez corresponden a los de la población objetivo que ingresa al establecimiento de salud.

Este hospital, cuenta con áreas de consulta externa donde se realizan prácticas de forma ambulatoria en servicios de Ginecología, Neumología, Gastroenterología, Cirugía General, Traumatología, Otorrinolaringología, Neurocirugía y Medicina Física y Rehabilitación; Además, cuenta con un área de emergencias donde se atiende un triaje tanto de adultos como de niños, atención tanto de emergencias como de urgencias con especialistas en las

áreas antes mencionadas, Emergencia y desastres y Anestesiología; cuenta con servicio de Trauma shock y ayuda diagnóstica en las áreas de imágenes y exámenes de laboratorio junto con anatomía patológica y banco de sangre. Así mismo, cuenta con un área de hospitalización para las áreas quirúrgicas antes mencionadas; como para medicina interna y unidad de cuidados intensivos e intermedios. ²

En cuanto a la estructura de su organización, este hospital cuenta con una Dirección General que depende directamente del Ministerio de Salud, esta dirección representa al nosocomio ante este ministerio, y coordina con este planes y estrategias para el bienestar del hospital. Así mismo, tiene autoridad sobre todos los trabajadores del nosocomio realizando gestiones que ayudan a la atención tanto hospitalaria como ambulatoria.

A partir de esta entidad, deriva el departamento de medicina, que a su vez tiene control directo sobre el personal médico a su cargo. Este tiene como función el planificar, organizar, programar y supervisar actividades dentro del mismo departamento y representar a este cuando lo amerite.

El médico especialista y el médico general derivan del departamento de medicina, este realiza actos asistenciales médicos para el paciente hospitalizados de corta estancia, así como su manejo de urgencias y emergencias; a su vez estos se encargan de las actividades docentes tanto de pregrado como postgrado y en este punto es donde se desarrolla en interno de medicina; con la experiencia y ayuda de los médicos especialistas guían a los estudiantes dentro de la práctica clínica, para que enfoquen la enfermedad de una manera en que no solo piensen en el paciente como solo una patología como lo dice la literatura, sino que tengan ese punto crítico de articular las enfermedades dentro de un mismo paciente y ver más el cuerpo como un sistema en lugar de una sola pieza. ³

El trabajo que se desempeñó como interno de medicina fue el tener la cercanía con pacientes en la vida real, el mismo hecho de desarrollar la

historia clínica para presentarlo en una visita médica, preguntarle sobre los síntomas que pudiera tener y el hacerles el seguimiento respectivo para asegurarse que pusieran la medicación a tiempo, hablar con los de laboratorio múltiples veces para que se apresuren a sacar las muestras de un paciente crítico o el mismo hecho de a veces tener pacientes que necesitan un análisis de gases arteriales y ser lo más cuidadoso posible para sacar las muestras y que no se incomoden mucho, al final del día se vuelve algo gratificante, y lo es aún más cuando se puede ver la mejoría del paciente al que le dedicaste tiempo.

En caso de que un paciente necesite ser referido porque el hospital no cuenta con la capacidad resolutive; por ejemplo, cuando un paciente sufre un infarto agudo de miocardio y solo se le puede proveer de fibrinólisis, necesita ser referido a cualquier establecimiento de salud, con área de hemodinamia donde se le pueda brindar un servicio de cateterismo cardiaco; es decir, cuando el establecimiento de salud no cuente con la capacidad resolutive que pueda favorecer al paciente; se opta por referirlo a otro hospital.

2.2 Centro de salud Chacarilla de Otero

El centro de salud Chacarilla de Otero ubicado en el distrito de San Juan de Lurigancho en la Av. Amarus 173; es un establecimiento de salud categorizado como un I-3 perteneciente a la Diris Lima Centro; cuenta con un médico jefe encargado de todo el personal del hospitalario, y médicos tanto generales y especialistas en las áreas de Gastroenterología, Salud Comunitaria, Rehabilitación y Neumología.

Adicionalmente cuenta con 3 consultorios de Medicina, 2 de Obstetricia, 1 área de Tuberculosis, 1 servicio de emergencia más tópico de urgencia, 1 consultorio de Nutrición 2 consultorios de Odontología, 1 consultorio de Psicología y área de farmacia y área de recursos humanos y estadística. ⁴ Este establecimiento cuenta con 2 hospitales de referencia; para obstetricia, el Hospital San Bartolomé y para Medicina el Hospital Dos de Mayo.

Este establecimiento al ser I-3 no cuenta con internamiento, es solo para atención ambulatoria y está enfocado tanto al área promocional-preventiva como, a la recuperativa y rehabilitadora.

Dentro de este centro lo que se pudo aprender más, fue sobre la prevención y promoción en salud; en el área de Anemia se hace un seguimiento a todas las gestantes atendidas en el centro, para luego en el puerperio llamarlas para hacer una prevención de Anemia para ella y su niño a partir de los 4 y a los 6 meses, adicionalmente se pudo evidenciar otro tipo de ambiente a comparación a la primera rotación; las consultas externas tienden a ser más detalladas y tomarse un tiempo más prolongado para desarrollar los diagnósticos, como futuro profesional de la salud, te prepara para el siguiente paso, el servicio rural, el manejo de enfermedades tan comunes como la faringitis aguda o el tratamiento de una enfermedad crónica es necesario para poder desempeñarte en un centro de salud de una capacidad resolutiva similar al que se va a tener en un futuro cercano.

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de Medicina Interna

Discusión del Caso 1:

El caso 1 trata de un paciente varón de 61 años con síndrome de dolor torácico provocado por un infarto agudo de miocardio (IMA) con segmento ST elevado. Al ingreso, se realizó el triaje inicial, decidiendo su ingreso al área de Trauma Shock. Se procedió a realizar el ABC, evaluando la vía aérea, la oxigenación y el sistema circulatorio. Se le administró oxígeno por cánula binasal a 5 litros por minuto, logrando mejorar la saturación de oxígeno, se le colocó un monitor cardíaco, de presión arterial, de saturación de oxígeno y se colocó una vía endovenosa periférica. También se le administraron 300 mg de Ácido Acetilsalicílico vía oral, 300mg de Clopidogrel vía oral, 80 mg de Atorvastatina vía oral, 25 mg de Metoprolol vía oral y 10 mg de Dinitrato de Isosorbide sublingual (ya que no se cuenta con nitroglicerina sublingual). Debido a que el dolor persistía, se inició Nitroglicerina endovenosa. Se evitó el uso de Morfina en este paciente, ya que el paciente controló el dolor con Tramadol 100 mg endovenoso y Nitroglicerina, ya que según la “*CRUSADE Quality Improvement Initiative*”, los pacientes que utilizaron Morfina tuvieron un mayor riesgo de mortalidad que pacientes que no se les fue administrado dicho medicamento. La importancia del tratamiento iniciado sin tener evidencia electrocardiográfica fue muy importante, ya que según el “*American College of Cardiology*”, no se debe tardar en dar tratamiento y se ahonda en la importancia del diagnóstico clínico. ⁵

Se obtuvo el resultado del electrocardiograma que evidenciaba elevación del segmento ST, por lo que se evaluó el tiempo de sintomatología (<12 horas),

la disposición de Servicio de Hemodinamia y la posibilidad de su referencia adicho servicio en un hospital de mayor complejidad. No obstante, debido a que el HEJCU no contaba con Servicio de Hemodinamia, se procedió a realizar la referencia a un hospital de mayor complejidad que lo reciba y realice el cateterismo cardíaco dentro de los 120 minutos de contacto con nuestro hospital. Sin embargo, se obtuvo una respuesta negativa a la referencia por falta de disponibilidad en hospitales de mayor complejidad, por lo que se inició fibrinólisis.⁶

Con respecto al diagnóstico, la clínica del paciente, asimismo como los antecedentes patológicos (factores de riesgo cardiovascular), priman cuando se debe realizar el diagnóstico clínico. La anamnesis y examen físico se deben agregar a la obtención de un electrocardiograma de 12 derivaciones, radiografía de tórax y biomarcadores cardíacos, como la Troponina I y T. El electrocardiograma ayudará no solo en el diagnóstico del Infarto Agudo de Miocardio, sino que lo diferenciará entre un infarto agudo de miocardio con segmento ST elevado (IMA STE) o Infarto Agudo de Miocardio no elevado (IMA STNE). Dicha diferencia es de suma importancia, ya que ayuda a ver si se está ante un Infarto Agudo de Miocardio Subepicárdico (IMA STE) o Subendocárdico (IMA STNE), cuyo manejo cambia debido a la urgencia con la se debe actuar. Con respecto a estar ante un síndrome de dolor torácico con un electrocardiograma que no revela una elevación del segmento ST, se debe realizar el diagnóstico diferencial entre IMA y angina inestable. Dicho diagnóstico se logra con la ayuda laboratorial, viéndose la elevación de los biomarcadores cardíacos (enzimas cardíacas) en el IMA STNE, mientras que en la angina inestable no se observa esta elevación.

El tratamiento de elección es la terapia de reperfusión mediante intervención coronaria percutánea primaria (Cateterismo cardíaco y Angioplastia Coronaria), debido a que, comparado con la fibrinólisis, dicho procedimiento ha demostrado una menor incidencia de hemorragia intracraneal y menor recurrencia de infarto agudo de miocardio. Sin embargo, si el tiempo estimado de traslado a un hospital de mayor complejidad más el tiempo puerta-balón es mayor de 90 minutos, es recomendable iniciar fibrinólisis. La fibrinólisis se

realiza con fibrinolíticos de tercera generación (Tenecteplase y Reteplase) o de segunda generación (Alteplase). Es preferible que se realicen con fibrinolíticos de tercera generación que de segunda generación. Asimismo, se prefieren agentes fibrinolíticos específicos de los vasos coronarios a la Estreptoquinasa.⁶

En dicho caso, fue de suma importancia el inicio de tratamiento en cuanto el paciente llegó a Trauma Shock, primando el diagnóstico clínico. Es importante, de igual manera, la atención ante un paciente con factores de riesgo cardiovasculares, como los que presenta el paciente: Hipertensión arterial crónica, Diabetes mellitus tipo 2, tabaquismo crónico y obesidad (que se reflejaría en un perímetro abdominal aumentado). Un paciente con dichos factores de riesgo, con un dolor precordial característico de infarto agudo de miocardio debe ser abordado como tal, aun así, no se evidencien alteraciones electrocardiográficas. Debido a eso, se ahorró tiempo y se pudo tratar con éxito al paciente.

Discusión del caso 2:

El síndrome de dolor torácico es uno de los síntomas más frecuentes que se ven en el departamento de Emergencia. Dentro de este síndrome se debe plantear enfermedades como Infarto Agudo de Miocardio, Tromboembolismo pulmonar, Neumotórax a tensión, Disección de aorta torácica, enfermedad por reflujo gastroesofágico, Herpes zoster, ataque de pánico, etc. Cabe señalar que los diagnósticos durante la estancia en Emergencia son dinámicos, ya que varían con el pasar del tiempo de permanencia en el servicio.

En este caso, las patologías cardíacas, pulmonares, musculoesqueléticas y dermatológicas deben pensarse al inicio, ya que se deben excluir los diagnósticos que pueden poner en peligro la vida del paciente. Asimismo, durante la primera anamnesis del paciente, se evidenció que el paciente no refirió toda la información necesaria para realizar el diagnóstico, ya que se encontraba muy ansioso. Fue necesario que pase un poco de tiempo para que espontáneamente se calmara y pueda contar más detalles.

Con respecto a los ataques de pánico, estos se presentan con episodios espontáneos de miedo intenso. Su inicio es abrupto y tiene una duración de minutos hasta una hora. Posterior a un ataque de pánico, los pacientes pueden llegar a presentar los mismos de manera recurrente, como también temor a presentar futuros ataques de pánico, por lo que evitan circunstancias precipitantes de los mismos. La prevalencia de ataques de pánico en pacientes con agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastornos depresivos (distimia y depresión mayor), estrés postraumático y usuarios de drogas, se ha visto que es alta. La sintomatología es diversa, pudiendo los pacientes presentar: agorafobia, palpitaciones, diaforesis, temblor, miedo de morir, miedo de perder el control o “volverse loco”, náuseas, vómitos, mareos, etc.

Los ataques de ansiedad generalmente suceden en personas que presentan uno o más factores de vulnerabilidad (como depresión mayor, distimia, historia personal de abuso sexual, trastorno de ansiedad generalizada, etc.) que se asocian con un evento estresante en su vida.

El diagnóstico, que en su mayoría de veces se da al descartar patologías orgánicas, es obtenido mediante diversas escalas, siendo la “Panic Disorder Severity Scale (PDSS)” el estándar dorado para el diagnóstico del ataque de pánico.⁷

El tratamiento en cuanto al ataque pánico en el Servicio de Emergencias generalmente no está indicado, ya que, la mayoría de veces, los síntomas han disminuido al llegar al Departamento de Urgencias. Sin embargo, el tratamiento se debe indicar en dicho ámbito cuando el paciente cursa con agitación psicomotriz. En dicho caso, la primera indicación es el uso de técnicas verbales para que el paciente guarde la calma. Si es que dicha primera etapa no logra la calma en el paciente, se sugiere sujeción del paciente, con el fin de salvaguardar la integridad física del personal de salud, del paciente y la de las demás personas que se encuentran en el Servicio de Emergencias. Es importante que en esta etapa se utilice la sedación

farmacológica, utilizando Haloperidol intramuscular/endovenoso o Midazolam intramuscular/endovenoso. ⁷

En cuanto al tratamiento de mantenimiento, es importante la evaluación por Psiquiatría, para el diagnóstico de alguna patología de fondo (trastorno de ansiedad, generalizada, depresión mayor, abuso de sustancias, etc.) y así puedan ser tratadas.

Debido a la variedad de sintomatología y la recurrencia de los ataques de pánico, los pacientes acuden repetitivas veces al Servicio de Emergencias. Esto conlleva a la utilización de recursos hospitalarios, como pruebas de laboratorio específicas, exámenes imagenológicos, tiempo invertido por el personal de salud en el paciente durante su estancia en Emergencias, algo que conlleva al uso extensivo de recursos económicos y humanos que podrían ser mejor aprovechados en el contexto de otros pacientes con dolencias orgánicas. Es por eso que la salud mental es de suma importancia y hay una necesidad de ahondar en la promoción de la salud mental y la prevención de enfermedades psiquiátricas, ya que disminuiría el número de veces que estos pacientes acudirían al Servicio de Emergencias, disminuyendo la sobrecarga laboral del personal de salud y el eficiente uso de los recursos hospitalarios.

3.2 Rotación de Cirugía General

Discusión del caso 3:

El síndrome doloroso abdominal en una de las consultas más frecuentes en la práctica clínica, es importante en caso de esta patología, preguntar si tomó algún medicamento ya que si tomó un analgésico o antiespasmódico puede enmascarar el dolor, lo ideal hubiese sido que se le hubiese podido tomar un hemograma y una ecografía para confirmar el diagnóstico pero ya que estaba presentando signos peritoneales, se vio por conveniente derivarlo a un centro de salud de mayor complejidad como lo es el Hospital dos de Mayo, ya que existía la probabilidad de estar frente a un abdomen agudo quirúrgico por las

características del examen físico.

La escala ante la sospecha diagnóstica que se utilizó fue la escala de Alvarado, esta es una herramienta sencilla y no invasiva; la escala permite decidir mediante un puntaje su diagnóstico.

En este caso en específico obtuvo 7 puntos y más la reacción peritoneal se debe pensar en cirugía. ⁸

Puntuación de Alvarado modificada para el diagnóstico de apendicitis

Característica	Punto
Dolor migratorio en el cuadrante inferior derecho	1
Anorexia	1
Náuseas o vómitos	1
Sensibilidad en el cuadrante inferior derecho	2
Sensibilidad de rebote en el cuadrante inferior derecho	1
Fiebre > 37,5 ° C (> 99,5 ° F)	1
Leucocitosis del recuento de glóbulos blancos > 10 x 10 ⁹ / litro	2
Total	9

Una puntuación de 0 a 3 indica que la apendicitis es poco probable y que deben buscarse otros diagnósticos. Una puntuación ≥ 4 indica que el paciente debe ser evaluado más a fondo para detectar apendicitis.

C: centígrado; F: fahrenheit.

Modificado de: Alvarado A. Una puntuación práctica para el diagnóstico temprano de apendicitis aguda. Ann Emerg Med 1986; 15: 557.

El tratamiento ideal dentro del área de cirugía hubiese sido en caso de presentar una peritonitis; se debe evaluar ciertos criterios:

Localizada: Apendicectomía + drenaje+ antibiótico terapia por 5 a 7 días en estos casos se puede optar por una Cefazolina + Metronidazol, por ejemplo. ⁹

Discusión del caso 4:

La hernia inguinal indirecta es la más común de todas las hernias entre hombres y mujeres, y en si, como hernia inguinal, corresponde a una patología bastante común, al menos en Estado Unidos se estima que es la tercera

etiología de consulta ambulatoria por incomodidades gastrointestinales en el 2004.

En primer lugar, es necesario definir qué es una hernia. La hernia es la proyección que tiene un órgano sobre la pared que lo contiene.

En segundo lugar, diferenciar si es una hernia inguinal directa o indirecta; una de las características principales es que la indirecta protuye por el anillo inguinal profundo, mientras que la directa lo realiza por el triángulo de Hasselbach.¹⁰

Las hernias inguinales se diagnostican por clínica y se catalogan mediante la clasificación de Nyhus. 1

Una vez catalogadas, en este caso que la hernia ya es sintomática, se procede a operar; en la actualidad, la hernioplastía que más se utiliza es la técnica de Lichtenstein que corresponde a una malla que se fija al ligamento inguinal y al tendón conjunto. Esta se ubica por delante de la fascia transversal y corresponde a una reparación sin tensión.¹²

Tabla 1: Clasificación de Nyhus.	
Tipo I	Indirecta, pequeña Anillo interno normal Saco en canal inguinal
Tipo II	Indirecta, media Anillo interno alargado Saco no en el escroto
Tipo III	a Directas pequeñas o medianas. Sin protrusión por anillo interno b Indirectas, grandes, comprometen la pared posterior del conducto inguinal c Hernia femoral
Tipo IV	Hernias recurrentes a Indirectas b Directas c Femorales d Combinación

Fuente: Gabrielli NM. Resultados quirúrgicos de la hernioplastia inguinal laparoscópica con técnica transabdominal preperitoneal (TAPP). Rev Chil Cir. 2015; 67: 167-174.

3.3 Rotación de Ginecología y Obstetricia

Discusión del caso 5:

El caso que se presentó a continuación corresponde a una Vaginosis bacteriana ocasionada por la *Gardnerella vaginalis*.

El pH vaginal normal es menor de 4.5 cuando se tiene esta infección este pH tiende a elevarse por encima de sus valores normales, en este caso se usó el test de aminas o de hidróxido de potasio 10% para confirmar la sospecha, este en combinación con el flujo vaginal de la paciente al alcalinizar el medio hace que se liberen aminas potenciando su olor, que muchos describen como “pescado podrido”.¹³

Aunque idealmente necesitaría más criterios para diagnosticarla según los criterios de Amsel es una manera sencilla y rápida de comprobar la sospecha clínica.

Los criterios de Amsel consiste en tener 3 de los 4 presentes para diagnóstico de una vulvovaginitis bacteriana:

- Presencia de las Clue Cells en la microscopia.
- pH vaginal más de 4.5.
- Prueba de amina positiva.
- Secreción homogénea y fina de color blanco grisáceo que cubre lasparedes vaginales.

Su tratamiento, al igual que la Trichomoniasis, es con Metronidazol.¹³

Discusión del caso 6:

La ventaja de poder rotar en un área como Obstetricia es que enfoca más la atención hacia el área preventiva. Tomarse el tiempo para educar a las pacientes sobre los métodos anticonceptivos que más les convenga, y explicarsus efectos adversos es una forma de ayudar con la salud pública.

Muchas pacientes aun sienten vergüenza en asistir a esta área y en muchos casos el hablar de anticonceptivos, aún sigue siendo un tema algo controversial en una sociedad que aún es conservadora en muchos sentidos. Sin embargo, no deja de ser necesario, muchos de los pacientes que acuden vienen de un nivel socioeconómico bajo, algunos de ellos eran estudiantes universitarios e inclusive adolescentes, brindarles poder sobre su salud sexual y reproductiva es importante para su desarrollo como personas.

En el centro de salud se cuenta con 6 métodos anticonceptivos: ¹⁴

Barrera:

- Preservativos: Pacientes que no tienen una pareja estable o no toleran los efectos adversos de los métodos anticonceptivos hormonales. Más usado en adolescentes y para prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Hormonales:

- o Combinados:
 - Píldoras anticonceptivas (Etinil Estradiol 30mcg+ Levonorgestrel 150mcg): no recomendable si se tiene algún antecedente cardiovascular, no indicado en lactancia o antecedente de cáncer de mama o útero.
 - Inyectable Mensual (Estradiol 5mg + Medroxiprogesterona 25mg): No uso en lactancia, no previene ETS.
- o Solo 1 progestágeno
 - Inyectable Trimestral (Acetato de Medroxiprogesterona 150mg/mL) Indicado en lactancia contraindicaciones similares a los anticonceptivos orales.
 - Implante Subdérmico (Etonogestrel 68mg) cada 3 años; indicado en lactancia, no se recomienda si se tiene antecedente de Trombosis Venosa Profunda o Cáncer de mama.
- o Dispositivo intrauterino (T de cobre 380 A) hasta 12 años contraindicado en pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria y hemorragia uterina anormal.

3.4 Rotación de Pediatría y Neonatología

Discusión del caso 7:

El caso clínico corresponde a un preescolar de 4 años, con diagnóstico de Escabiosis/Acarosis. Dicha patología es caracterizada por la infestación del ácaro *Sarcoptes scabiei* el cual penetra en la epidermis generando una reacción inflamatoria local. Generalmente, los ácaros pueden sobrevivir fuera del hospedero por 24 a 26 horas, sin embargo, el tiempo de supervivencia puede aumentar en condiciones más frías y húmedas.

La transmisión de la Acarosis se da por contacto directo piel con piel, de humano a humano. La clínica típicamente se presenta con prurito, lesiones eritematosas papulares, surcos acaróticos que corresponden a las madrigueras del ectoparásito, ronchas, vesículas, ampollas y lesiones pustulosas. Las complicaciones más frecuentes son la infección secundaria estafilocócica o estreptocócica. ¹⁵

El diagnóstico se realiza mediante la detección microscópica del ácaro, sus huevos o las heces del mismo en una muestra de raspado de una lesión dérmica. No obstante, ante la falta de microscopía, el diagnóstico es meramente clínico y debe realizarse en el contexto de un paciente con prurito generalizado, lesiones dérmicas papulares con distribución característica en flexuras, miembros superiores e inferiores y presencia de lesiones y sintomatología en más personas dentro del núcleo familiar.

El tratamiento de la Acarosis se realiza con Permetrina al 5% en crema y/o Ivermectina. Asimismo, es necesario tratar a los contactos directos como también almacenar la ropa del paciente y ropa de cama en bolsas y exponerlas al sol por 3 días. También se puede lavar con agua caliente y posteriormente planchar. ¹⁶

Discusión del Caso Clínico 8:

El caso clínico corresponde a un preescolar de 3 años, con diagnóstico de faringoamigdalitis bacteriana, posiblemente causada por el Estreptococo del grupo A (*Streptococcus pyogenes*). Se puede presentar con faringodinia, odinofagia, uvulitis, adenopatías cervicales, exudado faríngeo, fiebre, etc. El diagnóstico de dicha patología puede ser clínica y laboratorial (mediante la detección del Estreptococo del grupo A en exudado faríngeo mediante cultivo, detección antigénica o reacción en cade de polimerasa (PCR). La detección serológica de Antiestreptolisina- O está indicada para confirmar infección previa, mas no sirve para el diagnóstico durante la presentación clínica de la enfermedad. ¹⁷

Es de suma importancia el diagnóstico y tratamiento de dicha patología para la prevención de complicaciones por esta enfermedad, las cuales pueden ser no supurativas (Fiebre reumática, Glomerulonefritis postestreptocócica, etc.) y supurativas (Fascitis necrotizante, bacteriemia, Absceso peritonsilar, Otitis media, Sinusitis, etc.) ¹⁸

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Habiendo transcurrido más de un año desde que se comenzó el Internado Médico, se puede llegar a reflexiones importantes. Al inicio del año 2020, se empezó el Internado Médico de la manera habitual, como se había estado empezando años anteriores. La metodología de estudio era la misma que otros años: clases prácticas/teóricas en los hospitales y clases teóricas en la universidad. Hasta la quincena de marzo de 2020, realizaba mi rotación de Medicina Interna en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa con total normalidad, pasando visita temprano por la mañana, evolucionando mis camas asignadas, cumpliendo las guardias diurnas y nocturnas en los Servicios de Reposo Varones y Reposo Damas. Sin embargo, todo cambió después de que el gobierno declarara estado de emergencia desde el lunes, 16 de marzo de ese año debido a la pandemia por COVID-19. Durante los siguientes meses, se intentó realizar un internado de manera remota. Al inicio, a final de ese mismo mes se llevó a cabo el examen de fin de rotación como es de costumbre. No obstante, con el pasar de las semanas, el día a día en el internado virtual y en confinamiento fue cambiando, moldeándose a la situación de emergencia que vivía el país.

Después de la disminución de casos diarios y muertes diarias por COVID-19, se optó por volver otra vez a la práctica presencial, claro que con cambios. Se tuvo que adaptar a la “nueva normalidad”, en la cual pasé de trabajar y realizar mi internado en el Hospital Casimiro Ulloa a acudir al Centro de Salud Chacarilla de Otero, en San Juan de Lurigancho. Fue una experiencia totalmente diferente. Se pasó de ver casos de hospitalización y el pase de visita a pacientes hospitalizados, a estar realizar consulta médica ambulatoria en el primer nivel de atención. Cambió de ver casos de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos, a ver pacientes que acudían por las

dolencias comunes y el tratamiento de enfermedades crónicas.

Con respecto a las actividades que se debían realizar aparte de la consulta ambulatoria, el triaje diferenciado de emergencia y atención de urgencia, era de suma importancia. Se veían casos de urgencias y emergencias del día a día, los que un médico cirujano debe saber diagnosticar, tratar o controlar, y si no se puede resolver en el establecimiento de salud, debido a la baja complejidad del mismo, referir. En cierta manera, se puede decir que dicha rotación fue de mucho provecho, ya que formó el criterio y dejó los temas claros en el médico general, que está a puertas de empezar el Servicio Rural y Urbano Marginal, en el cual se va a ver rodeado de la problemática de salud del país y la debe afrontar desde el primer nivel de atención.

Durante esta rotación en el primer nivel de atención en salud, se pudo apreciar la necesidad de tener personal médico capacitado, instalaciones modernas, equipos y servicios de ayuda diagnóstica para poder así brindar una buena calidad de atención a los pacientes adscritos al Centro de Salud; los cuales cuenta dicho centro de salud. El tener un equipo de profesionales de la salud completo en las postas médicas, al igual que equipos, servicios y buena infraestructura, garantiza una mejor calidad de atención a la población en cuestión de salud y también, disminuye la demanda de atenciones en hospitales de mayor complejidad.

CONCLUSIONES

Se concluyó que si bien el internado se desarrolló bajo condiciones anómalas como era conocido anteriormente, se pudo adaptar a las nuevas circunstancias tomando mejores medidas para la protección personal y la de los pacientes.

Por otro lado, tanto el centro de salud como el hospital tuvieron diferencias bajo el contexto donde se estaba viviendo.

Así mismo, es importante considerar la labor fundamental que tienen los centros de salud de primer nivel para poder liberar el congestionamiento que haya en los hospitales, ellos se encargan tanto de recibir al paciente en primera estancia, y su labor tanto en el área preventiva - promocional, como en la terapéutica y rehabilitadora, es fundamental en estos tiempos donde se necesita limitar la exposición a hospitales grandes, que ya de por sí están sobre saturados, a los pacientes que puedan padecer de patologías que se puedan resolver de forma ambulatoria.

Por último, se concluye que todo el conocimiento adquirido en los años de pregrado si bien ayuda en las patologías de los pacientes, la forma de abordarlos, muchas veces difiere un poco en la práctica, es importante la intuición y el criterio para poder abordar a un paciente.

RECOMENDACIONES

Se recomienda en un futuro incorporar a la currícula rotaciones en el primer nivel de atención para los internos, porque los prepara para el servicio rural de una mejor manera, y les da las herramientas para resolver patologías que se verán de una forma más rutinaria.

Personalmente, si bien se tuvo la oportunidad de realizar la rotación de medicina en un hospital de emergencias, los centros de salud a los que se nos derivó, muchos de ellos no contaban con médicos especialistas que correspondieran con las rotaciones asignadas, en un futuro si es que se optara por incluir a establecimientos de primer nivel dentro de la malla curricular, se sugiere que rotaciones ginecología se roten en maternos infantiles y las áreas como cirugía, se realicen prioritariamente en hospitales para poder aprovechar mejor la rotación.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa - Reseña Histórica [Internet]. Hejcu.gob.pe. 2021 [cited 20 April 2021]. Available from: <https://www.hejcu.gob.pe/resena-historica>
2. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa - Cartera de Servicios de Salud [Internet]. Hejcu.gob.pe. 2021 [cited 20 April 2021]. Available from: <https://www.hejcu.gob.pe/servicios/cartera-de-servicios>
3. [Internet]. Hejcu.gob.pe. 2021 [cited 20 April 2021]. Available from: <https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0107/100520161634161.pdf>
4. Arias A. Informe de experiencia profesional en el servicio de emergencia del centro de salud Chacarilla de Otero- San Juan de Lurigancho 2012 - [Internet]. Lima; 2021. Available from: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/UNAC/4755>
5. Meine TJ, Roe MT, Chen AY, Patel MR, Washam JB, Ohman EM, Peacock WF, Pollack CV Jr, Gibler WB, Peterson ED; CRUSADE Investigators. Association of intravenous morphine use and outcomes in acute coronary syndromes: results from the CRUSADE Quality Improvement Initiative. *Am Heart J*. 2005 Jun;149(6):1043-9. doi: 10.1016/j.ahj.2005.02.010. PMID: 15976786.
6. O’Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2013;61:485–510.
7. Roy-Byrne P. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 20 April 2021]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/panic-disorder-in-adults-epidemiology->

pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?search=panic%20desorder%20scale&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1366570042

8. Martin R. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 20 April 2021]. Available from:

https://www.uptodate.com/contents/search?search=alvarado&sp=0&searchType=PLAIN_TEXT&source=USER_INPUT&searchControl=TOP_PULLDOWN&searchOffset=1&autoComplete=false&language=en&max=10&index=&autoCompleteTerm=

9. Smink D. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 20 April 2021]. Available from:

https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=manejo%20apendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5#H911197363

10. Brooks D. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 20 April 2021]. Available from:

https://www.uptodate.com/contents/classification-clinical-features-and-diagnosis-of-inguinal-and-femoral-hernias-in-adults?search=hernia%20inguinal&source=search_result&selectedTitle=2~126&usage_type=default&display_rank=2#

11. Carrera N. Tipo de hernia inguinal encontrado en la población general, según la clasificación de Nyhus. 2021.

12. Griffen F. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 20 April 2021]. Available from:

https://www.uptodate.com/contents/open-surgical-repair-of-inguinal-and-femoral-hernia-in-adults?search=nyhus%20clasificacion&source=search_result&selectedTitle=1~1&usage_type=default&display_rank=1#H28361808

13. Sobel J. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 20 April 2021]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/bacterial-vaginosis-clinical-manifestations-and->

- diagnosis?search=vaginosis%20bacterina&source=search_result&selectedTitle=2~104&usage_type=default&display_rank=2#H110845 310
14. Mayuri C. Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar [Internet]. Bvs.minsa.gob.pe. 2021 [cited 20 April 2021]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>
 15. Goldstein B. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 20 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/scabies-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=escabiosis&source=search_result&selectedTitle=1~92&usage_type=default&display_rank=1
 16. Goldstein B. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 20 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/scabies-management?search=escabiosis&topicRef=4038&source=see_link
 17. Wald E. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 20 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/group-a-streptococcal-tonsillopharyngitis-in-children-and-adolescents-clinical-features-and-diagnosis?search=faringitis%20bacteriana&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H217645 91611
 18. Pichichero M. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 20 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-streptococcal-pharyngitis-in-adults-and-children?search=faringitis%20bacteriana&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

ANEXOS

ANEXO N° 1

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS "JOSE CASMIRO ULLOA"

