



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**PRÁCTICA MÉDICA DURANTE ESTADO DE EMERGENCIA EN
HOSPITAL DE HUARAL DURANTE EL PERIODO DE
2020 - 2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADA POR
JHOSELIN QUISPE LINDO**

ASESOR

DR. SIXTO ENRIQUE SANCHEZ CALDERON

**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

**PRÁCTICA MÉDICA DURANTE ESTADO DE EMERGENCIA
EN HOSPITAL DE HUARAL DURANTE EL PERIODO DE
2020 - 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
JHOSELIN QUISPE LINDO**

**ASESOR
DR. SIXTO ENRIQUE SANCHEZ CALDERON**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: Dra. Edelina Soto Espinoza

Miembro: Dra. Yanire Patty Macedo Alfaro

Miembro: Dr. Carlos Alberto Baldarrago Luna

ÍNDICE

	Pág.
Portada	i
Jurado	ii
Índice	iii
Resumen	iv
Abstract	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1. Caso Clínico N°1	4
1.2. Caso Clínico N°2	5
1.3. Caso Clínico N° 3	6
1.4. Caso Clínico N° 4	8
1.5. Caso Clínico N° 5	9
1.6. Caso Clínico N° 6	10
1.7. Caso Clínico N° 7	12
1.8. Caso Clínico N°8	13
CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	15
CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	17
CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	20
CONCLUSIONES	23
FUENTES DE INFORMACIÓN	26
ANEXOS	28
1. Signos y Síntomas Asociado a Diarrea	28
2. Evaluación De La Deshidratación	29
3. Flujograma de Diarrea – Plan A	30

RESUMEN

Describir la experiencia del internado médico en un establecimiento de salud y comparar la realidad actual de pandemia por COVID -19 con las prácticas pre-pandemia.

Se tratan temas referentes al ejercicio de la práctica médica como estudiantes de medicina en su último año de carrera, adecuada a una pandemia, la cual varía dependiendo del establecimiento de salud, de su capacidad resolutive, de las características demográficas y sociales de la población que se le adjudica y cómo se maneja la pandemia en dicho establecimiento, influyendo directamente en el trabajo del interno de medicina.

El internado es importante para la formación del médico, puesto que se fijan conocimientos y se ponen en práctica procedimientos que veremos día a día en nuestro ejercicio como profesionales. Razón por la cual, al estar en un contexto distinto, se priorizan otros ámbitos como la salud y el correcto uso de equipos de protección personal, además del esfuerzo por tratar de estar a la altura de las necesidades de los pacientes.

ABSTRACT

Describe the experience of medical boarding school in a health establishment and compare the current reality of pandemic by COVID -19 with prepandemic practices.

Topics related to the exercise of medical practice are treated as medical students in their last year of their career, appropriate to a pandemic, which varies depending on the health establishment, their resolution capacity, the demographic and social characteristics of the population assigned to it and how the pandemic is handled in that establishment, directly influencing the work of the medical intern.

Boarding school is important for the training of the doctor, since knowledge is fixed and procedures are put into practice that we will see every day in our exercise as doctors. Which is why, being in a different context, other areas such as health and the correct use of personal protective equipment are prioritized, as well as the effort to try to live up to the needs of patients.

INTRODUCCIÓN

El internado médico en Perú es parte importante de la formación de todo médico durante su etapa de pregrado, viene a ser prácticas preprofesionales que realiza el estudiante de medicina en el último año. La finalidad de esto es que el interno participe activamente en el cuidado de los pacientes, para así adquirir destrezas en la identificación de patologías, de factores de riesgo, así como el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

En la realidad de pandemia por el COVID 19, los internos de medicina están expuestos a una serie de desventajas en su formación, en su salud y la de sus familias. Si bien antes de la pandemia ya se contaba con un sistema de salud deficiente, con limitaciones, las personas tuvieron que adecuarse nuevamente a este estado de alarma y así, continuar con el internado médico de manera presencial, como se ha realizado siempre, pero sin la posibilidad de una rotación con guardias nocturnas y un horario de prácticas reducido, que significa menos aprendizaje.

El hospital de Huaral, un establecimiento categoría II-2 que se encuentra fuera de Lima ciudad, es un establecimiento que recibe unos 20 internos al año de diversas universidades para rotar en los servicios de Cirugía, Medicina, Pediatría y Gineco-Obstetricia, por 3 meses cada uno, siendo programados con guardias como un trabajador de salud, y un pago mensual a todos los internos de 400 nuevos soles.

Antes de iniciar de manera oficial el internado médico, se llevó a cabo una inducción donde se dio la bienvenida a la promoción ingresante y se indicaron los deberes como internos, el compromiso con los pacientes, así como los logros que se obtienen en un hospital de mediana complejidad que cuenta, por ejemplo, con un área de radiología recientemente implementada de equipos, como un tomógrafo. Por la situación nacional actual ha habido cambios en el hospital como reubicación de algunos servicios para contar con un área de solo COVID, tener 2 emergencias para poder distinguir a pacientes COVID, de las otras enfermedades.

Este año para la formación médica va a marcar un antes y un después sobre las nuevas adecuaciones por las que pasaremos hasta encontrar la mejor forma de llevar un internado que sea de provecho, para poder estar a la altura de las necesidades de salud de nuestra población.

CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico en el área de salud es una etapa de obligatoria para la formación de todo médico, aquí los futuros médicos tienen una participación en los establecimientos de salud, donde se asume responsabilidades sobre la salud de los pacientes que tienen a su cargo, involucrándonos en las visitas médicas, así mismo, bajo supervisión, se realizan procedimientos médicos para consolidar los conocimientos previos de pregrado.

El interno se encuentra en la etapa preliminar de lo que será su vida profesional. Es decir, la última etapa de su preparación universitaria para pertenecer a la comunidad médica con sus habilidades, actitudes y valores específicos.

Algunos médicos opinan que, para lograrse como médico, se debe estar muy capacitado, solo lográndose con esfuerzo, estudiando y permaneciendo al lado del paciente, que el medico debe tener mucha preparación y estudio permanente por lo que debe estar siempre actualizado.

Referente a lo que se espera del internado médico, los estudiantes anhelamos poder estar a la altura de las situaciones que se nos presenten, tanto a nivel de conocimientos, como en la práctica directa con los pacientes, ya sea realizando procedimientos o construyendo una relación médico-paciente. Como cualquier nueva experiencia, las principales inquietudes que teníamos antes de ingresar, era respecto al horario, a nuestros deberes como internos y todo acerca de lo que nos brindaba el hospital que eligiéramos para rotar para poder explotar al máximo nuestras capacidades.

En el servicio de pediatría, se cumplió con lo establecido en el silabo, por ejemplo, respecto al área de Neonatología aprendí la importancia de la atención inmediata del recién nacido y el tamizaje neonatal, así como de la identificación temprana de la asfixia neonatal y su manejo, fomentar la lactancia materna, tratamiento de una sepsis neonatal, el recién nacido prematuro y sus complicaciones, las cardiopatías congénitas acianóticas y cianóticas, dificultad respiratoria en recién nacido, hidratación neonatal. En el área de Pediatría propiamente dicha, la relevancia de las vacunas en la prevención de enfermedades y promoción de la salud, se abarcaron diversas patologías que se observan con frecuencia en un establecimiento de salud como la desnutrición, anemia, enfermedades diarreicas agudas que pueden desencadenar en cuadros de deshidratación y llevar a shock, parasitosis, neumonía adquirida en la comunidad, así como asma y otras enfermedades de vías respiratorias, enfermedades dermatológicas y de vías urinarias. Del mismo modo, se cumplió lo referente a las urgencias y emergencias en pediatría como los síndromes convulsivos, el dolor abdominal agudo y sus posibles causas, el adecuado manejo de las intoxicaciones, las mordeduras por animales y adecuada identificación y respuesta al shock hipovolémico.

En el servicio de Medicina, por otra parte, pude aplicar todo lo aprendido en años previos respecto a múltiples patologías que son las que más frecuentemente veremos en nuestra práctica diaria como médicos, la importancia de la parte ética y medicina legal. Dentro de las enfermedades que más se observan están los trastornos metabólicos como diabetes mellitus, dislipidemias, obesidad; las enfermedades del aparato respiratorio como TBC, NAC, asma bronquial, NIH, EPOC; también son recurrentes enfermedades del aparato digestivo como las enfermedades ulcero pépticas, hepatitis y cirrosis hepáticas, hemorragias digestivas, cáncer gástrico, pancreatitis, diarreas agudas y crónicas; en el aparato cardiovascular se observaron casos con HTA, insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica, arritmias cardíacas

cardiomiopatías, y reanimación cardiopulmonar; en cuanto a enfermedades infecciosas, pudimos ver VIH/SIDA así como infecciones de transmisión sexual, parasitosis, salmonelosis, herpes zoster, etc. En problemas del sistema nervioso se identificaron casos de enfermedad vascular cerebral, infecciones del sistema nervioso, cefaleas, epilepsia y coma, demencias, tumores del SNC, neuropatías periféricas; referente a enfermedades articulares se diagnosticaron y trataron pacientes con LES, osteoartritis, artritis reumatoide, gota, polimiositis, fibromialgias.

En la rotación de Cirugía se aplicó el manejo de heridas, quemaduras y los tipos de suturas, se lograron identificar y tratar patologías como hernias de pared abdominal, obstrucción intestinal, apendicitis aguda, diverticulitis; enfermedad litiásica biliar como litiasis vesicular, colecistitis aguda y crónica, coledocolitiasis; hemorroides, fisuras y fistulas perianales; manejo de politraumatizados según ATLS; referente a traumatología manejo inicial de fracturas y luxaciones; en urología identificar la hipertrofia benigna de próstata, cáncer de próstata, traumatismos de tracto urinario, litiasis urinaria, torsión testicular.

En el servicio de Ginecología y Obstetricia se observaron en el área ginecológica, casos de distopias genitales e incontinencias urinarias; de miomatosis uterinas y tumores anexiales; hemorragia uterina anormal, cáncer de cuello uterino, mama, procesos inflamatorios pélvicos, infertilidad, amenorrea, la importancia de planificación familiar en mujeres en edad fértil; del mismo modo, en obstetricia se reconoce la fisiología del embarazo, en la elaboración de una historia clínica prenatal integral, en las complicaciones del embarazo como hiperémesis gravídica, RPM, anemia, RCIU, diabetes gestacional e hipertensión con sus complicaciones; la realización de un correcto partograma, las ITUS y sus posibles complicaciones, parto pretérmino, aborto, corioamnionitis, infecciones puerperales, hemorragias de primer, segundo y tercer trimestre, así como las hemorragia post parto.

1.1. Caso Clínico N°1

Relato:

Paciente de masculino de iniciales J.A.R.L. de 3 años, madre refiere que hace 4 días inicia deposiciones líquidas con moco sin sangre, de escasa cantidad, que van en aumento, iniciando con 4 deposiciones al día, 2 días antes del ingreso se observan restos de sangrado en las heces, por lo que acude a establecimiento.

Antecedentes:

- Patológico: Niega
- Quirúrgicos: Niega
- RAM: Niega
- Medicación: Niega

Funciones Biológicas:

- Apetito: disminuido
- Sueño: sin alteraciones
- Orina: sin alteraciones
- Heces: son sangre
- Peso: sin alteraciones

Examen Físico:

- AREG, AREN AREH
- PA: 120/80 FR: 20 FC: 95 T°: 37.6 SatO2:99%
- Piel: T/H/E llenado capilar <2. no lesiones. CV: RCRBI, no soplos
- TyP: MV pasa bien ACP, no ruidos hidroaéreos
- Abd: D/B, RHA (+), moderado dolor a la palpación en epigastrio, de intensidad 7/10 no irradiado
- Neurológicos: LOTEPE, no signos meníngeos, no rigidez de nuca

Diagnóstico:

- Diarrea Disentérica.

Plan:

- Hemograma completo.
- Reacción inflamatoria en heces.

Tratamiento:

- Azitromicina 10mg c/24 horas por 5 días.
- Tomar abundante agua.
- Reevaluación en una semana.
- Dieta blanda.

1.2. Caso Clínico N°2

Relato:

Madre del paciente femenino de 6 años, refiere que presentó SAT hace 3 días y al día siguiente se percató que le habían salido lesiones en forma de vesícula pruriginosas en brazos, piernas y tórax anterior. Niega náuseas y vómitos.

Antecedentes:

- Patológico: Niega
- Quirúrgicos: Niega
- RAM: Niega
- Medicación: Niega

Funciones Biológicas:

- Apetito: disminuido
- Sueño: sin alteraciones
- Orina: sin alteraciones
- Heces: sin alteraciones
- Peso: sin alteraciones

Examen Físico:

- AREG, AREN AREH
- PA: 120/80 FR: 15 FC: 95 T°: 37.8 SatO2:99%

- Piel: T/H/E llenado capilar <2, lesiones de forma de vesículas umbilicadas en base eritematosa pruriginosas en MMII, MMSS y tórax anterior.
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos
- TyP: MV pasa bien ACP, no ruidos hidroaéreos
- Abd: D/B, RHA (+), no doloroso a la palpación superficial y profunda.
- Neurológicos: LOTEP, no signos meníngeos, no rigidez de nuca.

Diagnóstico:

- Varicela

Plan:

- Hemograma completo

Tratamiento:

- Paracetamol 15mg/kg c/8hrs PRN fiebre o dolor.

1.3. Caso Clínico N° 3

Relato:

Paciente de 65 años de iniciales D.A.G. acude por emergencia refiriendo que desde hace 3 días presenta dolor abdominal en cuadrante superior derecho de moderada intensidad, asociado a náuseas y vómitos en 4 oportunidades de contenido no bilioso. El día del ingreso, nota coloración amarillenta en tórax y escleras. Niega sensación de alza térmica.

Antecedentes:

- Patológico: Litiasis vesicular hace 2 años
- Quirúrgicos: Niega
- RAM: Niega
- Medicación: Niega

Funciones Biológicas:

- Apetito: disminuido
- Sueño: sin alteraciones
- Orina: oscuro (té cargado)
- Heces: sin alteraciones
- Peso: sin alteraciones

Examen Físico:

- AREG, AREN AREH
- PA: 130/80 FR: 17 FC: 83 T°: 37.6 SatO₂: 98%
- Piel: T/H/E llenado capilar <2. ictericia en escleras, cara y MMSS
- CV: RCR BI, no soplos
- TyP: MV pasa bien por ACP, no ruidos agregados,
- Abd: D/B, RHA (+), doloroso a la palpación en HCD, de intensidad 5/10, Signo de Murphy (+), Rovsing (-), no resistencia abdominal.
- Neurológicos: LOTEP, no signos meníngeos, no rigidez de nuca.

Diagnóstico:

- Coledocolitiasis.

Plan:

- Hemograma completo.
- Bilirrubinas directa e indirecta.

Tratamiento:

- CPRE
- Dieta hipograsa hipocalórica.

1.4. Caso Clínico N° 4

Relato:

Paciente de 46 años con iniciales W.A.S.D. refiere que desde hace 4 días presenta distensión abdominal que ha ido incrementando al pasar de los días. Acompañado de náuseas y vómitos de contenido alimentario de 3 a 5 veces al día. 2 días antes del ingreso se añade pérdida de apetito y el dolor se incrementa a 8/10.

Antecedentes:

- Patológico: Niega
- Quirúrgicos: Apendicectomía en 2016
- RAM: Niega
- Medicación: Niega

Funciones Biológicas:

- Apetito: disminuido
- Sueño: sin alteraciones
- Orina: sin alteraciones
- Heces: no defeca desde hace 3 días
- Peso: sin alteraciones

Examen Físico:

- AREG, AREN AREH
- PA: 110/80 FR: 18 FC: 84 T°: 36.6 SatO2:99%
- Piel: T/H/E llenado capilar <2. no lesiones
- CV: RCR BI, no soplos
- TyP: MV pasa bien por ACP, no ruidos agregados,
- Abd: distendido, RHA disminuidos, leve dolor a la palpación en epigastrio, de intensidad 5/10, no irradiado.
- Neurológicos: LOTEPE, no signos meníngeos, no rigidez de nuca.

Diagnóstico:

- D/c Obstrucción Intestinal

Plan:

- Hemograma completo
- Radiografía abdominal en bipedestación

Tratamiento:

- NPO
- Hidratación NaCl 0,9% 20 gotas x min
- Descompresión endoscópica

1.5. Caso Clínico N° 5

Relato:

Paciente de 58 años con iniciales J.J.Q. refiere que desde hace 9 días presenta cefalea y tos, que ha ido incrementando al pasar de los días. Acompañado de sensación de alza térmica y episodios de hemoptisis de 3 veces al día desde hace 3 días.

Antecedentes:

- Patológico: Niega
- Quirúrgicos: Niega
- RAM: Niega
- Medicación: Niega

Funciones Biológicas:

- Apetito: disminuido
- Sueño: sin alteraciones
- Orina: sin alteraciones
- Heces: no defeca desde hace 3 días
- Peso: sin alteraciones

Examen Físico:

- AREG, AREN AREH
- PA: 110/80 FR: 18 FC: 84 T°: 36.6 SatO2:99%
- Piel: T/H/E llenado capilar <2. no lesiones
- CV: RCR BI, no soplos
- TyP: MV disminuido en ápices de ACP, crepitas en ápice derecho.
- Abd: B/D, RHA (+), no doloroso a la palpación.
- Neurológicos: LOTEPE, no signos meníngeos, no rigidez de nuca.

Diagnóstico:

- Tuberculosis Pulmonar

Plan:

- Hemograma completo
- Bk en esputo
- Radiografía de tórax P-A

Tratamiento:

- Esquema antituberculoso

1.6. Caso Clínico N° 6

Relato:

Paciente de 36 años con iniciales J.A.P.H. refiere que desde hace 2 semanas presenta pérdida de fuerza de hemicuerpo izquierdo y cefalea, así como disartria que ha ido incrementando al pasar de los días.

Antecedentes:

- Patológico: VIH hace 3 años, no tratamiento.
- Quirúrgicos: Niega.
- RAM: Niega
- Medicación: Niega.

Funciones Biológicas:

- Apetito: disminuido
- Sueño: sin alteraciones
- Orina: sin alteraciones
- Heces: no defeca desde hace 3 días
- Peso: sin alteraciones

Examen Físico:

- AREG, AREN AREH
- PA: 110/80 FR: 18 FC: 84 T°: 36.6 SatO2:99%
- Piel: T/H/E llenado capilar <2. no lesiones
- CV: RCR BI, no soplos
- TyP: MV pasa bien por ACP, no ruidos agregados,
- Abd: B/D, RHA (+), no doloroso a la palpación
- Neurológicos: LOTEPE, paresia facial central izquierda, hemiparesia izquierda (3/5).

Diagnóstico:

- Toxoplasmosis.
- VIH estadio SIDA.

Plan:

- Hemograma completo
- Tomografía craneal
- Carga Viral y CD4.
- Serología para toxoplasma.

Tratamiento:

- Anti toxoplasma
- Antirretrovirales
- Corticoides.

1.7. Caso Clínico N° 7

Relato:

Gestante de 25 semanas de gestación con iniciales JQL, de 28 años acude a control prenatal, donde refiere polifagia y poliuria desde hace 15 días. Sin embargo, estos síntomas han ido aumentando progresivamente. Acompañado desde hace 4 días de disuria y SAT.

Niega otros síntomas

Antecedentes:

- Patológico: Niega
- Quirúrgicos: Niega
- RAM: Niega
- Medicación: Niega

Funciones Biológicas:

- Apetito: aumentado
- Sueño: sin alteraciones
- Orina: aumentado
- Heces: sin alteraciones
- Peso: aumentado

Examen Físico:

- AREG, AREN AREH
- PA: 100/70, FR: 17, FC: 88, T°: 37.5, SatO2:99%
- Pie: T/H/E llenado capilar <2, no lesiones
- CV: RCRBI, no soplos
- TyP: MV pasa bien ACP, no ruidos hidroaéreos
- Abd: D/B RHA (+) no doloroso a la palpación superficial y profunda.
- GU: PPL izquierda y derecho (-), PRU (-).
- Neurológicos: LOTEP, EG: 15/15, no signos meníngeos, no rigidez de nuca.

Diagnóstico:

- Diabetes Gestacional
- ITU

Plan:

- Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa
- Examen de orina
- Hemograma completo

Tratamiento:

- Metformina 850mg c/24 hrs.
- Cefuroxima 250mg c/12 hrs x 7 días.
- Dieta hipoglucida.

1.8. Caso Clínico N°8

Relato:

Paciente femenino de 55 años acude ya que refiere que hace 15 días cuando tose o carga objetos pesados siente una sensación que bulto que baja por la vagina. Así mismo, hace 4 días se añade disuria, polaquiuria y tenesmo, que han aumentado con los días. Niega otros síntomas.

Antecedentes:

- Formula Obstétrica: G5 P4014
- Patológico: Niega
- Quirúrgicos: Cesareada 2 veces
- RAM: Niega
- Medicación: Niega

Funciones Biológicas:

- Apetito: sin alteraciones
- Sueño: sin alteraciones
- Orina: aumentado
- Heces: sin alteraciones
- Peso: sin alteraciones

Examen Físico:

- AREG, AREN AREH
- PA: 125/70 FR: 18 FC: 83 T°: 36.5 SatO₂: 97%
- Pie: T/H/E llenado capilar <2, no lesiones
- CV: RCR BI, no soplos
- TyP: MV pasa bien ACP, no ruidos hidroaéreos
- Abd D/B no doloroso a la palpación, RHA (+)
- Neurológicos: LOTEPE, EG: 15/15, no signos meníngeos, no rigidez de nuca.
- GU: PPL izquierdo y derecho (-), presencia bulto cuando se realiza Valsalva.

Diagnóstico:

- Prolapso Genital
- ITU

Plan:

- Ecografía Transvaginal
- Examen completo de orina

Tratamiento:

- Ejercicios de Kegel
- Ciprofloxacino 500mg c/ 12hrs x 7 días.
- Tomar abundante agua.
- Disminuir factores de riesgo.

CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El establecimiento donde se realizaron las prácticas pre-profesionales fue el Hospital San Juan Bautista de Huaral, ubicado en el distrito de Huaral, capital de la provincia del mismo nombre, el cual se inauguró en marzo del año 1985 para brindar atenciones en salud a sus distritos que están ubicados entre la costa y sierra.

Huaral es una de las 9 provincias que pertenecen al departamento de Lima, aproximadamente a 81 km de la capital y está conformada por 12 distritos.

Hoy en día el hospital es un establecimiento de salud de mediana complejidad categoría II – 2 que pertenece a la Red de Salud Huaral Chancay la cual concentra una población total asignada de 190'000 habitantes y el distrito de Huaral con 106'00 aproximadamente en el año 2019.

Cuenta con una edad media poblacional de 25,5 años, una tasa de crecimiento poblacional anual estimada de 1.6 con mayor crecimiento en la costa y en el área urbana.

El 96% de la población se encuentra en los distritos de la costa y solo el 4% de habitantes se localizan en los otros 9 distritos de la sierra, siendo Huaral el distrito más poblado con 53%.

La vía principal de acceso es la Panamericana Norte desde Lima metropolitana, se cruza la variante de Pasamayo o el serpentín en caso de tránsito pesado, pudiendo llegar en un tiempo de 2 horas aproximadamente.

El hospital tiene una estructura horizontal, una planta es diseñada para los servicios de consulta externa, además cuenta con los servicios de Medicina, Cirugía y Traumatología, Pediatría y Neonatología, Ginecología y Obstetricia, Odontología, Enfermería, Emergencia y cuidados críticos, Anestesiología y Centro Quirúrgico, Patología clínica y Anatomía Patológica, Diagnóstico por imágenes, Nutrición y dietética, farmacia servicio social y Psicología.

Los pacientes que requieran de un manejo más especializado generalmente son referidos a los hospitales niveles III de Lima e institutos especializados como el INSN, INEM, INCN, INCOR, etc.

Los problemas priorizados en este establecimiento II – 2 son:

- Área niño, por baja cobertura de vacunación en algunos establecimientos.
- Incremento de morbilidad por enfermedades crónicas y degenerativas
- Alta morbimortalidad materna y perinatal.
- Alto porcentaje de gestantes adolescentes.
- Elevado porcentaje de casos de VIH
- Alta incidencia de intoxicación por plaguicidas
- Recursos humanos con multifuncionalidad
- Recuento falta de presupuestos para ciertas prioridades y actividades importantes del hospital.
- Insuficiente adherencia del personal de salud a las medidas de bioseguridad y prevención de IIH.
- Retraso en las transferencias de los reembolsos por atención del Seguro Integral de Salud.

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

Durante nuestro paso como internos se realizaron diversos procedimientos en los distintos servicios por los que se recorrió, por ejemplo, en el caso de los pacientes pediátricos con casos de diarrea según la resolución ministerial N° 755-2017- MINSA, primero debemos identificar qué tipo de diarrea es de acuerdo con una buena anamnesis con los padres y exámen físico, pero sobre todo identificar signos de deshidratación que requieran de un manejo inmediato. Una vez descartada la deshidratación, se procede a dar un manejo dirigido a reponer líquidos e identificar el agente patógeno, para poder dar el tratamiento con fármacos si así lo necesitara.

Según la guía también se pueden hacer uso de exámenes auxiliares en casos especiales y excepcionales como en diarreas que duren más de 7 días, cuando se sospecha de sepsis, en casos con sangre y moco; o cuando se da en pacientes con desnutrición moderada o severa y si es lactante menor de 3 meses.

En el caso clínico presentado se actuó de acuerdo a lo establecido y al no haber signos de deshidratación se procede al plan A que la previene con hidratación y por vía oral, se solicitó un examen auxiliar ya que presentaba rastros de sangre en heces, lo cual confirma el diagnóstico de una EDA disentérica y para la cual se da un tratamiento antibiótico, así como instruir a los padres para prevenir futuros cuadros e identificar signos de alarma. (Ver Anexos 1, 2, 3)

En el caso clínico de paciente que acude por coledocolitiasis, el paciente llega con el antecedente de ser diagnosticado con Litiasis vesicular, lo primero identificar de qué patología de vías biliares se trata, por ejemplo, el concepto de coledocolitiasis, que es el hallazgo de cálculos vesiculares en el conducto colédoco, los cuales migraron desde la vesícula y puede ir acompañados además de dolor e ictericia.

El diagnóstico se hace ayudado de pruebas auxiliares como ecografía abdominal y su manejo puede hacerse por colangiopancreatografía retrograda (CPRE) o colecistectomía laparoscópica con exploración de vías biliares. Por lo tanto, el abordaje de indicar CPRE al paciente fue el correcto.

El siguiente caso clínico es sobre Toxoplasmosis Encefálica (TE) en un paciente inmunocomprometido, se sabe que la toxoplasmosis es la infección más común del sistema nervioso central en pacientes con SIDA con un recuento de CD4 <100 células/microL y que, además, no están recibiendo profilaxis adecuada, o terapia antirretroviral.

Se puede hacer un diagnóstico presuntivo de TE si el paciente tiene un síndrome clínico compatible, anticuerpo *T. gondii* IgG (+) e imágenes cerebrales, de preferencia RM que demuestran una apariencia por ejemplo de múltiples lesiones en anillo. El tratamiento de la toxoplasmosis en pacientes con VIH incluye terapia antimicrobiana dirigida contra *T. gondii*, así como terapia antirretroviral (TAR) para la recuperación inmune.

Por último, en el caso clínico de la gestante, la diabetes mellitus gestacional se desarrolla durante el embarazo en mujeres cuya función pancreática es insuficiente para superar la resistencia a la insulina asociada con el estado de embarazo. Entre las principales consecuencias se encuentran el aumento de los riesgos de preeclampsia, macrosomía y parto por cesárea, y sus morbilidades asociadas. Además, si la madre es hiperglucémica durante la organogénesis, como las mujeres con diabetes excesiva conocida o desconocida, se aumentan los riesgos de aborto espontáneo y anomalías congénitas. A largo plazo, las mujeres con diabetes mellitus gestacional tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, así como enfermedades cardiovasculares y mayor riesgo de sufrir de infecciones urinarias a repetición. Se considera que la insulina es el tratamiento de elección, y que los agentes antihiper-glucémicos orales como metformina son una alternativa razonable para las mujeres que no reciben tratamiento nutricional y se niegan a tomar, o no pueden cumplir, la terapia con insulina. Los objetivos de glucosa según ADA y ACOG son:

- Concentración de glucosa en sangre en ayunas: <95 mg/dL
- Concentración de glucosa en sangre postprandial de una hora: <140 mg/dL
- Concentración de glucosa postprandial de dos horas: <120 mg/dL

CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El inicio del internado 2020 fue una ardua, pero gratificante experiencia, debido a que estábamos adecuándonos al nuevo ritmo de vida del hospital y de la rotación en la que nos encontrábamos, en mi caso, inicie con Pediatría y agradezco por eso, ya que, hoy quiero hacer de ella mi futura especialidad. Pude ver casos muy variados durante esos dos meses y medio que duro el internado prepandemia, aprendí a identificar y manejar diversas patologías que son tan recurrentes en pacientes pediátricos y serán de utilidad para mi posterior experiencia como serumista, a comparación de mis cointernos que llevaron esta rotación con el estado de emergencia, donde prácticamente no había pacientes y dejaron de experimentar la variedad de casuísticas. Comparando experiencias, ellos perciben su rotación como infructuosa, situación que no pasamos los que llevamos pediatría al inicio.

Al volver de la cuarentena, todos los internos del Hospital de Huaral pudimos volver a completar nuestras prácticas allí, teniendo el beneficio de recibir el equipo de protección personal todos los días de nuestra rotación hasta la culminación, se nos realizó una prueba serológica contra COVID 19, prueba que podíamos repetir si así lo necesitáramos durante los meses que duró el internado.

Desde que se ingresaba al hospital se podía observar lo diferente que se iba a realizar el internado, el área COVID se estableció en el área de emergencia, un ambiente relativamente nuevo en comparación con el hospital, amplio y ventilado, con equipos modernos; y el área donde estaríamos nosotros, el área no COVID, cuyo ingreso era por otra puerta, donde antiguamente se encontraba la emergencia, un área reducida que se usaba para Pediatría como consultorios de control del niño sano.

La rotación siguiente fue medicina interna, donde se ven pacientes con patologías crónicas, en su mayoría pacientes postrados que, a pesar de estar en medio de una pandemia, necesitan de un monitoreo de cerca para llevar a cabo exámenes constantes, así como tratamientos especializados y de ser necesario, ser referidos. Esta rotación fue de provecho para nuestra formación, se nos incentivó el ser minuciosos y estar atentos de cada avance de los pacientes, para así poder rehabilitarlos, pero, una vez más, puedo decir que no fue así para otros compañeros, que llegaron al servicio después, ya que esta vez la limitación fue que hubieron médicos contagiados de COVID que se encargaban de la parte académica, dejándose de lado ese ámbito tan importante, o médicos con técnicas de enseñanza eficiente que rotaban fuera del hospital durante esos meses de rotación.

Para la siguiente rotación de Cirugía si se evidenciaron diferencias negativas respecto a otros grupos de rotación, ya que anterior a la pandemia, se podía tener rotaciones en el área de traumatología y entrar a sala con ese especialista, cosa que se anuló bajo el marco de estado de emergencia, otra desventaja fue la restricción para ingresar a sala de operaciones, ya que se debe evitar aglomeraciones en áreas reducidas, solo se permitía el ingreso del cirujano y un acompañante que era mayormente el residente de tercer o segundo año.

Estas limitaciones se trataban de superar extendiendo las horas en las que permanecíamos en el hospital, para que así se hiciera evidente nuestro empeño por aprender y participar, también aprovechando al máximo las áreas de procedimientos quirúrgicos menores.

Por último durante la rotación de Ginecología y Obstetricia también hubieron situaciones de desventaja propias de la pandemia, de lo cerca que se estaba al ENAM y el miedo de no aprobarlo por dedicar más tiempo a un servicio que lo demandaba; y otras desventajas inherentes al servicio, como el hecho de que rotamos con la nueva promoción de residentes, que al igual que nosotros estaban aprendiendo y con los cuales tuvimos que compartir muchas veces las atenciones de parto, así como las evaluaciones a las gestantes o por la alta demanda de pacientes, limitarnos a realizar mayormente el llenado de papales. Al igual que en la rotación anterior, todas estas limitaciones se trataban de solucionar al permanecer más tiempo del que estipulaba nuestro contrato, siendo responsables de las consecuencias que eso podía implicar para nuestra salud, si así se lograba tener más oportunidad de aplicar lo aprendido.

CONCLUSIONES

- El internado medico es el año de prácticas vital para que un futuro medico aplique, consolide e integre los conceptos que vino adquiriendo los años previos.
- Durante este año de prácticas preprofesionales el alumno crecerá intelectualmente, participara activamente del manejo de pacientes desde que acuden al establecimiento, y añadirá los valores y actitudes que necesitamos para desempeñar en la carrera de Medicina.
- Con las nuevas disposiciones para volver al internado luego de que se instalara el estado de emergencia por el COVID 19, hubieron condiciones que hacen difícil el buen desempeño de los futuros médicos, como la reducción de horas de práctica, el tener descansos de 15 días, la reducción de personal de salud, que médicos académicos no puedan brindar sus conocimientos por tener descanso por enfermedad, la falta de equipos completos de protección personal, las limitaciones al evaluar a los pacientes por el riesgo de un posible contagio, etc.
- La adaptación a las adversidades y poner más empeño en cada oportunidad de aprendizaje que se brinde, no permitir que estos cambios en la realización del internado médico coloquen en una marcada desventaja a esta promoción de médicos en comparación con los médicos egresantes previos, y rescatar que se logró parte de esa formación en los meses previos a la pandemia.

RECOMENDACIONES

- Tener un plan de internado bien estructurado y reglamentado, donde se le otorguen todos los beneficios y facilidades a las promociones de internos venideros, puesto que la pandemia aún persiste.
- Implementar con las universidades áreas de apoyo a alumnos que cursen con problemas de salud, a raíz del COVID 19.
- Aceptar el regreso de internos a establecimientos de salud de mayor complejidad para la realización del internado médico, puesto que se han perdido muchos hospitales que actualmente no reciben más internos.
- Vacunar a los alumnos antes del inicio de internado.
- Dar evaluaciones constantes del correcto uso de los equipos de protección personal adecuada a los establecimientos de salud.
- Asegurar ya sea por parte del establecimiento de salud, o de la universidad, se otorguen los equipos de protección personal, puesto muchos compañeros carecían de estos, debiendo adquirirlos por sus propios medios.
- Realizar tamizajes periódicos de los internos para identificar posibles contagios oportunamente y así brindar el manejo oportuno.
- Reforzar la parte académica de manera virtual, con realización de casos clínicos reales, y también analizarlos de manera retrospectiva, para saber si fueron manejados apropiadamente o en que ámbitos se puede mejorar.

- Aprovechar cada oportunidad de poner en práctica nuestros conocimientos y despejar dudas cada vez que se tengan, en vista de las limitaciones que podamos atravesar.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Taype Rondán Á, Tataje Rengifo G, Arizabal A, Alegría Hernández S. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. *An Fac Med (Lima Peru : 1990)*. 2016;77(1):31.
2. Sánchez Flores, Adelita, Flores Echavarría, Rosalinda, Urbina Becerra, Rosario, Lara Flores, Norma Laura, Expectativas y realidades del internado médico de pregrado. Un estudio cualitativo. *Investigación en Salud [Internet]*. 2008; X(1):14-21.
3. Herrera-Añazco P, Toro-Huamanchumo CJ. Educación médica durante la pandemia del COVID -19: iniciativas mundiales para el pregrado, internado y el residentado médico. *Acta médica Perú*. 2020;37(2):169-75.
4. Núñez-Cortés JM, Reussi R, García Dieguez M, Falasco S. COVID-19 y la educación médica, una mirada hacia el futuro. *Foro Iberoamericano de Educación Médica (FIAEM)*. *Educ médica*. 2020;21(4):251.
5. Resolución Ministerial N° 755-2017-MINSA, Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño. Perú, 2017.
6. Nieto-Gutierrez W, Taype-Rondan A, Bastidas F, Casiano-Celestino R, Inga-Berrospi F. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. *Acta médica Perú*. 2016;33(2):105.

7. IETSI. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y manejo de la Colelitiasis, Colecistitis aguda y Coledocolitiasis. GPC N°11. Perú, marzo 2018.
8. Gandhi MD FIDSA R. Toxoplasmosis en pacientes con VIH [Internet]. Uptodate.com. Marzo, 2021 [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/toxoplasmosis-in-patients-with-hiv>
9. Durnwald C. Diabetes mellitus en el embarazo: Detección y diagnóstico [Internet]. UpToDate. Marzo, 2021 [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/diabetes-mellitus-in-pregnancy-screening-and-diagnosis?search=diabetes%20en%20gestante%20&source=search_result&selectedTitle=11~150&usage_type=default&display_rank=6
10. Durnwald C. Diabetes mellitus gestacional: Control glucémico y pronóstico materno [Internet]. UpToDate. Abril, 2021 [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/gestational-diabetes-mellitus-glycemic-control-and-maternal-prognosis?sectionName=RATIONALE%20FOR%20TREATMENT&search=diabetes%20en%20gestante%20&topicRef=6797&anchor=H2&source=see_link
11. Lic. Milton Falcón Pezo. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD HOSPITAL HUARAL Y SBS [Internet]. 2016 [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.hospitalhual.gob.pe/wp-content/uploads/2020/03/asis2016.pdf>

ANEXOS

1. Signos y Síntomas Asociado a Diarrea

SÍNTOMAS Y SIGNOS	DESCRIPCIÓN
Del aparato digestivo	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrea • Náuseas, vómitos • Dolor abdominal • Meteorismo (gases) • Pujo • Tenesmo
Generales e inespecíficos	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre • Decaimiento • Inapetencia • Convulsiones
De deshidratación*	<ul style="list-style-type: none"> • Sensorio alterado (irritabilidad, decaimiento, tendencia al sueño, letárgica, coma)* • Sed aumentada* • Signo de pliegue (reducción de la turgencia de los tejidos)* • Fontanela (mollera) deprimida • Mucosa oral y lengua seca • Llanto sin lágrimas • Ojos hundidos • Taquicardia • Llenado capilar lento mayor de 2 segundos • Pérdida de peso • Disminución del volumen de la orina (oliguria) • Hipotensión • Taquipnea • Patrón respiratorio acidótico (respiración profunda)

*Los signos considerados claves de la deshidratación son: Sensorio, Sed y Signo de pliegue.

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (2017), adaptado de las referencias bibliográficas ^{2,3}

2. Evaluación De La Deshidratación

PLAN DE TRATAMIENTO	A	B	C
I. OBSERVE:			
1. Estado de Conciencia*	Alerta	Intranquilo, irritable	Letárgico o inconsciente ^(a)
2. Ojos ^(b)	Normales	Hundidos	Muy hundidos y secos
3. Boca y lengua	Húmedas	Secas	Muy secas
4. Lágrimas	Presentes	Escasas	Ausentes
5. Sed*	Bebe normal sin sed	Sediento, bebe rápido y ávidamente	Bebe mal o no es capaz de beber o lactar
II. EXPLORE			
6. Signo del pliegue* ^(c)	Desaparece de inmediato	Desaparece lentamente (menor de 2 segundos)	Desaparece muy lentamente (mayor de 2 segundos)
III. DECIDA:		2 ó más signos	2 ó más signos incluyendo por lo menos un "signo clave"
	Sin signos de deshidratación	Algún grado de deshidratación	Deshidratación grave
IV. TRATE:	Use Plan A	Use Plan B pese a la niña o niño	Use el Plan C pese a la niña o niño

(*) "Signos claves de deshidratación"

(a) La letargia y la somnolencia no son lo mismo. Una niña o niño letárgico no está simplemente adormecido sino que su estado mental está embotado y no se despierta completamente; la niña o el niño parece derivar hacia la inconsciencia.

(b) En algunos lactantes, niñas y niños los ojos están normalmente algo hundidos. Es útil preguntarle a la madre si los ojos de la niña o el niño están como siempre o más hundidos de lo normal.

(c) El pliegue cutáneo tiene menos utilidad en los lactantes, niñas o niños con marasmo, kwashiorkor u obesos.

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (2017), adaptado de la referencias bibliográficas^{2,3,4}

3. Flujograma de Diarrea – Plan A

