



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO EN UN HOSPITAL Y UN
CENTRO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LIMA ESTE 2022-2023

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

MARTÍN EDUARDO ANTEPARRA GRANADOS

ASESOR

YONI MARGOT ZEVALLOS SOLDEVILLA

LIMA - PERÚ

2023



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO EN UN HOSPITAL Y
UN CENTRO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LIMA ESTE
2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR
MARTÍN EDUARDO ANTEPARRA GRANADOS**

**ASESOR:
DRA. YONI MARGOT ZEVALLOS SOLDEVILLA**

LIMA, PERÚ

2023|

JURADO

Presidente: Dra. Karim Elizabeth Ugarte Rejavinsky

Miembro: Dra. Graciela Emilia Pilaes Barco

Miembro: Dr. Carlos Alberto Morales Paitan

DEDICATORIA

La dedicación de este trabajo se ha dirigido a mis padres, quienes han brindado su apoyo durante mi carrera. Asimismo, deseo agradecer a mis amigos quienes me animaron durante estos años.

ÍNDICE

ÍNDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Cirugía General	1
1.2 Rotación de Ginecología y Obstetricia	4
1.3 Rotación de Medicina Interna	7
1.4 Rotación de Pediatría	9
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	11
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	13
3.1 Rotación de Cirugía General	13
3.2 Rotación de Ginecología y Obstetricia	16
3.3 Rotación de Medicina Interna	19
3.4 Rotación de Pediatría	21
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	24
CONCLUSIONES	26
RECOMENDACIONES	28
FUENTES DE INFORMACIÓN	30
ANEXO 1: ESCALA DE ALVARADO	35
ANEXO 2: CRITERIOS DE CENTOR MODIFICADOS	36
ANEXO 3: SCORE feverPAIN	37

RESUMEN

El internado médico en el Perú es un periodo de formación en el cual el futuro médico realiza prácticas bajo la supervisión de médicos experimentados en hospitales o establecimientos del primer nivel de atención con el objetivo de preparar a los médicos para desempeñarse con confianza y habilidad en un ámbito clínico real para desarrollar habilidades de atención al paciente. En el 2022 el internado médico tuvo una duración de 10 meses iniciando el 1 de junio del 2022 y culminó el 31 de marzo del 2023. El internado estuvo dividido en 4 rotaciones, 2 de estas rotaciones fueron hospitalarias y las otras 2 se llevaron a cabo en un establecimiento del primer nivel de atención. Las rotaciones realizadas fueron Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría.

Objetivo: Describir las vivencias y el desarrollo del internado médico comprendido durante el periodo de junio del 2022 a marzo del 2023. Detallar la trayectoria profesional, el contexto en el cual se desarrolló el internado y la aplicación profesional de los conocimientos aprendidos.

Metodología: Se describieron las experiencias del internado médico realizado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue y el Centro de Salud 1-III Salamanca y se presentaron los casos clínicos presenciados durante la duración del internado.

Conclusiones: El internado es el periodo más importante en la formación del futuro médico y es una etapa crucial de la carrera de Medicina Humana. Una formación integral es importante para formar médicos mejor preparados para enfrentarse a la atención médica en beneficio de sus pacientes.

Palabras clave: Internado médico hospitalario, primer nivel de atención, pandemia, COVID-19

ABSTRACT

The medical internship in Peru is a training period during which future doctors perform practical exercises under the supervision of experienced physicians in hospitals or first-level care facilities with the aim of preparing doctors to perform with confidence and skill in a real clinical environment and develop patient care skills. In 2022, the medical internship lasted for 10 months starting on June 1st, 2022 and ending on March 31st, 2023. The internship was divided into 4 rotations, with 2 of them being hospital-based and the other 2 taking place at a primary care facility. The rotations performed were General Surgery, Obstetrics and Gynecology, Internal Medicine, and Pediatrics.

Objective: To describe the experiences and development of the medical internship during the period from June 2022 to March 2023. To detail the professional trajectory, the context in which the internship was developed, and the professional application of the knowledge learned.

Methodology: The experiences of the medical internship performed at the National Hospital Hipólito Unanue and the 1-III Salamanca Health Center were described and the clinical cases witnessed during the duration of the internship were presented.

Conclusions: The internship is the most important period in the training of the future physician and is a crucial stage in the Human Medicine career. A comprehensive training is important in forming better-prepared doctors to face medical attention in the best interest of their patients.

Keywords: Hospital-based medical internship, primary care, pandemic, COVID-19.

NOMBRE DEL TRABAJO

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO
EN UN HOSPITAL Y UN CENTRO DEL PRI
MER NIVEL DE ATENCIÓN DE LIMA ESTE**

AUTOR

**MARTÍN EDUARDO ANTEPARRA GRAND
OS**

RECuento DE PALABRAS

9704 Words

RECuento DE CARACTERES

56190 Characters

RECuento DE PÁGINAS

44 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.3MB

FECHA DE ENTREGA

Mar 28, 2023 1:08 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 28, 2023 1:09 AM GMT-5

● **11% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado


MINISTERIO DE SALUD
 DIRIS L.E. - RIS ATE


M.C. MARGOT ZEVALLOS SOLDEVILLA
 CMP/24332
 JEFE DE EQUIPO - C.S. SALAMANCA

Dra, Yoni Margot Zevallos Soldevilla

Asesor

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9986-4172>

INTRODUCCIÓN

El internado médico en nuestro país es un periodo de formación en la cual los estudiantes de medicina que han completado los estudios teóricos pueden poner en práctica sus conocimientos y tengan la oportunidad de desarrollar habilidades clínicas y pensamiento crítico en el ámbito hospitalario y/o de la atención médica rutinaria. El internado es crucial para la formación del profesional de la salud debido a que representa una oportunidad para trabajar con pacientes y acercarse no solo a las enfermedades sino a las personas que lo padezcan. En este periodo los estudiantes tienen el privilegio de acercarse al tratamiento de los pacientes lo que les permitirá adquirir experiencia en el diagnóstico, tratamiento y atención del paciente, así como también la comunicación con el paciente y los colegas, toma de decisiones basada en evidencia y trabajo en equipo con otros profesionales. En el internado se cuenta con un equipo de profesionales médicos altamente experimentados que brindan orientación y consejería para aprender de su experiencia y conocimiento. El internado médico no se limita solamente a la atención médica sino para tener mejor comprensión sobre la realidad de la práctica médica en nuestro país y cómo funcionan los sistemas de salud.

El internado médico durante la pandemia del COVID-19 presentó una serie de desafíos inéditos tanto para los estudiantes como para los profesionales de la salud que trabajan en los establecimientos de atención. Durante esta etapa, los estudiantes de medicina estuvieron expuestos a un alto riesgo de contagio, por lo que se requirió el uso de equipo de protección personal. Debido a la necesidad de reducir el contacto y número de personas en los ambientes del hospital se tuvo que cambiar la manera en que se desarrollaba normalmente el internado. Reduciendo la duración del internado a 10 meses, el empleo de equipos de protección, menos contacto con los pacientes y reduciendo el tiempo que se evalúan a los pacientes.

A pesar del gran reto que significó el internado durante la pandemia esta fue una gran oportunidad para fortalecer los conocimientos y adquirir habilidades clínicas cruciales para la práctica médica a futuro y la formación profesional. Esto nos enseña que, a pesar de los desafíos, aún existen oportunidades para seguir creciendo y mejorando nuestra formación.

El presente trabajo de suficiencia describe 8 casos clínicos de patologías frecuentes que se pudo observar en el internado médico hospitalario realizado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, así como el desempeñado en Centro de Salud Salamanca, establecimiento del primer nivel de atención.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Rotación de Cirugía General

Caso clínico 1:

Anamnesis:

Paciente femenina de 18 años es mandado por triaje a tópico de cirugía debido a que presenta dolor abdominal tipo cólico de intensidad 7/10 a nivel de fosa iliaca derecha desde hace 16 horas, menciona disminución del apetito e indica 3 deposiciones líquidas sin moco y sin sangre, también manifiesta 3 vómitos de contenido alimenticio; además refiere haber tomado dos tabletas de escopolamina las cuáles no disminuyeron el dolor por lo que acude a urgencias del establecimiento; niega molestias urinarias, niega sensación de alza térmica y niega inicio de vida sexual activa.

Antecedentes quirúrgicos: Tumoroidectomía de fibroadenoma de mama a los 15 años.

Alergias: Niega

Fecha de última regla: Hace 28 días

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 73, frecuencia respiratoria: 19, presión arterial: 100/60 mmHg, temperatura: 37°C, Saturación: 99%, talla 150 cm y peso 50 kilos.

Piel y faneras: Tibia, elástica, se aprecia mucosas secas, ojos hundidos, palidez +/-+++

Tórax y pulmones: A la auscultación murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

Cardiovascular: A la auscultación ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad, no se aprecian soplos.

Abdomen: A la auscultación ruidos hidroaéreos presentes, a la palpación abdomen blando, depresible con dolor a la presión en hipogastrio y en fosa iliaca derecha, Blumberg, Psoas y Rovsing positivo.

Sistema Nervioso Central: Ubicada en tiempo, espacio y persona con Glasgow de 15/15

Impresión diagnóstica:

Síndrome doloroso abdominal

Abdomen Agudo Quirúrgico

Descartar: Apendicitis Aguda

Descartar: Embarazo Ectópico

Exámenes auxiliares:

Se le solicita:

- Prueba antigénica de COVID-19: negativa.
- Hemograma: Del cuál resalta los leucocitos de 17, 700, segmentados 93%, hemoglobina 10.2
- Beta-hCG cualitativa: negativo
- Examen de orina: leucocitos 0-3 x campo, eritrocitos 0-1 x campo, nitritos negativos y ausencia gérmenes.
- Ecografía abdominal: Según descripción indica apéndice 8.2 cm de diámetro, con grosor de la pared de 3. 4 cm; con conclusión de imagen sugestiva de proceso apendicular que sugiere correlacionar con la clínica.

Plan de trabajo:

1. Reposo gástrico (NPO)
2. NaCl al 0.9% 1000 cc + Dextrosa al 5% 1000 + NaCl 20% 2 amp + KCl 20% 1 amp Endovenoso (EV)
3. Ceftriaxona 2g EV c/ 24 horas
4. Omeprazol 40 mg EV c/24 horas
5. Control de las funciones vitales (CFV) c/ 8 horas
6. Interconsulta (IC) al servicio de ginecología y obstetricia
7. Programación a SOP según respuesta de interconsulta.

Caso clínico 2:

Anamnesis: Paciente masculino de 39 años se presenta a la emergencia de cirugía por presentar dolor abdominal de intensidad 7/10 asociado a gran distensión abdominal acompañado de náuseas y vómitos biliosos. Refiere haber presentado estreñimiento 10 semanas antes del ingreso. Refiere no realizar deposiciones 3 días antes. Refiere además intolerancia a los líquidos y alimentos.

Antecedentes quirúrgicos: Laparotomía exploratoria por apendicitis aguda complicada a los 19 años.

Alergias: Niega.

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia Cardiaca: 98 Frecuencia Respiratoria:18 Saturación de oxígeno: 98% Presión Arterial: 110/70

Piel y faneras: Tibia, elástica, sequedad de mucosas, palidez leve.

Tórax y pulmones: A la auscultación murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

Cardiovascular: A la auscultación ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad, no se aprecian soplos.

Abdomen: Se aprecia un abdomen globuloso, distendido, timpánico, doloroso a palpación, ruidos hidroaéreos incrementados. Sin signos de irritación peritoneal. Además, se observa cicatriz mediana infraumbilical de la cirugía previa.

Sistema Nervioso Central: Ubicada en tiempo, espacio y persona con Glasgow de 15/15

Impresión diagnóstica:

Obstrucción intestinal por bridas y adherencias.

Exámenes auxiliares:

- Radiografía de simple de abdomen de pie y decúbito revela distensión de asas intestinales, niveles hidroaéreos y ausencia de aire en región distal.
- Hemograma: 11.5000 leucocitos. Segmentados 77% Hemoglobina: 12.1
- Electrolitos: Potasio 3.5 mEq/L, Sodio 139 mEq/L Cloro 104 mEq/L, Calcio 8.9 mEq/L

Plan de trabajo:

1. NPO + Sonda nasogástrica a gravedad
2. NaCl 0.9% 1000cc + Dextrosa al 5% 1000 + NaCl 20% 2 amp + KCl 20% 1 amp
3. Ciprofloxacino 400 mg EV c/12 horas
4. Metronidazol 500 mg Ev C/8 horas
5. Omeprazol 40 mg EV c/24 horas
6. Metoclopramida 10 mg EV c/8 horas
7. Enema evacuante c/12 horas
8. CFV+BHE
9. Evaluar manejo conservador

1.2 Rotación de Ginecología y Obstetricia

Caso clínico 3:

Anamnesis:

Mujer primigesta de 28 años ingresa a la emergencia de ginecoobstetricia con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 5 días en el cual presentó prurito de predominio de palmas y plantas por las noches que le dificulta conciliar el sueño. Niega pérdida de líquido, niega sangrado vaginal, percibe movimientos fetales. Niega cefalea, niega escotomas, niega otros síntomas de irritación cortical, niega fotopsias. Niega antecedentes quirúrgicos, niega antecedentes de importancia.

Alergias: Niega

Fórmula obstétrica: G1P000

Edad gestacional por ecografía del 1er trimestre: 33 semanas.

Examen físico:

Funciones vitales: Frecuencia Cardíaca: 77 Frecuencia Respiratoria: 18 Saturación de oxígeno: 99% Presión Arterial: 100/60 mmHg

Piel y faneras: Tibia, elástica, hidratada. No presencia de edemas. Llenado capilar menor a 2 segundos.

Tórax y pulmones: Durante la auscultación, se escuchó un murmullo vesicular claro en ambos campos pulmonares, sin detectarse ruidos agregados.

Cardiovascular: A la auscultación ruidos cardíacos rítmicos de adecuada intensidad, no se aprecian soplos.

Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes. Útero grávido de 29 cm con dinámica uterina ausente al examen físico. Situación posición y presentación del feto: Longitudinal cefálico izquierdo. Latidos cardíacos fetales: 150.

Sistema Nervioso Central: Ubicada en tiempo, espacio y persona con Glasgow de 15/15, no signos de irritación cortical.

Impresión diagnóstica:

Primigesta de 33 semanas por ultrasonografía del primer trimestre, ausencia de labor de parto.

Colestasis intrahepática de la gestación

Exámenes auxiliares:

Hemoglobina en 11.5 gr/dL Leucocitos en 10000, Plaquetas en 250000

Perfil hepático: TGO 49 U/L, TGP 66 U/L, Albúmina sérica 3 mg/dL Bilirrubinas totales: 0.6 mg/dL Bilirrubina indirecta: 0,4 mg/dL Bilirrubina directa 0,2 mg/dL

Tacto vaginal: Sin cambios cervicales.

NST: Feto activo-reactivo

Ecografía obstétrica: Perfil biofísico fetal: 8/8. Feto único de 32 semanas 6 días.

Plan de trabajo:

- 1) Se hospitaliza en Alto Riesgo Obstétrico B
- 2) Batería control a las 48 horas y se solicita dosaje de ácidos biliares en sangre
- 3) Ácido ursodeursodesoxicólico 300mg vía oral cada 8 horas
- 4) Clorfenamina 4 mg amp EV c/12 o PRN a prurito
- 5) Monitoreo materno fetal
- 6) Observación y monitoreo de signos de alarma.

Caso clínico 4:

Anamnesis:

Paciente femenina de 21 años de edad acude a la emergencia de ginecoobstetricia por presentar “calambres” (dolor tipo cólico) en hipogastrio de intensidad 6/10 desde aproximadamente 23 horas atrás, además menciona sangrado vía vaginal de abundante cantidad llegando a usar 5 toallas higiénicas estándares en un día.

Refiere inicio de actividad sexual a los 17 años, una pareja sexual, refiere no usar ningún método anticonceptivo; indica su fecha de última de última regla normal hace 38 días.

Fórmula gestacional: G11001

Antecedentes Quirúrgicos: Cesárea segmentaria transversa primaria hace 2 años por presentar desproporción cefalopélvica.

Alergia: Niega

Examen físico:

Funciones vitales: Frecuencia Cardíaca: 80 Frecuencia Respiratoria:17 Saturación de oxígeno: 98% Presión Arterial: 90/60 Peso: 65 Talla: 1.55

Piel y faneras: Tibia, elástica, sequedad de mucosas, palidez +/-+++

Tórax y pulmones: A la auscultación murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

Cardiovascular: A la auscultación ruidos cardíacos rítmicos de adecuada intensidad, no se aprecian soplos.

Abdomen: Se aprecia un abdomen globuloso por abundante panículo adiposo, a la auscultación ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación a nivel de hipogastrio.

Sistema Nervioso Central: Ubicada en tiempo, espacio y persona con Glasgow de 15/15

Tacto vaginal: Cuello uterino blando, largo, posterior, Orificio cervical externo: abierto, sangrado en dedo de guante.

A la Especuloscopia: Se aprecian coágulos en canal vaginal, se retiran con gasas estériles y se observa sangrado por orificio cervical.

Impresión diagnóstica:

Sangrado Uterino Anormal

Descartar Aborto incompleto

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Leucocitos: 7 800, Hemoglobina 11.3 Hematocrito: 33.9
Plaquetas: 256 000
- Beta-hCG cualitativa: positivo
- Examen de orina: leucocitos 0-3 x campo, hematíes 0-1 x campo, nitritos y germen negativo
- Ecografía: Se aprecia un útero anteversoflexo de medidas 8 cm de longitudinal, transversal 5 cm, con cavidad uterina con restos heterogéneos de 9 mm; ovario derecho e izquierdo sin alteraciones; con conclusión de aborto incompleto.

Plan de trabajo:

1. Se hospitaliza a la paciente en el pabellón de Alto Riesgo Obstétrico C
2. Se prepara a la paciente para la Aspiración Manual Endouterina
3. Nada por vía oral
4. Vía salinizada
5. Azitromicina 1g Vía Oral STAT
6. CFV

1.3 Rotación de Medicina Interna

Caso clínico 5:

Anamnesis:

Paciente femenino de 31 años con polaquiuria, poliuria, tenesmo vesical, con orina con mal olor y ardor al orinar desde hace 3 días además refiere cefalea y malestar general desde hace 1 día acude a establecimiento de salud, refiere tomar 1 tableta de fenazopiridina de 100 mg sin embargo no obtuvo mejoría, niega infecciones urinarias anteriores.

Antecedentes Quirúrgicos: Colectomía hace 2 años

Alergias: Metamizol

Examen físico:

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 76, frecuencia respiratoria: 18, temperatura: 36°C, saturación: 98%, talla 167 cm y peso 71 kg.

Tórax y pulmones: A la inspección tórax simétrico, a la auscultación se aprecia murmullo vesicular que pasa bien por ambos campos pulmonares, no se aprecia ruidos agregados.

Cardiovascular: A la auscultación ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se aprecian soplos.

Urogenital: Puño percusión lumbar negativo, Puntos renoureterales positivos

Sistema Nervioso Central: Ubicada en tiempo, espacio y persona. Glasgow de 15/15

Impresión diagnóstica:

Infección Urinaria

Exámenes auxiliares:

Examen de Orina: leucocitos 25 - 30 x campo, hematíes 2-3 x campo, gérmenes abundantes

Plan de trabajo:

1. Manejo ambulatorio
2. Continuar con dieta completa
3. Fenazopiridina 100 mg VO c/8 horas durante 3 días
4. Nitrofurantoina 100 mg VO c/12 horas durante 7 días
5. Se explica medidas de prevención de infección urinaria
6. Se cita en una semana

Caso clínico 6:

Anamnesis:

Paciente varón de 32 años acude a establecimiento por presentar episodios repetidos de “mareos” en los cuales siente que todo se mueve alrededor de él y náuseas además de sensación tener el oído tapado y escuchar “pitidos” antes de los mareos. Además, refiere disminución de la audición en el oído izquierdo. Estos síntomas se han estado produciendo desde hace 1 año.

Examen físico:

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 77, frecuencia respiratoria: 18, temperatura: 36.5 °C, saturación: 99%, talla 164 cm y peso 72 kg.

Piel y faneras: Tibia, elástica e hidratada. Llenado capilar menor de 2 segundos. No hay palidez.

Tórax y pulmones: A la inspección tórax simétrico, a la auscultación se aprecia murmullo vesicular que pasa bien por ambos campos pulmonares, no se aprecia ruidos agregados.

Cardiovascular: A la auscultación ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se aprecian soplos.

Sistema Nervioso Central: Ubicado en tiempo, espacio y persona. Glasgow de 15/15

Maniobra de Dix-Hallpike: Negativo

Impresión diagnóstica:

Vértigo

Enfermedad de Meniere

Plan de trabajo:

1. Se realiza referencia al servicio de Otorrinolaringología
2. Dimenhidrinato 50mg condicional a náuseas y vómitos.

1.4 Rotación de Pediatría

Caso clínico 7:

Anamnesis:

Paciente femenino de 13 meses es traído por su madre quien refiere aparición de lesiones eritematosas en el área del pañal. Niega fiebre y otros síntomas.

Examen físico:

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 90, frecuencia respiratoria: 24, temperatura: 37°C, saturación: 99%, talla 74 cm y peso 9 kg.

Piel y faneras: Presencia de eritema en región de los glúteos, genitales y parte posterior del muslo además de lesiones satélites. Pliegues cutáneos no afectados. No descamación.

Tórax y pulmones: A la inspección tórax simétrico, a la auscultación se aprecia murmullo vesicular que pasa bien por ambos campos pulmonares, no se aprecia ruidos agregados.

Cardiovascular: A la auscultación ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se aprecian soplos.

Sistema Nervioso Central: Despierto y alerta. Glasgow de 15/15

Impresión diagnóstica:

Dermatitis irritativa del pañal

Plan de trabajo:

1. Hidrocortisona 1% en crema aplicar una vez por noche en capa fina durante 5 días.
2. Evitar el uso de talco y/o maicena.
3. Evitar el uso de jabones fuertes e irritantes, cambio frecuente de pañal.
4. Al limpiar evitar el uso de paños para bebés y solo usar agua tibia durante la higiene.
5. Control en 7 días para evaluar resolución o mejoría del cuadro.

Caso clínico 8:

Anamnesis:

Paciente de 6 años acude con madre quien refiere que su menor hijo mostró desde hace 4 días dolor de garganta con secreción amarilla que dificulta la ingesta de alimentos, así como palpó masa a nivel de cuello; también menciona fiebre de 39

grados en dos oportunidades por lo cual le da 5 ml de paracetamol sin embargo fiebre no cede por lo que lo trae a establecimiento de salud. Niega tos

Antecedentes de importancia: No refiere

Alergias: No refiere

Examen físico:

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 73, frecuencia respiratoria: 19, temperatura: 38°C, SpO2: 99%, talla 118 cm y peso 23 kg.

Tórax y pulmones: A la inspección tórax simétrico, a la auscultación se aprecia murmullo vesicular que pasa bien por ambos hemitórax, no se aprecia ruidos agregados.

Orofaringe: A la inspección se aprecia eritema de amígdalas y faringe y presencia de exudado blanquecino en amígdalas.

Zona cervical: se palpan adenopatías cervicales, móviles, blandas, no adheridas a plano superficial.

Cardiovascular: A la auscultación ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se aprecian soplos audibles.

Sistema Nervioso Central: Despierto y alerta. Glasgow de 15/15

Impresión diagnóstica:

Faringoamigdalitis de posible causa bacteriana

Plan de trabajo:

1. Manejo ambulatorio
2. Metamizol 11.5 ml VO STAT
3. Medios físicos para la fiebre
4. Continuar con dieta completa
5. Ibuprofeno 11.5 ml VO c/8 horas por 3 días
6. Penicilina Benzatina 600.000 UI IM Dosis Única
7. Explicar signos de alarma a los padres
8. Control en 7 días para evaluación de resolución

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Hipólito Unanue es un hospital nivel III-1 considerado hospital de referencia de la Dirección de Salud (DIRIS) Lima- Este. Este establecimiento recibe pacientes con patologías complejas referidos por otros centros de salud dentro de la misma jurisdicción. Este se encuentra ubicado en la avenida César Vallejo 1390 en el distrito de El Agustino. El Hospital cuenta con un área de 15,161 metros cuadrados, 660 camas y 225 consultorios para brindar atención médica a más de 2 millones de pacientes de la jurisdicción de la DIRIS- Lima Este. (1)

El Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU) es un hospital históricamente construido para brindar atención médica a enfermos de tuberculosis. El Hospital fue iniciado su construcción el 3 de mayo de 1944 en el fundo “Bravo Chico”, fundo de utilidad pública. El hospital fue construido durante el gobierno de Manuel Prado. Este fue inaugurado el 24 de febrero de 1949 durante el gobierno del General Manuel Odría. Inicialmente el hospital se llamó Hospital Sanatorio N° 1 para Tuberculosos. En 1962 se le renombró Hospital del Tórax y se formaron nuevos servicios. En el año 1968 se transforma en el hospital General ampliando su cartera de servicios. En 1969 cambia de nombre nuevamente a Hospital General Base Centro de Salud Hipólito Unanue Área Hospitalaria N° 3 La Victoria. A partir del 15 de marzo de 1991 se le denomina Hospital Nacional Hipólito Unanue. (2)

El internado médico hospitalario se desarrolló desde el 1 de junio del 2022 al 31 de octubre del mismo año. El internado se desarrolló en un contexto distinto al realizado el 2020 y 2021 (años en los cuales se desarrolló la primera, segunda y tercera ola de la pandemia del COVID-19 en nuestro país). Las medidas de protección personal fueron disminuyendo y relajando las medidas estrictas para prevenir el contagio al personal y entre los pacientes. Así mismo a mediados de junio del 2022 el hospital comenzó a brindar atención a la misma cantidad de pacientes en niveles pre-pandemia, por lo que el internado se realizó con relativa normalidad donde aún premiaba las medidas de prevención del contagio de COVID-19. Para la segunda mitad del año 2022 el personal de salud ya contaba con la cuarta dosis de la vacuna contra la COVID-19 como también la población en general. La disminución en la cantidad de casos (quizás porque empezaron a ser subdiagnosticadas) y sobre todo

la gran disminución de los casos graves de COVID-19 por la vacunación fueron algunos de los motivos por los cuales las medidas se relajaron las medidas estrictas de prevención que se tenía el año 2020 y 2021. La segunda mitad del internado médico se llevó a cabo en centros del primer nivel de atención.

El Centro de Salud Salamanca abrió sus puertas en octubre de 1991 como un centro de atención primaria de salud de categoría I-2, ubicado en un edificio proporcionado por el Club de Leones de Salamanca. En abril de 2004, después de trasladarse a un espacio más grande y volverse independiente del Club de Leones, fue reclasificado como un centro de salud de categoría I-3 y amplió su gama de servicios. Desde 2018, el centro de salud se encuentra en Jr. Los Abetos 117 y tiene una superficie de 600 metros cuadrados. Ofrece servicios de atención médica general, enfermería, obstetricia, psicología y odontología, así como un programa de control de tuberculosis y es un punto de descarte de COVID-19 donde también se brinda atención y seguimiento a los pacientes.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de Cirugía General

Caso clínico 1:

La apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica más frecuente con un riesgo de presentar el cuadro hasta de un 8% en la vida. (3) Es siempre importante realizar el diagnóstico de apendicitis aguda precoz y oportunamente porque un retraso en el diagnóstico puede significar incrementos en la morbilidad y mortalidad. Debido a la gran importancia de realizar el diagnóstico se han propuesto varios scores para predecir la probabilidad de que el cuadro que se tiene enfrente sea una apendicitis aguda. Entre estos scores se encuentran: La escala de Alvarado, La escala modificada de Alvarado, AIR (Apendicitis Inflammatory Response) score, RIPASA score. (4)

La escala de Alvarado desarrollada en el año 1986 es la escala más conocida a nivel global y la escala más utilizada en nuestro país. La escala de Alvarado utiliza solamente 3 síntomas, 3 signos y 2 pruebas de laboratorio. Lo que significa que el diagnóstico de apendicitis aguda es fundamentalmente clínico. Las manifestaciones clínicas son las siguientes: migración del dolor o también conocida como la cronología de Murphy (1 punto). Anorexia (1 punto) y la presencia de náuseas y vómitos (1). Los signos son dolor en la fosa iliaca derecha (2 puntos), Rebote positivo (1 punto) y la fiebre (1) punto. y en las pruebas de laboratorio está los leucocitos >10.000 células/mm³ (2 puntos) y la desviación a la izquierda (1 punto). (5) Este score se ejemplifica en el anexo 1.

Entre los diagnósticos diferencias que más nos encontrábamos durante la práctica clínica en el hospital eran las gastroenteritis porque a pesar de que también puede presentar dolor abdominal, vómitos y fiebre, la diarrea es la característica más prominente que nos indicaría una gastroenteritis aguda. Las infecciones urinarias también son patologías frecuentes en la emergencia porque también se presentan con náuseas, fiebres y dolor abdominal sin embargo el daño abdominal se encuentra principalmente en flancos y/o región suprapúbica antes que localizado en la fosa iliaca derecha. Los cólicos renales también se presentaban con dolor abdominal y vómitos, estos cuadros usualmente simulaban una apendicitis aguda por presentar dolor

abdominal localizado en cuadrante inferior derecho pero este dolor es de inicio súbito, contrario al dolor de curso insidioso e inicio progresivo de la apendicitis aguda. En las mujeres es importante descartar causas ginecológicas como una torsión ovárica, quiste anexial, embarazo ectópico e incluso enfermedad inflamatoria pélvica. (6)

En el caso de la paciente esta fue inspeccionada por el cirujano asistente a cargo y fue sometida a una apendicectomía laparoscópica encontrándose un apéndice supurada en toda su extensión con base apendicular en buen estado además de escaso líquido inflamatorio en un solo cuadrante. No hubo ninguna complicación durante ni después de la cirugía y la paciente se fue de alta al pasar un 1 día en hospitalización.

Caso clínico 2:

La etiología de la obstrucción intestinal se divide en causas funcionales y mecánicas. El 80% de los casos se debe a causas mecánicas siendo la principal causa en pacientes con antecedentes quirúrgicos la causa por bridas y adherencias postquirúrgicas. (7)

En el examen físico es frecuente encontrar dolor abdominal tipo cólico, aunque también es frecuente un dolor vago y difuso que puede ser constante o intermitente, náuseas y vómitos, gran distensión abdominal y cambios en el pasaje de las heces y flatulencias. (8) En pacientes con alta sospecha de un cuadro obstructivo el estudio inicial de elección es la radiografía de abdomen de pie. La tomografía se emplea fundamentalmente para caracterizar la naturaleza, gravedad y etiología probable de la obstrucción. (7)

El manejo inicial incluye evaluar las funciones vitales, poner al paciente en reposo gástrico, canalizar una vía endovenosa, evaluar el estado de deshidratación del paciente e iniciar hidratación endovenosa, solicitar exámenes complementarios como un hemograma y electrolitos, iniciar terapia antibiótica si el paciente se encuentra febril o si hay presencia de leucocitos en el hemograma que indicaría la presencia de la translocación bacteriana producto de la obstrucción y la descompresión gástrica mediante la colocación de una sonda nasogástrica a gravedad. (9)

En el caso no exista indicación de manejo quirúrgico urgente como presencia de sepsis, peritonitis, perforación, isquemia etc. Se brinda un manejo conservador con una duración de 48 horas en el cual el cuadro puede remitir. En el caso del paciente este recibió tratamiento conservador de manera inicial, pero presentó deterioro clínico antes de las 48 horas en las que estuvo en observación por lo que fue sometido a una laparoscopia exploratoria más adhesiolisis de bridas y adherencias. No hubo complicaciones durante ni después de la cirugía y el paciente fue dado de alta después de 4 días al presentar gran mejoría clínica. (10)

3.2 Rotación de Ginecología y Obstetricia

Caso clínico 3:

La colestasis intrahepática gestacional es una enfermedad que se caracteriza por prurito generalizado que generalmente comienza en las plantas y palmas por las noches y elevación de los ácidos biliares. La causa de esta enfermedad es poco conocida sin embargo parece estar relacionada con el efecto colestásico de las hormonas durante el embarazo en mujeres genéticamente susceptibles durante la gestación. (11)

Los síntomas más frecuentes de la colestasis intrahepática gestacional es el prurito intenso palmoplantar e ictericia. También se pueden presentar otros síntomas como náuseas, fatiga, dolor abdominal, hiporexia y trastornos del sueño. (12)

La colestasis intrahepática del embarazo se ha relacionado consistentemente con una mayor probabilidad de que se produzcan resultados adversos durante la gestación, como el parto prematuro espontáneo o inducido, la presencia de estado fetal no tranquilizador, la aparición de meconio en el líquido amniótico y óbito fetal. El riesgo de complicaciones para el feto parece estar relacionado con el nivel de ácidos biliares presentes en el suero materno, y las mujeres con casos más graves de colestasis corren un mayor riesgo. (13) La principal anomalía que se encuentra en los exámenes de laboratorio es el incremento de los ácidos biliares en sangre, sin embargo, también se pueden encontrar transaminasas elevadas fosfatasa alcalina elevada e hiperbilirrubinemia. (14)

El tratamiento de elección es el ácido ursodesoxicólico prescrito usualmente como 300 mg cada 8 horas hasta el momento del parto (9). Para el control se pueden realizar dosajes de ácidos biliares en sangre de manera semanal puesto que el riesgo de óbito fetal es alto cuando las sales biliares se incrementan por encima del >100 mmol/L. (10) En el caso de la paciente estuvo hospitalizada durante 2 semanas donde se realizó un dosaje de sales biliares 3 veces. El primero al momento del ingreso donde se encontraba en 15 mmol/L, el segundo a la semana donde se encontraba en 25mmol/L y el tercero en 20 mmol/L mostrando mejora del cuadro. Se le dio de lata a

la paciente y se le indicó control por consultorio externo además de consejería sobre signos de alarma.

Caso clínico 4:

Teniendo en cuenta la estadística de los últimos 5 años, se considera el aborto incompleto una de las 4 primeras causas de hospitalización en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en las mujeres fértiles (15), así como causa de atención en emergencia gineco-obstétrica; a nivel del territorio peruano existen reportes del Instituto Nacional de Estadística e Informática que indican que se da 55 abortos por cada mil mujeres en edad fértil y a nivel global la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que el 25% de embarazo concluyen en aborto. (16)

La definición de aborto según la OMS se considera al cese de la gestación a las 22 semanas con un producto de medio kilo y de 25 centímetros, cabe mencionar que se clasifica al aborto según la edad gestacional en temprano (menor a 12 semanas) y tardío (mayor a 12 y menor a 20 semanas); así como el estado de evolución en aborto inevitable que implica ruptura de membranas y dilatación del cuello uterino, aborto completo con cuello cerrado posterior a pérdida del producto y restos, aborto incompleto con cuello dilatado y restos dentro de cavidad uterina; amenaza de aborto con contracciones uterinas y cérvix cerrado; y embarazo anembrionado el cual presenta producto con ausencia de latidos cardiacos fetales.(17)(18)

El aborto tiene múltiples factores de riesgo dentro de los cuáles son los más frecuentes la edad materna avanzada, antecedente de abortos previos, patologías maternas durante el embarazo como infecciones, obesidad, diabetes mellitus, enfermedades de la tiroides e incluso el abuso de sustancias nocivas, según un estudio en Estados Unidos también indica la presencia de síndrome metabólico por parte paterna también se considera factor de riesgo; por otro lado algunos medicamentos también son considerados de riesgo para el aborto tal como son los antiinflamatorios no esteroideos; cabe mencionar que a nivel externo la radiación iónica se ha relacionado con el cese de la gestación temprana. (19)

Con respecto a la etiología, la más frecuente son las anomalías cromosómicas; por otro lado, en menor porcentaje se encuentra las anomalías anatómicas donde resalta

la presencia de leiomiomas y fibromas uterinos; en los últimos años también se aprecia el trauma directo en útero el cual según estudios va ligado a violencia familiar. (20)

El diagnóstico implica clínica, examen físico e imagen; la clínica más frecuente es el sangrado de ahí parte su clasificación de causa de hemorragia del primer trimestre; con respecto al examen físico implica la especuloscopia con los cambios cervicales que se aprecien; complementario se encuentra la ecografía que permite visualizar contenido uterino y se aprecia actividad cardíaca; de manera concomitante se solicita exámenes laboratoriales como B-hCG y hemograma. (21)

El manejo puede ser desde un manejo expectante hasta un procedimiento quirúrgico, en ocasiones acuden con restos uterinos eliminados por lo que implica observación de la paciente , así como la presencia de restos en cavidad uterina implica un manejo según edad gestacional sea una Aspiración Manual Endouterina en edad gestacional menores a 14 semanas y Legrado en mayores a 14 semanas; se debe realizar un control de funciones vitales y un seguimiento de la pérdida sanguínea mediante un hemograma. Cabe mencionar que antes del alta se da a conocer signos de alarma y se brinda consejería en planificación familiar. (22) (23)

3.3 Rotación de Medicina Interna

Caso clínico 5:

La enfermedad de Meniere es un trastorno que involucra el oído interno y es una de las principales causas de vértigo que se presenta en la consulta del primer nivel de atención. Resulta pertinente que los médicos estemos entrenados para reconocer el vértigo y evaluar sus probables causas. El vértigo es un síntoma más que una enfermedad per se. El vértigo es una sensación de movimiento giratorio el cual se puede acompañar de náuseas y vómitos. (24)

Las causas de vértigo pueden ser centrales (aquí el órgano afectado es el cerebelo o el tronco cerebral) o periférico (donde se encuentra afectado el oído medio). Las 3 causas más comunes de vértigo que se presentan en la atención primaria son el vértigo posicional paroxístico benigno, la neuritis vestibular y la enfermedad de Meniere. (25)

La enfermedad de Meniere se manifiesta con episodios de vértigo súbitos y repentinos, con disminución de la audición, tinnitus y sensación de presión o llenura del oído afectado. El diagnóstico es clínico. Para su diagnóstico es necesario la sensación de llenura (plenitud aural) y/o tinnitus acompañado de 2 o más episodios de vértigo que duran más de 20 minutos. En el tratamiento se emplean los diuréticos para prevenir los episodios y se emplean antihistamínicos y benzodiacepinas para parar las crisis. Además, se puede incluir en el tratamiento cambios en el estilo de vida y medidas higienicodietéticas como dieta el bajo consumo de sodio. El pronóstico es generalmente bueno cuando incluye tratamiento farmacológico y cambios en estilos de vida. (26)

Caso clínico 6:

Las infecciones urinarias son una causa frecuente de consulta en el primer nivel de atención siendo las mujeres las más afectadas por la anatomía de la uretra femenina. Durante toda su vida el 50% de las mujeres desarrollará una infección urinaria. (27) Existen diversos tipos de infección urinaria, se pueden clasificar según la zona de afección como la que afecta tracto urinario inferior conocida como cistitis y la que afecta el tracto urinario superior que se denomina pielonefritis; la etiología más frecuente son por gérmenes que forman parte de la flora fecal y vaginal los cuáles pueden iniciar con una invasión en la zona periuretral e ir ascendiendo por lo que uno de los factores de riesgo más frecuente es la mala higiene urogenital. (28)

Si hay una fuerte sospecha clínica de infección urinaria y los resultados del análisis de orina muestran la presencia de piuria (leucocitos en la orina) junto con nitritos o sin ellos, se debe comenzar inmediatamente el tratamiento con antibióticos empíricos. Es importante que los antibióticos empíricos prescritos se basen en los patrones de sensibilidad y resistencia a los antibióticos que son comunes en la zona geográfica donde se encuentra el paciente. (29)

En el caso de la paciente se trató de una cistitis no complicada, puesto que fue su primer episodio y no mostraba signos de una infección de tracto urinario alto. Es importante hacer uso adecuado y racional de los antibióticos para evitar la aparición de gérmenes resistentes. Como primera línea para una cistitis no complicada tenemos. Entre los antibióticos de primera línea se encuentra la nitrofurantoína, fosfomicina, cotrimoxazol. Estos se pueden emplear siempre y cuando no exista una hipersensibilidad a estos medicamentos. En caso exista contraindicación se puede emplear la amoxicilina + ácido clavulánico y/o la cefalexina. (30)

Si no es posible usar estos por último se puede emplear el ciprofloxacino sin embargo están surgiendo cepas resistentes a este antibiótico por su mal uso. (31)

3.4 Rotación de Pediatría

Caso clínico 7:

La dermatitis del pañal es un término no específico para describir a las dermatitis que se presentan bajo el área cubierta por el pañal. Generalmente es causado por el maceramiento, sobrehidratación y el contacto con irritantes de las heces y la orina. Sin embargo, su causa es multifactorial y se debe principalmente a que la piel del bebé es inmadura lo que lo hace más susceptible a que se irrumpa la barrera de la piel y exista absorción percutánea. Bajo estas lesiones es posible que exista una sobreinfección de *Candida* y/o infecciones bacterianas. Lo más importante en esta patología son las medidas preventivas que se puede lograr con sencillas intervenciones. Por ejemplo, para evita el excesivo y prolongado contacto con orina y/o heces se puede aumentar la frecuencia en la cual se cambian los pañales y usar un pañal súper absorbente. Para evitar la irritación y la maceración de la piel causada por la orina y las heces se puede aumentar la frecuencia de la higiene y limpiar al bebé solamente usando agua tibia y para evitar dañar la piel aún más puede evitar el uso de detergentes y jabones. Además, se pueden usar emolientes tópicos y barreras protectoras como el óxido de zinc. (32)

La aplicación de corticoides tópicos de baja potencia puede disminuir la inflamación que continúa presente a pesar de la implementación de medidas higiénicas y preventivas. Las cremas antifúngicas como el clotrimazol pueden emplearse cuando se observe que exista una complicación debido a hongos. Evitar el uso de polvos como la maicena o el polvo de talco es importante, ya que su inhalación accidental puede causar un riesgo significativo para los pulmones. (33)

Caso clínico 8:

El principal problema que uno se encuentra en la práctica habitual es sobre la necesidad de utilizar antibióticos o no cuando se presenta una faringitis aguda, teniendo en cuenta que en niños tan solo el 20 a 30% de las faringitis son causadas por bacterias. (34)

Se esperaría que la tasa de prescripción de antibióticos sea baja de la misma manera. A pesar de que la mayoría de los casos de faringitis son causados por virus y no requieren tratamiento con antibióticos para curarse, es común el uso de antibióticos para tratar esta enfermedad debido a la falta de pruebas diagnósticas precisas en la consulta médica que determinen la causa subyacente. Además de esto, se debe en parte que por lo general los síntomas de faringitis causada por virus y por bacterias son similares lo que hacen que sea difícil determinar la causa sin pruebas adicionales. En un estudio realizado en nuestro país que incluyó niños con el diagnóstico de faringitis aguda de los 351 participantes, 150 (42%) recibieron antibióticos (35)

El uso irracional de antibióticos supone un gasto innecesario para los sistemas de salud, la posibilidad de exponer al paciente a efectos adversos relacionados con el medicamento prescrito y a la contribución de la resistencia bacteriana. (36)

Considerando que en la atención primaria de salud en nuestro país a menudo se dispone de recursos limitados, es común que el médico deba utilizar el examen físico para determinar la necesidad de prescribir antibióticos. Las faringitis virales nos dan enrojecimiento o eritema faríngeo junto con eritema amigdalino. Y además se asocia frecuentemente a tos, rinorrea, diarrea, fatiga, conjuntivitis. Una faringitis bacteriana por el otro lado se caracteriza por la presencia de fiebre, adenopatías cervicales, petequias en el paladar y exudado amigdalino, odinofagia, cefalea, exantema escarlatiniforme y ausencia de tos. (37)

Aún sin antibióticos las faringitis bacterianas se autolimita sin tratamiento antibiótico, la fiebre cesa en 3-5 días y el dolor de garganta en una semana, pero sin embargo persiste el riesgo de desarrollar complicaciones que es la indicación principal de por qué se emplean antibióticos en las faringitis bacterianas. Tales como la fiebre

reumática, la glomerulonefritis postestreptocócica, la artritis estreptocócica reactiva y además la posibilidad de mastoiditis, abscesos periamigdalinos etc. (38)

Bajo esta problemática es que se han desarrollado scores predictivos que ayudarían al uso racional de antibióticos. Los 2 scores más empleados son los criterios de Centor y feverPAIN. Los cuales se muestran en el anexo 2 y 3 respectivamente. (37) En el caso de nuestro paciente tuvo un score de Centor modificado de 4/5 y un feverPAIN de 4 se inició terapia antibiótica.

Se le aplicó una sola dosis de penicilina benzatínica puesto que es un antibiótico en el cual se ha estudiado que sirve para prevención de la fiebre reumática, por no presentar historial de alergia a penicilinas y además era el que se encontraba disponible en el centro de salud. (39) El cuadro se resolvió sin mayor complicación al regresar a su control.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es quizás la última oportunidad para el estudiante de medicina de consolidar sus conocimientos teóricos acumulados durante la carrera y de también aprender lecciones que no se encuentran escritas en ningún libro. El contacto con los pacientes es fundamental para este aprendizaje ya que nos permite aplicar los conocimientos previamente aprendidos en la universidad a situaciones reales. Es tan o quizás más importante que todo lo aprendido en años previos al internado. El internado hospitalario significó un gran reto porque el interno es tratado como un trabajador más y a pesar de que no tenga responsabilidad legal de lo que suceda durante la atención resulta impensable creer que el interno es inimputable, al menos a nivel moral. Además, de los conocimientos o habilidades que debe conocer el interno es también relevante tener un buen manejo de relaciones interpersonales puesto que durante el internado se trabaja junto a otros internos de distintas carreras, enfermeras, obstetras, nutricionistas, médicos asistentes e incluso personal administrativo y de mantenimiento. La importancia de su labor es muchas veces pasada por alto debido al rígido sistema jerárquico que prima en los hospitales de nuestro país. Muchas veces es poco reconocido y valorado por el personal médico.

En el internado se aprende temas de disciplina, responsabilidad, constancia, sacrificio, generosidad. Quizás lo más difícil del internado no es el trabajo que se realiza, ni las cosas que debemos recordar sino nunca perder el buen ánimo frente la adversidad y recordar que nuestro objetivo final no debe ser recibir siempre comentarios, retroalimentación positiva o logros, sino que simplemente debemos dedicar nuestro tiempo y rescatar lo bueno de cada interacción y/o experiencia. De la misma manera en que el internado médico estuvo lleno de cosas positivas y experiencias provechosas también estuvo atestado de malas experiencias por lo que siempre existe un espacio para mejorar. A pesar de que en el internado se haya tenido que presenciar y vivir de primera mano maltratos y abusos hacia los médicos en formación siempre se puede rescatar una reflexión positiva de una mala situación por lo que resulta indispensable que el interno tenga capacidad de introspección y resiliencia.

El haber realizado el internado en un hospital del MINSA nos hace dar cuenta de la realidad de la atención médica en nuestro país, de lo desatendido que están las enfermedades y las personas así mismo la cantidad de barreras que existen para

brindar una atención de calidad. Trabajar en un ambiente con falta de equipamiento médico ni recursos adecuados puede perjudicar la adquisición de habilidades al interno, menos oportunidades de aprendizaje, menor supervisión etc. Pese a esto, trabajar en un ambiente con recursos limitados como suele suceder en hospitales del MINSA hace que el interno desarrolle su creatividad y capacidad de resolución de problemas con pocos recursos lo que puede representar una habilidad valiosa en el futuro, además del desarrollo y empatía con los pacientes en necesidad. En la rotación de cirugía general se tuvo el privilegio de aprender sobre el manejo de las emergencias quirúrgicas más frecuentes que son muy importantes para reconocer la necesidad de una intervención quirúrgica de alguna enfermedad cuando se realice el servicio rural. También se pudo aprender sobre el manejo y cuidados postoperatorios. En la rotación de Ginecología y Obstetricia también se reconocieron las principales emergencias ginecológicas y obstétricas así también como el control de la gestante en establecimientos del primer nivel.

El internado realizado en establecimientos del primer nivel de atención este año fue una valiosa modificación al internado médico que era estrictamente hospitalario. Sin duda resulta igual de valioso que el internado que se puede realizar en hospitales. En los hospitales se atienden referencias o pacientes con patologías que requieren de un tratamiento más especializado por lo que lo aprendido en el hospital no se aplica a veces en la práctica del médico recién egresado que hará el servicio rural. Aquí es donde el internado en centros de salud brilla porque permite aprender cómo se manejan las patologías más frecuentes de la comunidad. Aquí se pudieron obtener no solo conocimientos teóricos sino también de cómo dirigirse al paciente, responder sus dudas con lenguaje sencillo y sensibilizar al paciente sobre el cuidado de su salud.

Finalmente, pese a que el internado médico en nuestro país no es sin duda perfecto y muchas veces depende de la sede donde se realiza es en este período donde se pudieron tener valiosas y provechosas experiencias y entrenamiento que serán claves en la práctica a futuro. Cabe resaltar que la formación médica es un proceso continuo que requiere de la capacidad de aprender y desarrollar nuevos conocimientos y habilidades por cuenta propia porque el mundo de la medicina se encuentra en constante actualización por lo que fundamental que el interno y futuro médico esté listo para mantenerse actualizado con los progresos en el ámbito de medicina.

CONCLUSIONES

Indudablemente, el internado médico representa el momento más significativo en la capacitación de un médico, ya que es durante este período en el que se adquieren habilidades críticas y conocimientos fundamentales para desempeñar la profesión médica. En el internado médico hospitalario se brinda la oportunidad de trabajar y evaluar pacientes con patologías de las diversas especialidades y presenciar e involucrarse en un tratamiento especializado. Además, en los hospitales se encuentran profesionales con años de experiencia de los cuales se puede aprender habilidades clínicas importantes como el examen físico, la interpretación de exámenes de laboratorio y los tratamientos, permite adquirir habilidades como el trabajo en equipo y el liderazgo puesto que la atención en los hospitales es fundamentalmente inter y multidisciplinario, y contar con la ayuda del personal técnico y de enfermería. Por lo cual al completar el internado los médicos estarán mejor preparados para la práctica médica y brindar atención de calidad además de reconocer las enfermedades que requieran un tratamiento más especializado. Por lo que el internado en el ambiente hospitalario nos permite tener experiencias valiosas y útiles para nuestra profesión.

El internado en un centro del primer nivel de atención ofrece ciertas ventajas que el internado hospitalario no presenta. El internado en un centro de primer nivel de atención te otorga la conveniencia de realizarse en un entorno comunitario lo cual nos brinda más entendimiento y comprensión sobre las necesidades y desafíos de la atención médica en la comunidad. En el primer nivel de atención se aprende sobre la atención integral en salud que involucra actividades como la promoción de la salud, prevención de daños, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades y afecciones comunes en la población.

Además, en un centro de salud del primer nivel de atención los internos de medicina tienen la oportunidad de trabajar con una gran cantidad y variedad de pacientes con diversas patologías lo que permite aprender las necesidades de la población lo que nos brinda una comprensión más profunda de las barreras de la atención médica y cómo abordarlas. Y quizás lo más relevante o importante del internado de un centro

del primer nivel de atención es la atención médica con recursos limitados lo que nos da habilidades valiosas para la atención médica en el servicio rural.

El internado médico durante la pandemia del COVID-19 ha sido una experiencia única, nunca antes vista, pero desafiante para los internos de medicina. Pero se pueden rescatar cosas valiosas de esta experiencia como el aprendizaje sobre la atención médica en crisis. El manejo y seguimiento de pacientes con COVID-19. Comprensión de la importancia de las medidas de salud pública y la adaptación resiliencia en tiempos de crisis. Lo que ha permitido una experiencia para crecer profesionalmente.

Lo más importante que se ha podido aprender durante el internado médico durante la pandemia del COVID-19 es lo fundamental de la adaptación, flexibilidad y fortaleza del médico en situaciones de crisis, la importancia de la comunicación y la información científica actualizada para la toma de decisiones.

RECOMENDACIONES

El internado médico debe ser realizado bajo supervisión y mentoría adecuada para asegurar una formación de calidad y desarrollo de habilidades clínicas.

El internado médico debe regresar a su duración habitual de 12 meses puesto que cada día del internado representa una oportunidad de cambio que puede repercutir en la práctica médica a futuro.

El desarrollo del internado no debería ser solamente hospitalario, sino que debería incluir rotaciones en centro de salud de primer nivel de atención puesto que aquí se aprenden sobre actividades de promoción y prevención además de adquirir experiencia sobre las enfermedades que más frecuentemente aquejan a la comunidad.

Es fundamental que el interno y futuro médico se forme con base en las guías de práctica clínica basada en evidencias y tenga acceso a programas de formación continua para mantenerse actualizados y mejorar sus habilidades y la atención que puedan brindar.

Se recomienda que los hospitales y facultades de medicina tengan programas de apoyo para la salud mental y física dirigido al personal médico para evitar el agotamiento, burnout y estrés emocional propio de la práctica médica y proporcionar un chequeo de salud antes de cada rotación.

Las facultades de medicina durante el internado médico deben proporcionar a los futuros médicos el acceso a recursos educativos en línea, así como también bibliotecas médicas.

Las facultades de medicina deben garantizar rotaciones en distintas especialidades médicas para garantizar que el internado sea una experiencia provechosa para la formación del futuro médico.

Es pertinente también la evaluación continua para medir el progreso y las habilidades que adquiere el interno de medicina.

Las facultades de medicina deben intervenir para asegurarse que se respeten los horarios de trabajo de los internos y que estos reciban el debido descanso para evitar cualquier forma de explotación y maltrato en el ámbito laboral.

Se recomienda que el interno de medicina reciba una remuneración justa por el trabajo que realiza ya que la remuneración representa en cierta medida el reconocimiento del trabajo y el esfuerzo realizado por el interno durante su

formación y además esta puede ser un incentivo para los futuros médicos se esfuercen y presten una atención de calidad.

Se recomienda que las facultades de medicina busquen tener cierta uniformidad en la formación del interno debido a que esta garantiza que los futuros médicos reciban calidad de formación y enseñanza y que todos tengan las mismas oportunidades de desarrollo y aprendizaje. Sin embargo, es prudente evitar ser demasiado rígido ya que puede limitar la capacidad de aprendizaje individual y entorpecer su formación.

Se debe incentivar la investigación científica durante el internado y que a su vez se brinde asesoría personalizada y acceso a fuentes de información actualizada y de calidad.

Se recomienda que las facultades de medicina fomenten el aprendizaje individual que se adapte a sus necesidades y desarrollo de habilidades relevantes para su carrera.

Las facultades de medicina y los establecimientos de salud deben garantizar el bienestar de sus internos y deben proporcionar un entorno saludable para apoyar a que los internos alcancen su máximo potencial.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital Nacional Hipólito Unanue [Internet]. Gob.pe. [citado el 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/hnhu>
2. RESEÑA HISTORICA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE [Internet]. Hospital Nacional Hipólito Unanue. [citado el 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/transparencia/Datos%20generales/RESE%C3%91A%20HISTORICA.pdf>
3. Humes D, Speake WJ, Simpson J. Appendicitis. BMJ Clin Evid [Internet]. 2007 [citado el 18 de febrero de 2023];2007. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19454096/>
4. Bom WJ, Scheijmans JCG, Salminen P, Boermeester MA. Diagnosis of uncomplicated and complicated appendicitis in adults. Scand J Surg [Internet]. 2021 [citado el 18 de febrero de 2023];110(2):170–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33851877/>
5. Alvarado A. Diagnostic Scores in Acute Appendicitis. En: Garbuzenko DV, editor. Current Issues in the Diagnostics and Treatment of Acute Appendicitis. Londres, Inglaterra: InTech; 2018.
6. Elsevier Point of Care. Appendicitis [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/clinical_overview/67-s2.0-9fcb16b1-e686-4716-8f64-800db27a7f17#most-common-heading-26
7. Bordeianou L, Dante D. UpToDate [Internet]. Etiologies, clinical manifestations, and diagnosis of mechanical small bowel obstruction in adults. 2021 [citado el 18 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/etiologies-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-mechanical-small-bowel-obstruction-in-adults?search=small%20bowel%20obstruction&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=
8. Elsevier Point of Care. Small-Bowel Obstruction [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/clinical_overview/67-s2.0-f698b0b9-ef73-4e0d-a47b-16d3a622f2f9#clinical-presentation-heading-9
9. Bower KL, Lollar DI, Williams SL, Adkins FC, Luyimbazi DT, Bower CE. Small bowel obstruction. Surg Clin North Am [Internet]. 2018;98(5):945–71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2018.05.007>

10. Bordeianou L, Dante D. Management of small bowel obstruction in adults [Internet]. Uptodate.com. 2022 [citado el 18 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-small-bowel-obstruction-in-adults?search=small%20bowel%20obstruction&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
11. Smith DD, Rood KM. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. Clin Obstet Gynecol [Internet]. 2020 [citado el 18 de febrero de 2023];63(1):134–51. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31764000/>
12. Lindor K, Lee R. Intrahepatic cholestasis of pregnancy [Internet]. Uptodate.com. 2022 [citado el 18 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/intrahepatic-cholestasis-of-pregnancy?search=colestasis%20intrahepatica%20del%20embarazo&source=search_result&selectedTitle=1~64&usage_type=default&display_rank=1
13. Williamson C, Geenes V. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. Obstet Gynecol [Internet]. 2014 [citado el 18 de febrero de 2023];124(1):120–33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24901263/>
14. Wood AM, Livingston EG, Hughes BL, Kuller JA. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: A review of diagnosis and management: A review of diagnosis and management. Obstet Gynecol Surv [Internet]. 2018;73(2):103–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/ogx.0000000000000524>
15. Fernández A. Análisis Situacional de Salud Hospitalario 2021 - HNHU [Internet]. 2022. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/wp-content/uploads/2016/04/ASIS-2021-FINAL.pdf>
16. Orestes J, Solis T, Felicita M, Lara P, De Obstetricia F, Enfermería Y. FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO INCOMPLETO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II. VILLA EL SALVADOR [Internet]. Edu.pe. [citado el 18 de febrero de 2023]. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3685/ponce_lm.pdf?sequence=3&isAllowed=y
17. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Interrupción Voluntaria del Embarazo: definición, proyectos de ley y legislación extranjera. 2015.
18. Table: Classification of abortion [Internet]. MSD Manual Professional Edition. [citado el 18 de febrero de 2023]. Disponible en:

<https://www.msmanuals.com/professional/multimedia/table/classification-of-abortion>

19. Prager S, Dalton V. Pregnancy loss (miscarriage): Terminology, risk factors, and etiology [Internet]. Uptodate.com. 2022 [citado el 18 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-loss-miscarriage-terminology-risk-factors-and-etiology?search=incomplete%20abortion&source=search_result&selectedTitle=2~29&usage_type=default&display_rank=2
20. Ouyang D, Norwitz E. Uterine fibroids (leiomyomas): Issues in pregnancy [Internet]. Uptodate.com. 2022 [citado el 18 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-issues-in-pregnancy?sectionName=Early%20pregnancy%20loss&search=incomplete%20abortion&topicRef=5439&anchor=H5&source=see_link
21. Pregnancy loss (miscarriage): Clinical presentations, diagnosis, and initial evaluation [Internet]. Uptodate.com. 2022 [citado el 18 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-loss-miscarriage-clinical-presentations-diagnosis-and-initial-evaluation?search=incomplete%20abortion&source=search_result&selectedTitle=5~29&usage_type=default&display_rank=5
22. Redinger A, Nguyen H. Incomplete Abortions. StatPearls Publishing; 2022.
23. Bombin M, Mercado J, Zúñiga J, Encalada D, Ávila J. Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2019 [citado el 18 de febrero de 2023];84(6):460–8. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262019000600460&script=sci_arttext
24. Furman J, Barton J. 22. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 18 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-vertigo?search=vertigo&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=1 [Internet]. Uptodate.com. 2022 [citado el 18 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-vertigo?search=vertigo&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=1
25. The Royal Australian College of general Practitioners. An approach to vertigo in general practice [Internet]. Australian Family Physician. The Royal Australian

- College of General Practitioners; 2016 [citado el 18 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.racgp.org.au/afp/2016/april/an-approach-to-vertigo-in-general-practice/>
26. Elsevier Point of Care. Meniere Disease. 2021.
27. Kolman KB. Cystitis and pyelonephritis: Diagnosis, treatment, and prevention. Prim Care [Internet]. 2019 [citado el 18 de febrero de 2023];46(2):191–202. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31030820/>
28. Li R, Leslie SW. Cystitis. StatPearls [Internet]. 2022 [citado el 18 de febrero de 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31030820/>
29. Millner R, Becknell B. Urinary tract infections. Pediatr Clin North Am [Internet]. 2019;66(1):1–13. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031395518301263>
30. Gupta K. Acute simple cystitis in females [Internet]. Uptodate.com. 2022 [citado el 2 de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-simple-cystitis-in-females?search=cystitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
31. Montañez Valverde RA, Montenegro Idrogo JJ, Arenas Significación FR, Vásquez Alva R. Infección urinaria alta comunitaria por E.coli resistente a ciprofloxacino: características asociadas en pacientes de un hospital nacional en Perú. An Fac Med (Lima Peru : 1990) [Internet]. 2016 [citado el 18 de febrero de 2023];76(4):385. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000500009
32. Blume-Peytavi U, Kanti V. Prevention and treatment of diaper dermatitis. Pediatr Dermatol [Internet]. 2018 [citado el 18 de febrero de 2023];35 Suppl 1:s19–23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29596731/>
33. Horii K. Diaper dermatitis [Internet]. Uptodate.com. 2022 [citado el 18 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/diaper-dermatitis?search=diaper%20rash&source=search_result&selectedTitle=1~105&usage_type=default&display_rank=1
34. Cots JM, Alós J-I, Bárcena M, Boleda X, Cañada JL, Gómez N, et al. Recommendations for management of acute pharyngitis in adults. Acta Otorrinolaringol Esp [Internet]. 2015;66(3):159–70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.otorri.2015.01.001>

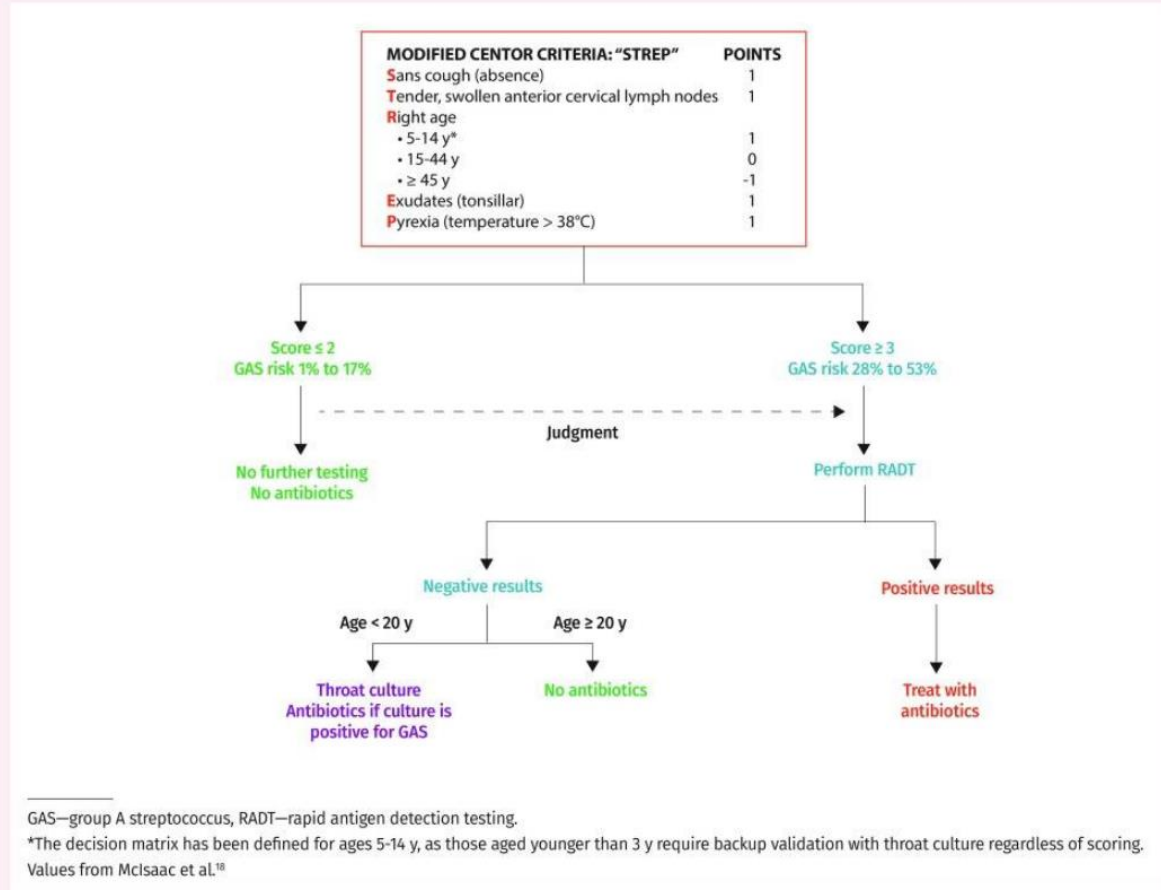
35. Ubillús G, Patiño L, Maza G, Vicuña R, Pregúntegui I, Reyes P, et al. Indicación de antibióticos en niños con faringoamigdalitis aguda y test positivo para estreptococo beta hemolítico del grupo A atendidos en [Internet]. Edu.pe. [citado el 18 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/80/78>
36. Machowska A, Stålsby Lundborg C. Drivers of irrational use of antibiotics in Europe. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018;16(1):27. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16010027>
37. Sykes EA, Wu V, Beyea MM, Simpson MTW, Beyea JA. Pharyngitis: Approach to diagnosis and treatment. *Can Fam Physician*. 2020;66(4):251–7.
38. Piñeiro Pérez R, Hijano Bandera F, Alvez González F, Fernández Landaluce A, Silva Rico JC, Pérez Cánovas C, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2011 [citado el 18 de febrero de 2023];75(5):342.e1-13. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-documento-consenso-sobre-el-diagnostico-articulo-S1695403311003845>
39. Pichichero M. Treatment and prevention of streptococcal pharyngitis in adults and children [Internet]. Uptodate.com. 2022 [citado el 18 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-streptococcal-pharyngitis-in-adults-and-children?search=treatment%20strep%20throat&topicRef=5971&source=see_link

ANEXO 1: ESCALA DE ALVARADO

Alvarado score	
Feature	Score
Migration of pain	1
Anorexia	1
Nausea	1
Tenderness in right lower quadrant	2
Rebound pain	1
Elevated temperature	1
Leucocytosis	2
Shift of white blood cell count to the left	1
Total	10

ANEXO 2: CRITERIOS DE CENTOR MODIFICADOS

Figure 2. Modified Centor scoring system: Used to calculate the risk of streptococcal pharyngitis and to decide whether RADT and antimicrobial therapy should be initiated in patients presenting with sore throat. Clinicians should consider performing RADT for those with scores of 2 if they are pediatric patients, if they are at risk of complications (immunocompromised or frail), or if they appear clinically unwell.



ANEXO 3: SCORE feverPAIN

Figure 3. FeverPAIN scoring system: Developed in the United Kingdom for calculating the risk of streptococcal pharyngitis in patients presenting with sore throat. Scores can be further used to decide when antimicrobial therapy versus follow-up is warranted.

