

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA MÉDICA EN DOS HOSPITALES Y PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN: HOSPITAL AGURTO TELLO,
HOSPITAL VÍCTOR RAMOS Y CENTRO DE SALUD NIEVERIA
BAJO 10 MESES DURANTE EL AÑO 2022-2023

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

ANGHIE KIMBERLY TRAVEZAÑO GÜERE

JOSÉ JHON SUNI ASLLA

ASESOR

FELIPE SANTIAGO TOLENTINO VALLADARES

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

**EXPERIENCIA MÉDICA EN DOS HOSPITALES Y PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN: HOSPITAL AGURTO TELLO,
HOSPITAL VÍCTOR RAMOS Y CENTRO DE SALUD NIEVERIA
BAJO 10 MESES DURANTE EL AÑO 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

ANGHIE KIMBERLY TRAVEZAÑO GÜERE

JOSÉ JHON SUNI ASLLA

ASESOR

DR. FELIPE SANTIAGO TOLENTINO VALLADARES

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

A nuestros padres y hermanos; por su esfuerzo, el apoyo a lo largo de estos años, que han permitido llegar a la meta después de siete largos años, y que no siguen acompañando paso a paso.

A las familias Suni Aslla y Travezaño Güere.

AGRADECIMIENTO

A todos los docentes y doctores, gracias a su dedicación y vocación por enseñar y formar a futuros profesionales de la Salud, contribuyendo en nuestro aprendizaje y crecimiento constante.

Por último, agradecer a la casa de estudios por ser el medio de la formación profesional, humanística y la parte asistencial.

ÍNDICE

PORTADA	1
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
ÍNDICE	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	10
CAPÍTULO 35	
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	35
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	47
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	50
FUENTES DE INFORMACIÓN	51

RESUMEN

Este documento describe las experiencias de dos internos en dos hospitales de segundo nivel de atención MINSA y un establecimiento de salud de nivel I-3. Este aprendizaje del programa internado médico se dio durante la parte final del estado de emergencia COVID-19 en el periodo de 2022-2023.

Se recopila la trayectoria profesional antes del inicio del internado médico, se describen las funciones y responsabilidades de los internos de medicina, además se presentan 16 casos clínicos, pertenecientes al Hospital Agurto Tello-Chosica, al Hospital Víctor Ramos- Huaraz y Centro de Salud Nieveria. Finalmente se narra los retos, adaptación ante un internado diferente, logros y metas obtenidos por los autores.

Dentro de las conclusiones más importantes que se obtuvieron, fue el fijar el conocimiento y la práctica médica, durante el internado nos dimos cuenta que lo primordial es el saber analizar los casos clínicos, para optar por correcto manejo terapéutico o quirúrgico. Además, se instruye al futuro médico en el proceso de prevención, promoción en los centros de salud de primer nivel, recuperación y rehabilitación de los pacientes en los hospitales pertenecientes al Ministerio de Salud.

La pandemia por el COVID-19 modificó el internado médico desde el año 2020 donde se escoge plaza de acuerdo a la DIRIS que perteneces por la ubicación del domicilio. Para internos que obtuvieron plazas del MINSA se implementó la modalidad de 5 meses en el hospital y los otros 5 restantes en un centro de salud. También se implementó la modalidad de realizar prácticas en clínicas o fuerzas armadas por postulación. Se brindaron medidas de protección personal para el interno que fueron cumplidas de forma parcial, así como el reconocimiento de ciertos derechos laborales.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA MÉDICA EN DOS HOSPITA
LES Y PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: HO
SPITAL AGURTO TELLO, HOSPITAL V

AUTOR

ANGHIE TRAVEZAÑO GÜERE JOSÉ SUNI
ASLLA

RECuento DE PALABRAS

12526 Words

RECuento DE CARACTERES

68145 Characters

RECuento DE PÁGINAS

55 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

530.5KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 4, 2023 2:48 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 4, 2023 2:51 PM GMT-5

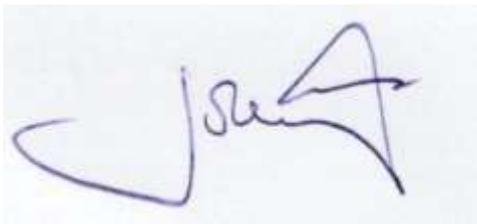
● **17% de similitud general**

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

- 17% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossr

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Dr. Felipe Tolentino Valladares

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-2009-4255>

ABSTRACT

This document describes the experiences of two inmates in a MINSA second level care hospital and a level I-3 health facility. This learning of the medical internship program occurred during the final part of the COVID-19 state of emergency in the period of 2022-2023.

The professional career before the start of the medical internship is compiled, the functions and responsibilities of the medical intern are described, in addition 16 clinical cases are presented, belonging to Hospital Agurto Tello-Chosica, al Hospital Víctor Ramos- Huaraz y Centro de Salud Nieveria. Finally, the challenges, adaptation to a different boarding school, achievements and goals obtained by the authors are narrated.

Among the most important conclusions that were obtained, it was establishing the knowledge and medical practice, during the internship we realized that the essential thing is to know how to analyze clinical cases, therapeutic or surgical management. In addition, the future doctor is instructed in the process of prevention, promotion in first level health centers, recovery and rehabilitation of patients in hospitals belonging to the Ministry of Health.

The COVID-19 pandemic has modified the medical internship since 2020 where a place is chosen according to the DIRIS that you belong to due to the location of your home. For inmates who obtained MINSA places, the modality of 5 months in the hospital was implemented and the other 5 months in a health center. The modality of carrying out internships in clinics or armed forces by application was also implemented. Personal protection measures were provided for the inmate that were partially fulfilled, as well as the recognition of certain labor rights.

INTRODUCCIÓN

El internado médico se realiza en el séptimo año de la carrera de Medicina Humana, según la malla curricular peruana (1). Este consiste en la ejecución de prácticas preprofesionales en diversos establecimientos del país, con la finalidad de consolidar los conocimientos adquiridos en años anteriores (2).

Durante la pandemia de COVID-19, el gobierno adoptó ciertas medidas para el control de la infección que afectaron directamente el desarrollo de las actividades del interno, entre ellas la suspensión de labores educativas. La Asociación Nacional de Facultades de Medicina (ASPEFAM) recomendó el retiro de los internos de medicina de los establecimientos de salud, siguiendo las indicaciones del Ministerio de Educación, bajo la Resolución Viceministerial N° 081-2020-MINEDU “Disposiciones para la prevención, atención y monitoreo ante el Coronavirus (COVID-19) en universidades a nivel nacional” (3). Sin embargo, mediante el Decreto de Urgencia N° 090-2020 (4), se reestablecieron estas labores como una medida para el cierre de brechas en recursos humanos.

Entre otras medidas adoptadas resaltó la reducción del tiempo de internado a 10 meses, incremento en las rotaciones en establecimientos de salud de primer nivel de atención, con la alternativa de optar por centros de salud de las fuerzas armadas y clínicas previo cumplimiento de ciertos requisitos, en donde el 100% de rotaciones se llevarían a cabo en estos establecimientos.

En este contexto, los autores realizaron su internado médico en tres establecimientos distintos; el Centro de Salud Nieveria del Paraíso, el Hospital Víctor Ramos Guardia y el Hospital José Agurto Tello, dadas las disposiciones sanitarias para ello. El inicio estaba programado para el primero de abril del 2022, por lo cual, se realizaron las inducciones correspondientes y prácticas en la misma universidad, días antes del inicio oficial; sin embargo, este se pospuso para el primero de junio del mismo año, pues los lineamientos sobre los derechos, deberes y proceso de vacunación del interno no estaban

especificados para el año 2022. Siendo este el primer día de inducción establecido, para las instituciones del MINSA.

El internado médico, establecido por directiva administrativa, es de fecha única y de forma simultánea en un periodo de 10 meses, comenzando el 1 de junio y culminando el 31 de octubre, para el primer periodo de 5 meses, y para los 5 meses posteriores, entre el 1 noviembre al 31 de marzo. Por otro lado, se realizaron los trámites de acuerdo a las Normas Administrativas Vigentes de Recursos Humanos dado por el jefe de la Unidad de Personal en las distintas instituciones. Finalmente, al culminar los procesos de identificación de huella y entrega de carnet de la institución, durante la primera semana del internado, en presencia de los residentes médicos de cada departamento (Medicina, Ginecología, Pediatría y Cirugía), así como el jefe médico del Centro de Salud de primer nivel, se explicaron los horarios de acuerdo al servicio antes de la incorporación como internos.

Este trabajo de suficiencia profesional describe la adquisición de experiencia profesional de dos internos en dos hospitales de segundo nivel de atención perteneciente al Ministerio de Salud y un establecimiento del primer nivel de atención del MINSA. También incluye el proceso completo de aprendizaje durante el internado médico en el periodo 2022-2023; en un contexto de pandemia de COVID-19.

En este contexto, decidimos realizar este trabajo para dejar descritas las experiencias y destrezas adquiridas a través de 16 casos clínicos médicos que engloban cada rotación, desde los casos más clásicos en el primer nivel de atención hasta los más complicados manejados en el segundo nivel (Hospitales). Además de conocer la realidad del país en cuanto a sistema de salud, los escasos recursos con los que se cuenta y la adaptación del médico a su entorno en cuanto prevención, al diagnóstico y tratamiento. Esperamos que este documento sirva a futuros colegas en cuanto a mejoras en el sistema de salud y la aplicación de la práctica médica.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La carrera de Medicina Humana, en Perú, tiene una duración de siete años para la formación profesional, los cuales pasan por tres etapas académico-prácticas, la primera de educación teórica básica, llamada Ciencias Básicas; la segunda, etapa Clínica y la última de Internado Médico. Además, dichos años, según plan curricular, se dividen en ciclos, dos por año.

1. CIENCIAS BÁSICAS

Esta etapa está conformada por los tres primeros años de estudios (6 primeros ciclos), abarca asignaturas básicas y generales que son la base para el inicio del enfoque de la carrera de medicina humana. En el primer año, las asignaturas impartidas son Matemática, Psicología General, Lenguaje, Filosofía, Química, Procedimientos básicos en Medicina, Informática Médica, Asignatura de Actividades deportivas y culturales -coro musical, Danzas Folclóricas, basquetbol, etc.- (primer ciclo); Antropología, Inglés Básico, Biología Celular, Ecología, Física Médica y Salud Pública. (Segundo ciclo).

En el segundo año, las asignaturas son en tercer ciclo: Anatomía I y II, Embriología, Histología, Bioestadística, inglés II; para el cuarto ciclo, Inmunología Básica, Bioquímica, Microbiología, Parasitología, e Inglés Médico. En el tercer año de carrera, para el quinto ciclo se cuenta con las asignaturas: Fisiología Humana, Epidemiología, Psicología médica; y para el sexto ciclo: Metodología de la investigación, Fisiopatología, Patología I, Farmacología, y Bioética. En esta etapa se da el primer contacto con el sistema de salud peruano, con las asignaturas Salud Pública y Epidemiología, donde los estudiantes se distribuyen en grupos en los diferentes establecimientos del primer nivel, y se realizan las prácticas preclínicas. En estos cursos, se tiene acceso por primera vez a los programas de salud nacionales y a la problemática social y de salud de la población allegada al centro de salud.

2. CLÍNICA

Comienza desde el cuarto año hasta el sexto año. Esta etapa se basa en clases teóricas dentro de los salones de la facultad de medicina y las clases prácticas, incluso refuerzo teórico en los diferentes hospitales, según asignatura. Durante estos años, se interactúa más con el segundo nivel de atención, que es el hospitalario, donde la mayoría de estudiantes de medicina humana inician sus actividades de la parte práctica correlacionándola con la teoría. El estudiante de medicina, para esta etapa, adquiere experiencia en la presentación, desarrollo y análisis de los casos clínicos. Al principio se prioriza, el completo llenado de las historias clínicas; y de esta manera, se establece la primera parte de la atención médica, que es la relación médico- paciente, el desarrollo de la anamnesis y la importancia de los antecedentes fisiológicos y patológicos tanto personales como familiares. Luego, habiendo comprendido la relevancia del interrogatorio al paciente, el estudiante de medicina con la base teórica y práctica aprendida, puede afrontar diversas situaciones clínicas, realizando el planteamiento de posibles diagnósticos, los adecuados exámenes auxiliares y proponiendo el posible tratamiento, el cual puede ser médico o quirúrgico. En el cuarto año, las asignaturas que se desarrollan son Medicina I y II, Diagnóstico por Imagen I y II, Laboratorio Clínico, Oncología, Patología II y Nutrición. En quinto, los cursos se hacen más complejos y orientados a primera vista a las especialidades; por ejemplo: Medicina III, Terapéutica, Psiquiatría, Neurología, Tesis I, Técnica Operatoria, Anestesiología, Cirugía General y Digestiva, Cirugía del Aparato locomotor (Traumatología), Especialidades 2 (Otorrinolaringología, Urología, Oftalmología y Especialidades 1 (Cirugía Plástica, Neurocirugía, Cirugía de tórax, Cirugía de cabeza y cuello). Por último, en el sexto año, los cursos programados son Geriátrica, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Legal y Forense, Pediatría, Emergencias Médicas, Ginecología y Obstetricia, Salud Pública II y Tesis II. Lamentablemente, nosotros tuvimos clases de manera virtual desde el 5to año, debido a las medidas sanitarias dadas el año 2020, que

impidió la realización de clases en los hospitales y además se prohibió el dictado de clases presenciales teóricas.

3. INTERNADO MÉDICO

Este último año, por condiciones especiales de la pandemia del COVID-19 se redujo, a diferencia de otros años, de 12 a 10 meses. Además, dependió del número de plazas ofertadas del sistema del Ministerio de Salud (Minsa), Clínicas privadas y Fuerzas Armadas. Para los internos que adjudicaron plaza del Minsa, según el Oficio Circular n.º 094-2021-DG-DIGEP/Minsa se dictaminó que el 50% de las rotaciones se realizarán en establecimientos de primer nivel de salud, donde la prioridad del aprendizaje son dos de las cuatro rotaciones (Medicina Interna y Pediatría), el otro 50% restante se llevará a cabo en los hospitales de la misma jurisdicción y el internado médico se completaría con las últimas dos rotaciones faltantes (Ginecología y Obstetricia, y Cirugía general), de esta forma se consolida los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante los años previos. Las actividades que se desarrollan en el ámbito hospitalario se dividieron en 4 áreas las cuales fueron medicina interna, cirugía general, ginecología– obstetricia y pediatría, en las cuales, se pusieron en práctica lo aprendido en la etapa anterior y se desarrollaron las habilidades en el ámbito médico-quirúrgicas tanto como humanísticas para la atención al paciente. Además, cada interno contó con asesoría y supervisión.

En el área de Medicina Interna, las unidades de aprendizaje fueron las enfermedades infecciosas, respiratorias, cardiovasculares, digestivas, del sistema nervioso, metabólicos, hormonal, articular, mental, renales, cutáneas, hematológicas, y ética y medicina legal. En Cirugía General, el aprendizaje se basó en Cirugía general y Ética, Traumatología, Urología, Oftalmología y Otorrinolaringología, Cirugía de tórax y cardiovascular, Neurocirugía y Cirugía Pediátrica.

En el caso de primer nivel de atención, fueron las mismas unidades de aprendizaje, pero de casos de manejo ambulatorio- promoción y prevención en salud. Aunado a ello, en el área de Ginecología y Obstetricia, las unidades de aprendizaje se basaron en los problemas ginecológicos, obstétricos de urgencia y emergencia en los hospitales , mientras que en primer nivel de atención se sumó, la ética, prevención y promoción en salud reproductiva femenina y control perinatal en gestantes; finalmente, en el área de Pediatría se impartió el aprendizaje en la atención del recién nacido y tamizaje neonatal relacionados con problemas del recién nacido, en la salud del niño y adolescente, y emergencia, urgencia, promoción y prevención dependiendo el nivel de atención.

4. CASOS CLÍNICOS

Nuestra formación académico-profesional dentro de los cuatro servicios mencionados, será presentada en los siguientes acápite, donde se desarrollarán una serie de casos clínicos vivenciados durante el internado médico, que sobresalen por ser especialmente educativos y provechosos para el ejercicio de la medicina en el ámbito de establecimientos de primer y segundo nivel.

4.1 MEDICINA INTERNA

4.1.1 Caso Clínico N°01

Paciente de 27 años acude al consultorio externo de medicina interna del C.S. Nieveria del Paraíso por dolor torácico leve, disnea a grandes esfuerzos y tos seca por un periodo mayor a 30 días.

Antecedentes: Antecedente de sintomatología respiratoria leve, antecedente familiar de tuberculosis (hermano en tratamiento hace un mes) y ausencia de alergia a medicamentos.

Examen físico:

AREG, AREN y LOTEPE.

PA: 111/62 mmHg FC:108 lpm Tº: 36.8 °C FR: 23 rpm

Peso: 54.500 kg Talla: 1.67 m² IMC: 19.5 kg/m²

Tórax y pulmón: Murmullo vesicular disminuido en la base pulmonar izquierda, no se auscultan ruidos aéreos.

Abdomen: Blando, depresible y no doloroso.

Se plantea el diagnóstico presuntivo de tuberculosis y se solicitan los siguientes exámenes auxiliares: Rx de tórax, adenosina deaminasa (ADA), glucosa, proteínas, albumina, HDL, colesterol, triglicéridos, leucocitos, polimorfonucleares (PMN), mononucleares y baciloscopia.

Horas después se obtienen los resultados:

Rx de tórax: Presencia de líquido pleural en hemitórax izquierdo.

ADA: 37 U/L y líquido pleural de color amarillo y aspecto ligeramente turbio.

Glucosa: 51 mg/dl.

Proteínas: 6.2 g/dl.

Albumina: 3.1 g/dl.

HDL: 1008 U/L.

Colesterol: 73 mg/dl.

Triglicéridos: 26 mg/dl.

Leucocitos: No procedió el recuento celular, por la presencia de coágulos en la muestra.

PMN: 10%.

Mononucleares: 90%.

Baciloscopia: No se observan bacilos en alcohol ácido resistente, ni tampoco gérmenes.

Diagnóstico definitivo: Tuberculosis pleural (A15.6).

Plan:

Inicio de tratamiento con esquema sensible.

Solicitud de hemograma completo, perfil hepático, perfil lipídico y glucosa.

Solicitud de BK en esputo y prueba de sensibilidad.

Prescripción del siguiente esquema: 2HREZ/4H3R3.

Interconsulta con psicología, obstetricia y nutrición.

Consejería en ITS, VIH y SIDA.

Indicaciones: Asistencia obligatoria al centro de salud para la toma de medicamentos por un lapso de 6 meses, no laborar durante el periodo de tratamiento, ingresar al programa de TBC y solicitar la canasta mensual, usar de forma obligatoria la mascarilla N95 o KN95, mantener sus espacios ventilados y apoyar en la detección de posibles contactos.

4.1.2 Caso Clínico N° 2

Paciente de 13 años y del sexo femenino acude con su abuela al tópic del C.S. Nieveria del Paraíso para curación de quemadura por agua en estado de ebullición, ubicada en el antebrazo derecho y categorizada hace 7 días como quemadura de segundo grado superficial en el Instituto Nacional de Salud del Niño-Breña. La abuela refiere que la paciente llora y presenta dolor al momento de cambiarse.

Examen físico:

FC:83 lpm

T° (axilar): 37.5 °C

FR: 23 rpm

Saturación de oxígeno: 99%

A la exploración se observa una quemadura reciente de segundo grado superficial en el antebrazo derecho, con fondo eritematoso, cubierta parcial de ampolla y sangrado activo. Esta mide aproximadamente 6 x 5 cm y es equivalente al 4.5% de la superficie corporal.

Curación:

Se retiran los restos de la ampolla parcial con el equipo de curación quirúrgica.

Se limpia la zona quemada con clorhexidina en espuma al 2%.

El secado se realiza con gasas estériles de 10 x 10 cm.

Se aplica lidocaína en gel al 2% y sulfadiazina de plata en crema al 1%.
Se coloca gasa parafinada y se prescribe el siguiente esquema para prevenir la infección bacteriana: amoxicilina + ácido clavulánico 1 tableta de 500 mg cada 8 horas por 5 días.

Indicaciones: Bañarse con cuidado antes de acudir al centro de salud para sus curaciones diarias (2 semanas).

14 días después se observa reepitelización en la zona de la quemadura, por lo que se decide continuar con la limpieza simple en casa.

4.1.3 Caso Clínico N° 3

Paciente de 42 años y del sexo femenino acude al C.S. Nievería del Paraíso por dolor de garganta, congestión nasal y dolor muscular hace 4 días; además de fiebre una noche antes (38°C).

Antecedentes: 3 cesáreas anteriores y una intervención quirúrgica por fibroadenoma de seno izquierdo hace 3 años. Alergia a la orfenadrina.

Examen físico:

AREG, AREH y AREN.

PA: 124/90 mmHg FC:75 lpm T°: 37 °C FR: 20 rpm
Peso: 75 kg Talla: 1.60 m² Saturación de oxígeno: 98%

Se plantea el diagnóstico presuntivo de infección por COVID-19 y se solicita el siguiente examen: prueba de antígeno COVID-19, la cual arroja un resultado positivo.

Diagnóstico definitivo: COVID-19 (U07.1).

Plan:

Asilamiento por 7 días para la paciente y contactos estrechos, y uso obligatorio de la mascarilla.

2 tabletas de paracetamol de 500 mg por vía oral cada 8 horas por 7 días.

Clorfenamina de 4 mg por vía oral cada 8 horas por 7 días.

4.1.4 Caso Clínico N° 4

Paciente de 45 años acude al servicio de emergencia del Hospital de Huaraz por dolor abdominal de 48 horas de evolución y deposiciones semilíquidas en los últimos 2 días. No se refieren náuseas, vómitos o fiebre.

Antecedentes: Obesidad, diabetes mellitus tipo 2 e insulino dependiente diagnosticada hace 2 años, última hemoglobina glicosilada 8.9%, 2 cesáreas anteriores y antecedente de COVID-19 (hace 1 año).

El paciente recibe terapia combinada: insulina + metformina de 850 mg por vía oral cada 12 horas y glibenclamida de 5 mg cada 24 horas.

Examen físico:

AREG, AREH y AREN.

Funciones vitales: Normales.

Abdomen: Blando, distendido, reducción de ruidos aéreos a la auscultación y ausencia de irritación peritoneal.

Se plantea un diagnóstico presuntivo y se solicitan los siguientes exámenes auxiliares: hematocrito (Hto), glóbulos blancos, función renal, amilasa, lipasa, lactato, glucemia, hepatograma y ecografía.

Horas después se obtienen los resultados:

Hto: 38%.

Glóbulos blancos: 13.000/mm³, con neutrofilia.

Función renal: Normal.

Amilasa: 207 U/L (VN: 28-100).

Lipasa: 800 U/L (VN: 11-82).

Lactato: 1.17 mEq/L.

Glucemia: 149 mg/dl.

Hepatograma: Normal.

Ecografía: Agrandamiento del páncreas, con disminución de la ecogenicidad, contornos suaves y aumento de la transmisión.

Diagnóstico definitivo: Pancreatitis aguda (K85.9).

Plan:

Hidratación con lactato de ringer de 250 a 500 ml.

Analgésicos, como tramadol de 100 mg/2ml.

Nutrición enteral.

Solicitud de tomografía.

4.2 PEDIATRÍA

4.2.1 Caso Clínico N° 5

Se acude al llamado de sala de parto por primigesta de 16 años con pujos cortos y de poca intensidad, frecuencia cardiaca fetal de 58 a 63 lpm y 6 controles prenatales. Se recibe al neonato con cordón umbilical ajustado en el cuello, liquido verde y ausencia de llanto, por lo que se procede a llevar a una cuna radiada con campos precalentados, donde se aspira el líquido verde, se lo seca y estimula; además se realiza reanimación con oxígeno en mascara y atención inmediata.

Examen físico:

Cabeza: Moldeada con fontanela anterior normotensa.

Piel y mucosas: T/H/E, con cianosis distal.

Sistema cardiovascular: Ruidos cardiacos de buena intensidad, sin soplos auscultables.

Tórax y pulmón: Estertores húmedos y murmullo vesicular que pasa bien en ambos hemitórax.

Abdomen: Globuloso, blando, depresible y con ruidos hidroaéreos.

Sistema neurológico: Reactivo a estímulos.

Sistema osteomuscular: Ausencia de deformidad claviclar y tono de las extremidades superiores en aumento.

Apgar al primer minuto: 5 puntos.

Apagar a los 5 minutos: 7 puntos.

Diagnóstico definitivo:

Recién nacido a término, del sexo masculino y de 40 semanas.

Adecuado para edad gestacional.

Depresión neonatal.

Descartar gastritis química.

Plan:

Nada por vía oral (NPO).

Lavado gástrico.

Vacuna BCG y HVB.

Tamizaje neonatal.

Solicitud de hemograma, grupo y factor, PCR, glucosa, urea, creatinina,

TGO, TGP, CK-MB y AGA de cordón.

Monitorización de las funciones vitales.

4.2.2 Caso Clínico N° 6

Paciente de 5 años y del sexo femenino que acude con su madre al servicio de consulta externa del C.S. Nieveria del Paraíso por prurito generalizado desde hace 15 días aproximadamente. La madre niega sensación de alza térmica, náuseas, vómitos, deposiciones líquidas o alergia a algún medicamento o alimento en la menor; además refiere que los síntomas iniciaron después de que la niña jugó en un colchón viejo que pensaban desechar. Su esposo y ella presentan la misma sintomatología desde hace 4 días.

Examen físico:

El examen físico se realizó en presencia de la madre. Las funciones vitales de la niña fueron normales y se observaron pápulas de aproximadamente 2 milímetros en las manos, muñecas, codos, pies y

rodillas. No se visualizaron en el cuero cabelludo y fueron más abundantes en los surcos interdigitales de las manos.

Diagnóstico definitivo: Escabiosis (B86).

Plan:

Permetrina al 5% por vía tópica. Aplicación en todo el cuerpo (cuello-pies) después del baño nocturno, con un tiempo de actuación de 8 a 12 horas para repetir el baño con agua y jabón; este proceso se realizará por 3 días.

Se le recomendó a la madre hervir todas las prendas de vestir, frazadas y sábanas de la niña.

Se explicó que el tratamiento no solo era para la menor, sino también para todos los miembros de la familia.

4.2.3 Caso Clínico N° 7

Paciente de 4 años, del sexo femenino y procedente de Lima que acude con su familiar al servicio de emergencia del Hospital de Huaraz por malestar general asociado a tos desde hace 3 días, dificultad respiratoria con tiraje subcostal y habla entrecortada.

Antecedentes: Paciente sin antecedentes de importancia.

Examen físico:

Pacientes despierto y ligeramente irritable.

FC:130 lpm

Tº: 36.2 °C

FR: 33 rpm

Saturación de oxígeno: 94%

Piel y mucosas: T/H/E, con llenado capilar menor a 2 segundos. No ictericia, palidez, cianosis o edemas.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular disminuido en ambos hemitórax, sibilantes a la inspiración y espiración, y roncantes; además de uso de músculos accesorios.

Se plantea un diagnóstico presuntivo y se solicitan los siguientes exámenes auxiliares: hemoglobina, glóbulos blancos, segmentados, eosinófilos, plaquetas y PCR.

Horas después se obtienen los resultados:

Hemoglobina: 12.5 g/dL.

Glóbulos blancos: 10.01 x 10³ U/L.

Segmentados: 41%.

Eosinófilos: 12.3%.

Plaquetas: 502 000 mm³.

PCR: 3.3 mg/dL.

Diagnóstico definitivo: Crisis asmática (J45.901).

Plan:

Hospitalización.

Salbutamol 4 puff con aerocámara cada 2 horas, bromuro de ipratropio 4 puff cada 4 horas, budesónida de 200ug 2 puff con aerocámara cada 12 horas, metilprednisolona de 20 mg/dosis vía endovenosa y cada 6 horas, y azitromicina de 200mg/5ml - 250mg/dosis por vía oral y cada 24 horas.

Al alta, se prescribe el siguiente esquema: salbutamol de 100µg 2 puff con aerocámara cada 4 horas por 3 días, luego 2 puff cada 6 horas por 10 días más budesónida de 200µg 2 puff con aerocámara cada 12 horas por 3 meses, prednisona de 50 mg ½ tableta en el desayuno por 3 días, azitromicina de 200mg/5ml-6ml (6pm) por 3 días y bromuro de ipratropio 2 puff cada 6 horas por 5 días.

4.2.4 Caso Clínico Nº 8

Paciente de 4 años y del sexo masculino que acude con su madre al C.S. Nieveria del Paraíso para recoger resultados de laboratorio para descartar parasitosis. La madre refiere que su hijo ha bajado de peso, a pesar de comer mucho, y niega alergias a medicamentos y/o alimentos en el menor.

Examen físico:

Funciones vitales normales.

Inspección, palpación, auscultación y percusión normal.

Los resultados de laboratorio fueron positivos para *Giardia Lamblia* y *Blastocystis Hominis*.

Diagnóstico definitivo: Parasitosis (B82).

Plan:

Metronidazol de 5 ml (1 cuchara) cada 8 horas por 7 días.

Mebendazol de 5 ml una vez por semana por 2 semanas.

Solicitud de hemoglobina, para descartar anemia.

4.3 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

4.3.1 Caso Clínico N° 9

Estrechez pélvica- Cesárea- Fase Activa de labor de parto

Acude a la emergencia una paciente de sexo femenino, gestante de 31 años de edad, refiere dolor tipo contracción hace aproximadamente 10 horas, percibe movimientos fetales. Niega ser alérgica a algún medicamento, tener antecedentes médicos y quirúrgicos. Sus funciones vitales fueron las siguientes:

PA: 104/68 mmHg FC: 102 x min FR: 22 x min T°: 36 °C SAT
O2: 96% Peso: 65kg

Examen físico de abdomen:

Altura uterina: 31 cm SPP: LCD FCF: 145 x min

DU: 2.3 cu c/10 minutos

Examen físico de genitales externos: sangrado vaginal (-), presencia de líquido amniótico (-).

Tacto vaginal:

Dilatación: 4 cm Incorporación: 90% Altura de presentación: -4

Pelvimetría:

CD: > 11.5 cm LSC: rígido SC: plano EBC: prominente SP: 90°

EBl: >8.5cm

Antecedentes gineco-obstétricos:

FUR: 17/03/2022 FPP: 24/12/2022 EG: 39 + 3/7 CPN: 8

G:0 P:0

Diagnósticos de ingreso:

Gestante de 39 semanas + 3/7 por fecha de última regla.

Fase activa de labor de parto.

Pelvis estrecha.

S/S exámenes pre quirúrgicos.

Plan de trabajo:

Hidratación.

antibioticoterapia pre SOP.

Pre quirúrgico

Se programa para sala de operaciones.

Se realiza una ecografía obstétrica en la que se evidencia que la posición de la placenta es fúndica posterior, la frecuencia cardíaca fetal es de 141 latidos por minuto, el diámetro biparietal es de 88 mm, la circunferencia cefálica de 335 mm, circunferencia abdominal de 341 mm, la longitud del fémur es 73 mm y se determina un peso fetal de 3277 gramos. La edad gestacional que se determina por el diámetro biparietal fue de 38 semanas 1 día.

Se realizaron exámenes de laboratorio:

Examen completo de orina: se encuentran 6 a 8 leucocitos por campo, piocitos negativos.

Hematología: Hb: 11.5 g/dl.

Se decide realizar una cesárea ya que el parto no es posible por vía vaginal debido a la estrechez pélvica. La paciente previamente a la cesárea se encontraba lúcida, orientada en tiempo y espacio, afebril, ventilando espontáneamente, a la evaluación de del sistema respiratorio, se evidencia buen pasaje del murmullo vesicular. En el sistema cardiovascular no hay presencia de soplos. La paciente se encuentra hemodinámicamente estable y el canal vaginal no es adecuado para parto vaginal.

Luego de la cesárea la paciente tiene los siguientes signos vitales PA: 107/69 mmHg, FC:88 x min, FR: 20 x min, T^o: 36°C y una saturación de 93%. Niega náuseas y cefaleas.

Al examen de piel se encuentra normodinámica, normo térmica y el llenado capilar es en menos de 2 segundos. Las mamas se encontraron blandas y secretantes de calostro. Al examinar el abdomen se encuentra simétrico, blando el útero se palpa contraído de bajo de la cicatriz umbilical 15cm. La herida operatoria se encuentra cubierta con apósito limpio. Al examen de genitales externos, se aprecia la presencia de loquios hemáticos sin mal olor.

Tuvo una recién nacida femenina de 3055g con un APGAR de puntaje 8 al minuto y 9 a los 5 minutos

4.3.2 Caso Clínico N°10

Gestante es trasladada en ambulancia al Hospital Agurto Tello de Chosica. Acude con su padre, quien refiere haberla encontrado convulsionando en el piso del baño, evento que duró alrededor de 2 minutos.

La paciente ingresa somnolienta al servicio y refiere haber presentado adormecimiento en la zona occipital de la cabeza con irradiación a la zona facial posterior antes de su desmayo; además percibe una reducción en los movimientos fetales, niega pérdida de líquido y sangrado vaginal.

Antecedentes obstétricos: G1 P000.

Examen Físico:

PA: 140/80 mmHg FC:127 lpm T°: 37 °C FR: 19 rpm

Peso: 76 kg Saturación de oxígeno: 96%

Abdomen: AU: 30 cm.

Presentación cefálica.

FCF: 142 lpm.

Genitales: Al tacto vaginal no se encontraron cambios cervicales.

Diagnóstico de ingreso:

Eclampsia en el embarazo.

Supervisión de embarazo de alto riesgo.

Falso trabajo de parto.

Plan:

Activación de la clave azul.

Programación de cesárea de urgencia.

Inicio de protocolo de sulfato de magnesio.

Solicitud de exámenes de laboratorio.

Horas después se obtienen los resultados de laboratorio:

VIH: Negativo.

RPR: Negativo.

Hepatitis B: Negativo.

Test de antígeno SARS-CoV-2: Negativo.

Examen de orina: Hematíes 5 por campo y leucocitos 8 por campo.

Glucosa: 99 mg/dl.

Urea; 19 mg/dl.

Creatinina: 0.59 mg/dl.

Perfil hepático: Fosfatasa alcalina 331 u/L, TGO 17 u/L y TGP 10 u/L.

Lactato deshidrogenasa: 525 u/L.

Hemograma: Leucocitosis 22.10 mm³, abastionados 0.2%, hemoglobina 10.6 g/dL, hematocrito 31.5 g/dL, VCM 82.2 ft y plaquetas 316 mm³.

Intervención quirúrgica: Se realizó una incisión media infraumbilical más puntos de B-LYNCH. No se halló lesión hepática y el neonato fue del sexo femenino, con Apgar de 9 al primer y quinto minuto. El líquido amniótico fue claro, volumen adecuado, peso fetal de 2985 kg y edad gestacional de 36 semanas por Capurro.

Finalmente, la paciente fue trasladada a piso.

4.3.3 Caso Clínico N°11

Aborto incompleto

Paciente de 41 años acude a la emergencia del Hospital Víctor Ramos de Huaraz por presentar sangrado vaginal desde hace +/- 4 días y leve dolor pélvico. La paciente se encuentra lúcida, orientada en tiempo espacio y persona en aparente regular estado general. Sus signos vitales al ingreso son los siguientes:

Tº: 36.6°C FC:75x min R: 20 x min PA: 135/86 mmHg

Peso: 74kg Talla: 1.50 cm

Los antecedentes gineco-obstétricos fueron:

G:4 P:4004 FUR:14/02/23 FPP:21/11/23 EG:5ss 1d

MAC: ampolla trimestral

Al examen físico la paciente presenta la piel tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menos de 2 segundos. Examen de cabeza y cuello normales. Mamas blandas y pezones formados. En el aparato respiratorio el murmullo vesicular pasa bien por ambos campos respiratorios. Aparato cardiovascular sin soplos audibles. Leve dolor a la palpación en el abdomen. Al examen de genitales externos hay sangrado vaginal y no hay presencia de líquido amniótico. Al tacto vaginal el orificio cervical interno cerrado y el orificio externo cervical se encuentra entreabierto. Miembros inferiores sin edema.

Diagnóstico definitivo: Aborto incompleto.

Plan de trabajo:

S/S exámenes de laboratorio basal y COVID-19.

S/S ecografía transvaginal.

Programación de legrado uterino. Se le administra cefazolina de 2 gramos vía endovenosa previo a legrado uterino, misoprostol de 400 mg, ibuprofeno de 400 mg vía oral cada 8 horas y doxiciclina de 100 mg vía oral cada 12 horas.

Se procede a realizar legrado uterino, se encontraron restos endouterinos en regular cantidad, no fétidos ni de mal olor. Se encontró un útero de 9 centímetros. Luego del legrado uterino la paciente refiere encontrarse tranquila, niega molestias. Sus signos vitales post operatorios son los siguientes: PA: 102/66 mmHg FC: 58 x min FR: 19 x min T°:36.3°C SAT O2:91%. Al examen físico de fascia y conjuntivas estas se encuentran tibias, hidratadas y elásticas. Las mamas se encuentran blandas y depresibles, el abdomen se palpa blando y depresible con leve dolor a la palpación. En el examen de genitales externos no se evidencia sangrado. Y los miembros inferiores se encuentran sin edemas.

Al día siguiente luego de la visita médica la paciente no refiere molestias, con una evaluación satisfactoria, se le da el diagnóstico de Post legrado uterino por aborto incompleto. El plan de manejo será el control puerperal y orientación y consejería por Planificación familiar. Se le programa el alta.

4.3.4 Caso clínico N°12

Miomatosis uterina

Paciente de 35 años que acude al Hospital Víctor Ramos de Huaraz. La paciente niega molestias, se encuentra afebril y puede deambular.

Se encuentra en aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación ventilando espontáneamente.

Al examen físico, la piel y mucosas se encuentran maremotérmicas, normotensa y el llenado capilar se da en menos de 2 segundos. Las mamas se encuentran simétricas y turgentes. Al palpar el abdomen se percibe globuloso, blando, depresible y doloroso. La herida operatoria media supra e infraumbilical afrontada con puntos de sutura, leve eritema perilesional. Al examen de los genitales externos no se evidencia sangrado.

Se desprenden los siguientes diagnósticos en base a la evaluación, paciente post operatorio de 45 horas por histerectomía abdominal total + salpingooforectomía bilateral por hemorragia uterina anormal que corresponde a miomatosis uterina sintomática.

4.4 CIRUGÍA GENERAL

4.4.1 Caso Clínico N°13

Apendicitis aguda

Paciente varón de 51 años de edad acude a la emergencia por presentar dolor abdominal, náuseas e hiporexia por aproximadamente 24 horas. Sus signos vitales al ingreso son los siguientes: PA: 100/70 mmHg, FC: 82 x min, FR: 22 x min, T°: 36.4°C y la SATO2: 93%. Niega antecedentes.

Se encuentra lúcido orientado en espacio tiempo y persona en aparente regular estado general.

Al examen físico del abdomen se perciben ruidos hidroaéreos positivos, globuloso, blando depresible e indoloro. El signo de Mc Burney negativo, Rovsing negativo y rebote negativo.

Los diagnósticos fueron los siguientes:

Dolor abdominal EAD

D/C apendicitis aguda

Plan:

S/S pre quirúrgico

Se realiza una ecografía abdominal donde se evidencian signos ecográficos de inflamación apendicular aguda y pared gástrica engrosada. En el examen de hematología se evidencian 270.000 plaquetas/mm³, leucocitos 4.500 x mm³, bastonados:4, segmentados:81, basófilos: 0, monocitos:5 y linfocitos:10 PCR: positivo 2(+++)

A los 50 minutos se le vuelve a realizar un examen físico de abdomen donde se evidencia dolor a la palpación de la fosa iliaca derecha, timpanismo conservado, Mc Burney y rebote positivo.

Se vuelve a evaluar al paciente luego de 4 hrs, se encuentra un abdomen globuloso, ruidos hidroaéreos positivos, dolor a la palpación del cuadrante inferior derecho, Mc Burney negativo, signo de Blumberg positivo, punto de Lanz negativo.

Al examen del aparato genito-urinario se encontró PRU (+) y puño percusión lumbar derecha (+)

Se le da los siguientes diagnósticos:

Síndrome doloroso abdominal. D/c apendicitis aguda.

Infección del tracto urinario.

Paciente ingresa a sala de operaciones con el diagnóstico de apendicitis aguda. Se realiza la intervención por medio de una laparoscopia. Los hallazgos operatorios fueron los siguientes, apéndice cecal de 8x15 cm, sangrante en toda su extensión, perforada en el tercio medio, líquido libre < de 20cc aproximadamente. No hubo complicaciones durante la intervención y el estado del paciente al final fue estable.

El manejo farmacológico post operatorio fue el siguiente, Cl Na 0.9^{0/00}, ceftriaxona de 2 gramos cada 24 horas, omeprazol de 40 mg cada 24 horas, metoclopramida de 10 mg cada 8 horas, metamizol de 2 gramos cada 8 horas.

4.4.2 Caso Clínico N°14

Paciente de 20 años, del sexo masculino, procedente de Lima y perteneciente a la religión evangélica acude al servicio de emergencia por dolor en el hipogastrio y en la fosa iliaca derecha (intensidad 8/10), náuseas, vómitos, hiporexia y distensión abdominal hace aproximadamente 2 días. Niega alza térmica.

Antecedentes: Paciente no refiere antecedentes de importancia.

Examen físico:

PA: 120/80 mmHg FC: 96 lpm T°: 37 °C

Piel y mucosas: T/H/E, sin ictericia o cianosis.

Sistema cardiovascular: Sin alteraciones.

Tórax y pulmones: Sin alteraciones.

Abdomen: Distensión leve, ruidos hidroaéreos disminuidos, dolor a la palpación en fosa iliaca derecha, McBurney dudoso y Blumberg positivo.

Se plantea un diagnóstico presuntivo (apendicitis aguda) y se solicitan los siguientes exámenes auxiliares: leucocitos, plaquetas, glucosa y ecografía.

Horas después se obtienen los resultados de laboratorio:

Leucocitos: 12 mil por microlitro.

Plaquetas: 309 mil por microlitro.

Glucosa: 133 mg/dl.

Ecografía: No se aprecia apéndice cecal.

El cirujano de guardia decide llevar a cabo una apendicetomía; sin embargo, durante la misma se evidencia un apéndice sin alteraciones significativas. Al día siguiente, el paciente continúa muy adolorido y presenta náuseas y vómitos, ante lo cual se decide solicitar una tomografía, donde se aprecia un vólvulo intestinal, que obliga al cirujano a reingresar al paciente para ejecutar una sigmoidectomía.

Posterior a la intervención, el paciente presenta una franca mejoría y es dado de alta 1 semana después.

4.4.3 Caso Clínico N°15

Paciente de 60 años acude junto a su familiar al tópico de medicina por dolor abdominal tipo cólico y de intensidad 7/10 en el cuadrante inferior derecho, que disminuye en posición de decúbito y aumenta al movimiento; además refiere haber ingerido analgésicos, náuseas asociadas al dolor, tres episodios de vómitos amarillentos e hiporexia.

En el tópico se le coloca una vía periférica de NaCl al 0.9% por 1000 cc para rehidratar y se realiza un hemograma y ecografía, cuyos resultados marcan 22 000 leucocitos por microlitro de sangre, hemoglobina de 14.5 mg/dL, 180 000 plaquetas por microlitro de sangre, segmentados 92.2%, linfocitos 3.4% y litiasis vesicular más hepatopatía difusa moderada en la ecografía.

El médico de guardia plantea los siguientes diagnósticos: síndrome doloroso abdominal, descarte de colecistitis aguda y descarte de apendicitis aguda en posición alta, y refiere al paciente al tópico de cirugía general, donde manifiesta una intensidad del dolor de 8/10 y sensación térmica más escalofríos, por lo cual se le aplica 1 g de metamizol por vía periférica.

Examen físico en el tópico de cirugía general:

Funciones vitales normales.

PA: 110/75 mmHg FC:70 lpm T°: 36.8 °C FR: 19 rpm

Abdomen: Globuloso, blando, depresible, distendido, con presencia de ruidos hidroaéreos y dolor a la palpación en el cuadrante superior derecho y fosa iliaca derecha. Signo de Murphy y de McBruney positivo, y de Blumberg negativo.

Intervención quirúrgica:

Se realiza una solicitud y nota de ingreso para sala de operaciones, con el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico. En el reporte operatorio, figura la conversión de laparoscopia diagnóstica a laparotomía exploratoria más colecistectomía parcial; además de lavado de cavidad más colocación de dren Penrose doble por perforación vesicular aplastronada más bilioperitoneo y síndrome de Mirizzi grado II. Entre los hallazgos operatorios destacan: vesícula biliar de 8x4 cm, perforada en su pared posterior, plastronada por epiplón y con colon transversal más fístula colecistobiliar que involucra un tercio de la circunferencia biliar, líquido purulento en el espacio de Morrison, espacio parietocólico derecho de 100 cc, bilioperitoneo en el espacio suprahepático y Morrison de 100 cc.

Las indicaciones del postoperatorio fueron:

No ingerir nada por vía oral.

Omeprazol de 40 mg por vía endovenosa cada 24 horas, ceftriaxona de 1gr por vía endovenosa cada 12 horas, metronidazol de 500 mg por vía endovenosa cada 8 horas, metamizol de 2 gr por vía endovenosa cada 8 horas y metoclopramida de 10 mg por vía endovenosa cada 8 horas.

Control de funciones vitales y balance hidroeléctrico.

En el día postoperatorio número uno, se continuo con ceftriaxona de 1gr por vía endovenosa cada 12 horas, metronidazol de 500 mg por vía endovenosa cada 8 horas y se inició tolerancia oral, dexketoprofeno de 50 mg por vía endovenosa cada 8 horas, metoclopramida de 10 mg por vía endovenosa cada 8 horas, deambulacion con faja abdominal y uso de inspirómetro de incentivo 10 veces cada hora por cada 2.

En los siguientes días, se fue aumentando la tolerancia oral y el resto de esquemas se mantuvieron hasta el día de alta médica.

4.4.4 Caso Clínico N°16

Paciente de 52 años y del sexo masculino acude al servicio de emergencia de traumatología por dolor en el hombro derecho y dificultad a la movilización desde hace 55 minutos. Además, el paciente refiere que el accidente ocurrió en el trabajo, donde cayó hacia atrás y se apoyó con la mano derecha en supinación para evitar el impacto de un ladrillo. Niega sensación de alza térmica, náuseas y vómitos.

Antecedentes: Paciente no refiere antecedentes patológicos de importancia.

Examen físico:

Funciones vitales normales.

Paciente ectoscópicamente adolorido, con deformidad y aumento en el volumen del hombro derecho, dolor a la palpación, signo de la chatarrera y limitación funcional.

Se plantea el diagnóstico presuntivo de luxación de hombro anterior derecho, que se confirma mediante una radiografía.

Plan:

Reducción de luxación, mediante la maniobra de la silla, explicando previamente al paciente el procedimiento.

Colocación de cabestrillo para la inmovilización (3 semanas).

Paracetamol de 500 mg 1 tableta condicionada al dolor.

Control por consultorio de medicina física (rehabilitación).

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Los autores realizaron su internado en las siguientes instituciones de salud: Centro de Salud Nieveria del Paraíso, localizado en el distrito de San Juan de Lurigancho, departamento de Lima. Tiene como dirección: Ex Fundo Agrícola Nieveria Lote 62-B Lt.1. Este establecimiento de salud pertenece a la jurisdicción DIRIS Lima Este, y es de categoría I-3. Tiene por finalidad favorecer la integridad de las personas al asegurar una atención integral con médicos, tecnología e infraestructura de calidad. El horario de atención es 8 a.m. a 14 p.m.

Hospital Víctor Ramos Guardia, esta institución fue inaugurada el 7 de diciembre de 1963 y brinda atención de salud a toda la parte sierra de Ancash, Callejón de Huaylas y de los Conchucos. Tiene como dirección Av. Luzuriaga Cuadra 12 del Barrio de Belén, Distrito de Huaraz. Esta categorizado como una institución de salud de Nivel II-2 y es un órgano desconcentrado de la Red Huaraz (5).

Hospital José Agurto Tello, esta categorizado como un hospital nivel II-2 y se encuentra adscrito al Ministerio de Salud. Tiene como dirección: Jr. Arequipa 214 – 218, Chosica – Perú. Esta institución hospitalaria brinda atención a pobladores de los siguientes distritos: San Juan de Lurigancho – Chosica, Ricardo Palma, Santa Eulalia, Chaclacayo, Matucana y San Mateo (6).

Entre las funciones que se desempeñaron como internos de medicina se listan: elaboración correcta de historias clínicas, evaluación clínica de los pacientes a su cargo, visitas hospitalarias diarias, efectuar trámites relacionados al manejo del paciente, valoración preoperatoria, ejecución intervenciones quirúrgicas, control postoperatorio, epicrisis. Las actividades fueron supervisadas por el jefe del servicio, tutor académico o el medico a cargo del paciente.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

1.1 MEDICINA INTERNA

1.1.1 Caso Clínico N°01

El derrame pleural causado por tuberculosis es una de las patologías en pacientes jóvenes y resulta ser una de los signos más comunes en pacientes que presentan cuadros de tuberculosis extrapulmonar que padecen inmunodeficiencia (7).

Se ha determinado que el Perú hasta el 2019 se han detectado 17 mil casos nuevos de tuberculosis pulmonar frotis positivo (8).

En el presente caso clínico el paciente acude a consulta de medicina interna y refiere presentar dolor a nivel del tórax, dificultad para respirar y tos seca por un periodo de 30 días. Se plantea un diagnóstico presuntivo de tuberculosis. Este diagnóstico se confirma posteriormente realizada la radiografía de tórax donde se evidencia la presencia de líquido pleural en el hemitórax izquierdo. Hay presencia de adenosina deaminasa en 37 U/L y presencia de líquido pleural de color amarillo y de aspecto ligeramente turbio. Lo que corresponde a la evidencia planteada por la literatura para diagnosticar tuberculosis pleural, detección de líquido pleural y serosas del ADA lo que aporta sensibilidad y especificidad en países con alta incidencia de esta enfermedad (7).

El esquema de tratamiento que sigue el paciente es 2RHZE4R₃H₃ el cual consiste en la prescripción por dos meses de Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida y Etambutol. Posteriormente hay un cambio de fase en el cual recibirá tratamiento por 4 meses durante tres veces por semana solo Rifampicina e Isoniacida (9).

1.1.2 Caso Clínico N° 2

La definición de quemadura corresponde a toda aquella lesión causada por un agente físico que emana calor, humo, también por agentes químicos y corrientes eléctricas. Y se encuentran dentro de la clasificación de las 10 causas de mortalidad no intencional en niños menores de 14 años (10).

En referencia al caso clínico presentado, acude a tópico una niña de 13 años que ha sufrido una quemadura causada por agua en estado de ebullición.

Las quemaduras de segundo grado son aquellas que el daño ha sido causado a nivel superficial y profundo es decir afecta la epidermis y la dermis de la piel (11).

La curación de la lesión se realiza previa asepsia de la zona afectada con clorhexidina en espuma al 2%. Se seca la zona usando gasas estériles y se procede a la aplicación de lidocaína al 2% en gel y sulfadiazina de plata en crema al 1%. Diferentes estudios han demostrado la efectividad de la sulfadiazina de plata frente a los agentes bacteriológicos, sin embargo, retrasa la cicatrización de la herida frente al uso de otras alternativas de tratamiento (11).

Se indica en esta paciente seguir un tratamiento antibiótico a base de amoxicilina más ácido clavulánico, esto basado en el sustento científico de que durante el tiempo que la piel presenta daño, al ser esta una barrera protectora tiene como consecuencia que la inmunidad de la persona frente a agentes patológicos como las bacterias se vea afectada, incrementado así el riesgo de la aparición de alguna infección en la zona (12).

Finalmente se observa mejoría en la zona donde ocurrió la quemadura y se alienta a la paciente a continuar con limpieza simple en su domicilio.

1.1.3 Caso Clínico N° 3

La infección causada por el virus SARS CoV-2 es una afección que ataca principalmente las vías respiratorias (13).

La paciente acude al centro de salud por presentar síntomas tales como dolor de garganta, congestión nasal, dolor muscular y fiebre con una evolución de 4 días. Los síntomas que presentan los pacientes infectados son muy parecidos a los de la gripe común, como fiebre, tos, dolor muscular, y malestar general. Solo en algunas oportunidades la infección tiene consecuencias graves y produce neumonía, síndrome de dificultad respiratoria y shock séptico (13).

Se solicita que la paciente se realice la prueba de antígeno COVID-19, arrojando como resultado positivo para la infección. Las pruebas rápidas de antígeno han surgido como una alternativa eficaz frente a las pruebas moleculares, ya que suelen brindar diagnósticos inmediatos, son de bajo costo y no se necesita un laboratorio de bioseguridad para procesar estas muestras, no obstante, una de las limitaciones principales de esta prueba es que su sensibilidad es baja en pacientes asintomáticos (14).

Se le recomendó al paciente hacer uso de mascarillas y permanecer aislada por un periodo de 7 días, se prescribió paracetamol vía oral de 500 mg para el manejo de los síntomas y clorfenamina de 4m por vía oral también por 7 días.

1.1.4 Caso Clínico N° 4

La pancreatitis aguda está definida como un proceso de inflamación súbito en la glándula larga y plana que se halla de forma horizontal detrás del estómago. Esta suele asociarse a la colelitiasis y en la mayoría de casos genera dolor abdominal severo y constante, y vómitos (15).

Los criterios diagnósticos incluyen al dolor abdominal agudo, persistente, de inicio súbito y con irradiación hacia la espalda, concentraciones de lipasa o amilasa altos y hallazgos imagenológicos característicos, como las colecciones intrabdominales o agrandamiento del páncreas (15).

En caso del paciente, los resultados de laboratorio (13.000 glóbulos blancos/mm³, con neutrofilia, 207 U/L de amilasa (VN: 28-100), 800 U/L de lipasa (VN: 11-82), 1.17 mEq/L de lactato y glucemia de 149 mg/dl) y de los exámenes imagenológicos (agrandamiento del páncreas, con disminución de la ecogenicidad, contornos suaves y aumento de la transmisión) permitieron realizar el diagnóstico de pancreatitis aguda.

El tratamiento se cimentó en el mantenimiento de fluidos (lactato de ringer de 250 a 500 ml), empleo o no de antibióticos, manejo del dolor (tramadol de 100 mg/2ml) y nutrición enteral (15).

1.2 PEDIATRÍA

1.2.1 Caso Clínico N° 5

La depresión respiratoria está definida como la provisión inadecuada de oxígeno en las células del organismo (16). Esta se asocia a puntajes bajos de Apgar e ingreso a las unidades especializadas (17); además es una de las causas más importantes de mortalidad perinatal, pues alcanza 35 decesos por cada mil nacidos vivos en muchos países (18).

Entre los factores implicados destacan las afecciones propias de la gestación, como rotura prematura de membranas, prematuridad, diabetes gestacional, preeclampsia, eclampsia, embarazo prolongado, embarazo múltiple, corioamnionitis, entre otros (18) .

En caso del paciente, los pujos cortos y de poca intensidad, y cordón umbilical ajustado en el cuello provocaron depresión respiratoria, por lo que se llevó al neonato a una cuna radiada con campos precalentados, para aspirar el líquido amniótico verde, reanimar con oxígeno en

mascara y llevar a cabo la atención inmediata. El Apgar del neonato al primer minuto fue bajo (5 puntos).

1.2.2 Caso Clínico N° 6

La escabiosis es una inflamación cutánea contagiosa que se genera por la picadura del piojo *Sarcoptes scabiei* var. *Hominis*. Su mecanismo de contagio implica el contacto directo prolongado (5-10 minutos), el diagnóstico es clínico y el tratamiento tópico (primera de línea). A este último se le añaden medidas higiénicas y ambientales, como el lavado de ropa a temperaturas elevadas y guardado de las mismas en bolsas plásticas, higienización de los fómites, entre otros (19,20).

En caso del paciente, la escabiosis aparentemente fue consecuencia del contacto con un colchón viejo infestado de *Sarcoptes scabiei* var. *Hominis*. El diagnóstico fue clínico (pápulas de aproximadamente 2 milímetros en las manos, muñecas, codos, pies y rodillas) y el tratamiento tópico (permetrina al 5%); además el médico recomendó a la madre hervir las prendas de vestir, frazadas y sábanas de la niña y aplicar el mismo esquema en la familia o contactos cercanos.

1.2.3 Caso Clínico N° 7

Las crisis asmáticas son episodios caracterizados por la inflamación, hiperreactividad y obstrucción reversible de la vía aérea, manifestaciones responsables de la dificultad para respirar, tos, sibilancias y sensación de opresión relacionada a la reducción de la función pulmonar (21).

En caso del paciente, el murmullo vesicular disminuido en ambos hemitórax, sibilantes a la inspiración y espiración, y roncales; además del uso de músculos accesorios permitieron plantear el diagnóstico presuntivo de crisis asmática y los exámenes de laboratorio confirmar la sospecha (glóbulos blancos, segmentados, eosinófilos, plaquetas y

PCR). El plan inició con la hospitalización y prescripción de un agonista beta 2 adrenérgico de efecto rápido, broncodilatadores, corticoesteroides y antibióticos.

1.2.4 Caso Clínico N°8

La parasitosis incluye a todas aquellas infestaciones que se producen por protozoos y helmintos, ya sean nematodos, trematodos o cestodos. Estas suelen producir gastroenteritis agudas y diarreas crónicas, lo que daría paso a la pérdida de peso, distensión y dolor en el abdomen (22).

En caso del paciente, su madre refirió una baja de peso, a pesar del consumo excesivo de comida, lo que instauró el diagnóstico presuntivo de parasitosis. Esta última se confirmó mediante el análisis de heces, que fue positivo a *Giardia Lamblia* y *Blastocystis Hominis*. El plan incluyó metronidazol de 5 ml (1 cuchara) cada 8 horas por 7 días y mebendazol de 5 ml una vez por semana por 2 semanas; además se solicitó una prueba de hemoglobina, para descartar anemia (parásitos provocan pérdida de hierro, proteínas y sangre).

1.3 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

1.3.1 Caso Clínico N° 9

Se define como estrechez pélvica a la desproporción que existe entre las dimensiones de la pelvis y el tamaño de del producto lo que dificulta o impide su paso por el canal de la pelvis. una pelvis se considera estrecha cuando sus medidas son menores de los diámetros ya establecidos (23).

Los factores que influyen en que el tamaño de la pelvis no se desarrolle completamente están relacionados con la malnutrición, además puede ocurrir casos de estrechez cefalopélvica en casos de embarazo adolescente debido a que la niña no ha culminado su proceso de desarrollo (23).

La paciente llega a la emergencia por presentar dolores tipo contracción, y el diagnóstico de la edad gestacional al principio es de 36 semanas, sin embargo, se corrobora que la edad gestacional fue de 39 ss y 3/7. Al realizar el tacto vaginal se determina que la paciente se encuentra en fase activa de labor de parto, no obstante, el médico determina que las medidas de los diámetros de la pelvis fueron menores a los de una pelvis normal, esta sería la razón por la cual existió una desproporción entre la pelvis y la cabeza fetal ya que el peso del feto fue de 3550 gr considerándose dentro del rango establecido de peso normal para un recién nacido.

En el Perú la incidencia de cesáreas ha ido en aumento conforme pasan los años, hasta el año 2000 el porcentaje era de 25.5% y en 10 años aumento su incidencia en 29.9% y según el Instituto Nacional de Estadística e informática para el 2017 esta tasa fue de 45.4%. En un estudio realizado en un Hospital de Lima, se demostró que la segunda causa de incidencia de cesáreas era la incompatibilidad cefalopélvica con 19.8% (24).

Se procede a realizar los exámenes de laboratorio pre quirúrgicos y se programa a la paciente para sala de operaciones.

1.3.2 Caso Clínico N°10

La eclampsia está definida como una manifestación convulsiva de las perturbaciones hipertensivas de la gestación. Esta se caracteriza por la presencia de convulsiones tónico-clónicas y entre el 78 a 83% de los casos refieren signos premonitorios (25).

En caso del paciente, su padre refiere haberla encontrado convulsionando en el piso del baño y la misma manifiesta haber presentado adormecimiento en la zona occipital de la cabeza con irradiación a la zona facial posterior antes de su desmayo; además de reducción de movimiento fetales, probablemente por reactividad vascular y modificación en la distribución del flujo sanguíneo (25).

El plan a seguir fue la activación de la clave azul (kit para atender enfermedades hipertensivas del embarazo) y culminación del embarazo por cesárea.

1.3.3 Caso Clínico N°11

Según la Guía del Instituto Materno Perinatal, se considera aborto incompleto a la expulsión parcial de las membranas embrionarias o trofoblásticas con presencia de sangrado vaginal (23). Se estima que la incidencia de abortos es de 15% a 20% en todas las gestaciones (26).

En este caso la paciente llegó a la estación de emergencia por presentar sangrado vaginal en escasa cantidad y dolor pélvico leve desde hace cuatro días. Se determina que la paciente es una mujer con gestación de aproximadamente de 5 semanas por ecografía.

A la evaluación mediante tacto vaginal se identifica que el orificio cervical interno se encuentra cerrado y el orificio cervical externo abierto. La paciente se queda en hospitalización, se solicita realizar exámenes de laboratorio y se procede a realizar un manejo de antibioticoterapia previo a la intervención quirúrgica.

El médico decide realizar un legrado uterino, este procedimiento se realiza con la ayuda de una cureta metálica para lograr una evacuación completa de los restos que se encuentran dentro de la cavidad uterina (26). Se le prescribe antibióticos como doxiciclina de 100 mg por vía oral cada 12 horas e ibuprofeno de 400 mg vía oral cada 8 horas al momento del alta, el cual fue el tratamiento post legrado uterino.

Se debe resaltar la edad materna de la gestante en este caso (41 años) y la multiparidad. La literatura sustenta que dentro de los factores asociados a la incidencia de abortos se encuentran la edad materna, en mayor medida los abortos ocurren en mujeres mayores de 35 años,

la salud, el nivel socioeconómico, problemas médicos, cromosómicos entre otros (27).

1.3.4 Caso Clínico N°12

Los miomas uterinos se consideran tumoraciones neoplásicas benignas que están compuestas por musculo liso y colágeno. Que aparecen en la parte muscular del útero o miometrio y su aparición es múltiple. Su crecimiento se ve influenciado por influencia hormonal de estrógenos y progesterona. Suele aparecer aproximadamente en el 20 a 35% de la población femenina en edad reproductiva (28).

A la paciente se le indica como tratamiento una histerectomía total abdominal y adicionalmente una salpinooforectomia.

1.4 CIRUGÍA GENERAL

1.4.1 Caso Clínico N°13

Se denomina apendicitis aguda a la patología que ocurre por el bloqueo de la luz apendicular como consecuencia de fecalitos, hiperplasia linfoide, algún cuerpo extraño, parásitos y tumores primarios o metastásicos (29).

En este caso un paciente de 51 años de edad de sexo masculino llega a emergencia y refiere dolor abdominal, náuseas y vómitos, el tiempo de evolución de la enfermedad es de 36 horas según indica.

Los síntomas con mayor frecuencia que padecen los pacientes que cursan con esta patología son dolor abdominal difuso o en el epigastrio, posteriormente se expande a la fosa iliaca derecha, puede presentar fiebre y disminución en la ingesta de alimentos (30).

Para el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda se realizan exámenes de palpación donde se debe evidenciar dolor que se incrementa al tacto del médico, uno de estos es el punto de Mc Burney,

Blumberg y Rovsing (30). En este caso en la evaluación inicial el paciente no presento ninguno de estos signos positivos, sin embargo, el diagnostico de el examen ecográfico determino que el paciente presentaba inflamación apendicular aguda y la pared gástrica engrosada.

Al realizarse los exámenes de laboratorio se encontró que la cantidad de leucocitos fue de 14.500 x mm, PCR (+++) lo que se corrobora con la literatura que menciona que en procesos infecciosos los niveles de leucocitos están sobre 10.000 con una desviación izquierda y una PCR incrementada y se relaciona a un posible caso de apendicitis (30).

Posteriormente en las evaluaciones médicas se encuentran los signos de Mc Burney y rebote positivos. Sin embargo, estos signos van cambiando de acuerdo a la evaluación de cada médico

Finalmente se prepara al paciente para ingresar a sala de operaciones, donde se procede a realizar una Apendilap. En esta intervención se evidencia la presencia de un apéndice cecal, de 8x15 cm sangrante y perforada en el tercio medio.

El tratamiento de elección para el manejo de la apendicitis aguda es el enfoque quirúrgico, ya que con el manejo conservador donde se hace uso de antibióticos existe un 38% de riesgo de que la patología sea recurrente (29).

1.4.2 Caso Clínico N°14

El vólvulo intestinal está definido como el giro del intestino sobre sí mismo y está catalogado como una de las causas más importantes de obstrucción entérica. Su sospecha suele ser difícil, por su expresión clínica y laboratorial inespecífica, y rareza de presentación (31).

Un ejemplo claro de ello, es el caso clínico número 14, que ingresa a sala de operaciones bajo el diagnóstico de apendicitis aguda, donde se evidencia un apéndice sin alteraciones y se procede con el cierre.

Posterior a ello, la persistencia de las manifestaciones clínicas, provocan la solicitud de una tomografía, que permite detectar el vólvulo intestinal y proceder con la sigmoidectomía (extracción del colon sigmoideo).

1.4.3 Caso Clínico N°15

El término abdomen agudo quirúrgico engloba un conjunto de cuadros clínicos que tienen en común el dolor súbito e intenso a nivel del abdomen, con perturbación del tránsito intestinal, afectación del estado general y requerimiento urgente de cirugía (32).

Este puede ser de origen inflamatorio (colecistitis, apendicitis, diverticulitis, entre otros), obstructivo (oclusión de colon o intestino delgado), perforativo (perforación entérica o de úlcera péptica) y hemorrágico (embarazo ectópico, traumatismo, entre otros) (32).

En caso del paciente, el abdomen agudo quirúrgico fue de origen inflamatorio, pues entre los hallazgos de la laparotomía exploratoria más colecistectomía parcial destacaron la vesícula biliar de 8x4 cm, perforada en su pared posterior, plastronada por epiplón y con colon transversal más fístula colecistobiliar que involucra un tercio de la circunferencia biliar, líquido purulento en el espacio de Morrison, espacio parietocólico derecho de 100 cc, bilioperitoneo en el espacio suprahepático y Morrison de 100 cc.

En el postoperatorio se controlaron las funciones vitales y el balance hidroelectrolítico, y se mantuvo hasta el alta un esquema terapéutico conformado por antibióticos, antibacterianos y neurolépticos.

1.4.4 Caso Clínico N°16

La luxación de hombro anterior hace referencia al desplazamiento anterior del húmero o separación del acetábulo de la cavidad glenoidea. Esta suele ser causada por traumatismos indirectos, con

dirección anterior al hombro en su cara posterior (caídas, convulsiones y accidentes automovilísticos) (33,34).

En el caso del paciente, el traumatismo fue causado por una caída hacia atrás, con apoyo de la mano derecha en supinación para evitar el impacto de un ladrillo. El diagnóstico clínico se confirmó mediante la radiografía y posteriormente se optó por reducir la luxación, mediante la maniobra de la silla, que consiste en traccionar el miembro superior derecho y realizar rotación externa e interna con el paciente sentado de costado y apoyando su axila derecha en el respaldo.

Finalmente, se colocó cabestrillo para inmovilizar la zona, se prescribió paracetamol condicionado al dolor y control por consultorio de medicina física, para iniciar intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

En Perú la formación médica costa de 7 años de estudio en un determinado campus universitario. En este escenario el internado medico constituye la parte académica teórico-practica que se desarrolla en un ámbito clínico y forma parte del plan de estudios en la carrera de medicina (35). Esta permite al estudiante practicar y desarrollar sus conocimientos en base a lo aprendido previamente en la carrera.

Los internos de medicina desempeñan sus actividades en el horario regular de trabajo en cada institución de salud, por tanto, se espera que contribuyan en las labores diarias de un médico. Nosotros desempeñamos funciones en las instituciones de salud: Centro de Salud Nieveria del Paraíso, establecimiento de primer nivel de atención en salud, además del Hospital Víctor Ramos Guardia y Hospital José Agurto Tello instituciones de salud nivel II. Los servicios de rotación fueron Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Cirugía General. Donde los procedimientos a ejecutar se limitaron a los recursos y especialidades disponibles.

Durante el internado pasamos por distintos desafíos y pudimos aprender aspectos prácticos que contribuyen a conservar la salud de un paciente; enseñado en clases teóricas o mediante libros. A parte de ello, las horas invertidas en el manejo e interacción con el paciente, contribuyendo en la construcción de su historia clínica, el ejecutar el examen clínico y evaluar los exámenes auxiliares solicitados nos prepararon de cierta forma para la transición a la atención medica real. La habilidad de gestión de tiempo también se aprendió durante el internado médico, principalmente con la adición de responsabilidades.

Por otro lado, los limitantes principales fueron la reducción del tiempo de internado a dos meses menos de lo usual, con horario de lunes a domingos de 8 a.m. a 13 p.m. que no fue respetado en muchas de las rotaciones hospitalarias. Mientras que en el centro de salud el horario era de 8 a.m. a 14

p.m. La distribución limitada de equipo de protección personal también fue una limitación. A pesar ello, la experiencia profesional fue enriquecedora y provechosa para la formación médica.

CONCLUSIONES

El internado en la carrera de medicina puede considerarse un medio exitoso para introducir a los estudiantes de medicina a las labores clínicas, es una oportunidad de crecimiento y aprendizaje para los internos. En este contexto los estudiantes de medicina deben prepararse para las demandas reales de un médico.

Durante el internado médico se contribuye al entendimiento del funcionamiento interno de un hospital, así como el manejo de los pacientes y los más importante a como pensar y trabajar efectivamente en una atmosfera caótica, esto fue particularmente cierto en un contexto de pandemia. En estas circunstancias el interno de medicina aprendió sobre bioseguridad, prevención de la infección y el uso de equipos de protección personal.

Los casos clínicos ocurridos en el primer nivel de atención son menos complejos si los comparamos a los descritos en los hospitales; sin embargo, contribuyeron en la adquisición de habilidades en procedimientos y de comunicación efectivas. Así mismo, la interacción con otros profesionales de salud, contribuyó con el trabajo en equipo.

La relación médico-paciente es la base de la atención en salud de calidad, el mantener una adecuada relación nos permite efectuar una correcta anamnesis, examen físico, diagnóstico y tratamiento que contribuye a mejorar la salud del paciente.

RECOMENDACIONES

Los internos de medicina deberían recibir educación completa sobre la atención de un paciente en pandemia, además del uso adecuado del equipo de protección personal y efectuar cambios en sus estilos de vida de ser necesario.

Se debe aprovechar el periodo de internado al máximo, es relevante el entender los aspectos donde centrarse y tener una comprensión clara de lo que se quiere aprender y lo que se quiere lograr. Es importante reconocer nuestras fortalezas y debilidades, no solo en conocimientos o capacidades prácticas, sino también en salud mental.

Dado que la evolución o el deterioro de la salud de un paciente es menester del equipo de profesionales de salud, y como internos de medicina también somos parte de este equipo es recomendable ser vigilantes en el trato a un paciente, además de reforzar la relación médico-paciente y tener como meta una atención de salud de calidad.

Se sugiere el reflexionar sobre los errores ocurridos en el escenario práctico pues esta adquisición de conocimientos y habilidades contribuirá a incrementar la confianza del interno, además de refinar sus capacidades, lo que será útil durante sus actividades laborales posteriores.

También sería prudente que no dure 5 meses el internado en Posta, sería recomendable que puedan optar por otra medida que podría ser 8 meses en hospital. Es necesario que haya más ambientes donde los internos puedan descansar, exponer o estudiar, para poder mantener la distancia social si es necesario.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Arroyo-Ramirez F, Rojas-Bolivar D. Internado médico durante la pandemia del COVID-19: la problemática de los practicantes preprofesionales de medicina ante la legislación peruana. Acta méd. Peru. 2020; 37(4): 562-564.
2. Nieto-Gutierrez W, Taype-Rondan A, Bastidas F, Casiano-Celestino R, Inga-Berrosipi F. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. Acta Med Peru. 2016; 33(2): 105-110.
3. Ministerio de Educación. Resolución Viceministerial N.º 081-2020-MINEDU: Disposiciones para la prevención, atención y monitoreo ante el Coronavirus (COVID-19) en universidades a nivel nacional. Lima : MINEDU; 2020.
4. Gobierno del Perú. Decreto de Urgencia N.º 090-2020: Medidas excepcionales y temporales en recursos humanos en salud. Lima : Gobierno del Perú ; 2020.
5. Hospital Víctor Ramos Guardia. Hospital "Víctor Ramos Guardia" - Huaraz. Plan Operativo Institucional - Multianual 2022-2024. Huaraz : Hospital Víctor Ramos Guardia, Ofic. Planeamiento Estratégico; 2022.
6. Hospital José Agurto Tello. Plan Operativo Informático. Lima : Unidad Ejecutora del Hospital José Agurto Tello ; 2020.
7. Rodríguez R. Tuberculosis pleural en paciente pediátrico: Reporte de un caso y revisión de la literatura. Neumol Pediatra [Internet]. 2018; 13(1): 29-31. [Citado 28 de Marzo 2023]. Disponible en: <https://www.neumologia-pediatrica.cl/index.php/NP/article/view/201/192>. .
8. Ministerio de Salud del Perú. Gobierno del Perú. [Online].; 2023. [Citado 23 de Marzo 2023]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/vigilancia-de-tuberculosis/#:~:text=La%20implementaci%C3%B3n%20de%20un%20sistema,optimizar%20la%20toma%20de%20decisiones>.

9. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis.[Internet]. Lima;MINSA;2018. [Citado 28 de marzo 2023]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404114640.pdf..>
10. Echevarría M, Salas E. Manejo de quemaduras en población pediátrica. Revista Médica Sinergia[Internet]. 2020; 5(11):e602. [Citado 28 de Marzo de 2023]. Disponible en: [https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7630136. .](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7630136.)
11. Jiménez R, García F. Manejo de las quemaduras de primer y segundo grado en atención primaria. Gerokomos [Internet]. 2018; 29(1); 45-51. [Citado 28 de Marzo 2023]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000100045. .](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000100045.)
12. Méndez P. Manejo del paciente quemado adulto y pediátrico en UCI. NPunto [Internet]. 2022; 5(57): 125-150. [Citado 28 de Marzo 2023]. Disponible en: [https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/63ac1e4af360aart6.pdf. .](https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/63ac1e4af360aart6.pdf.)
13. Pérez M, Gómez J, Dieguez R. Características clínico- epidemiológicas de la COVID-19. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet].2020;19(2): 1-15. [Citado 28 de Marzo 2023]. Disponible en: [https://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2020/hcm202e.pdf. .](https://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2020/hcm202e.pdf.)
14. Vila M, Sunyer I, García-Navarro A. Pruebas diagnósticas COVID-19: importancia del contexto clínico. Medicina Clínica [Internet]. 2021; 157(4): 185-190. [Citado 28 de Marzo 2023]. Disponible en: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775321002141. .](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775321002141.)
15. Garro V, Thuel M. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2020; 5(7): e537. [Citado 28 de marzo 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207j.pdf.>

16. Organización Panamericana de la Salud. DeCS. [Online].; 2020. Available from: [\[Citado 28 de Marzo 2023\]. Disponible en: https://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/](https://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/).
17. Nozar M, Tarigo J, Fiol V. Factores asociados con bajo puntaje de Apgar en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Anfamed [Internet]. 2019; 6(1): p. 1-10. [Citado 29 de Marzo 2023]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542019000100063.
18. Granados-Pérez G, Vázquez-Gutierrez G, De La Rosa-Santana J, Calas-Torres J, Santana-Martínez M. Caracterización de recién nacidos con depresión cardiorrespiratoria del Hospital Ginecobstétrico “Fe del Valle Ramos”, Granma. Revista Información Científica [Internet]. 2021; 100(4): 1-11. [Citado 28 de Marzo 2023]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1289655/caracterizacion-de-recien-nacidos-con-depresion-cardiorrespiratoria.pdf>.
19. Organización Panamericana de la Salud. DeCS. [Online].; 2020. [\[Citado 28 de Marzo 2023\]. Disponible en: https://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/](https://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/).
20. Morgado-Carrasco D, Piquero-Casals J, Podlipnik S. Tratamiento de la escabiosis. Atención Primaria [Internet]. 2022; 54(3): p. 102231. [Citado 28 de Marzo 2023]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721002651>.
21. Paniagua N, Fernández J. Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en urgencias. Protoc Diagn Ter Pediatr [Internet]. 2020; 1: 49-61. [Citado 28 de Marzo 2023]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/04_crisis_asmatica.pdf.
22. Barros P, Martínez B, Romero J. Parasitosis intestinales. Protoc Diagn Ter Pediatr [Internet]. 2023; 1: p. 123-137. [Citado 28 de Marzo 2023]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11_parasitosis.pdf.
23. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología [Internet]. Lima: INMP;

- 2018 [Citado 28 de febrero de 2023]. Disponible de: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033..>
24. Barrena M, Quispe P, Flores M, León C. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet].2020; 66(2):1-6. [Citado 28 de Marzo 2023]. Disponible en:<http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v66n2/2304-5132-rgo-66-02-00004.pdf>. .
 25. Hospital Cayetano Heredia. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de los trastornos hipertensivos del embarazo: Preeclampsia [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2019. [Citado 28 de Marzo 2023]. Disponible en: https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_326-2019-HCH-DG.pdf.
 26. Mencia Y, Santiago M, Fernández J. Aspiración Manual endouterina en comparación con el legrado uterino instrumental en el tratamiento del aborto incompleto o retenido. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet].2021; 81(2):108-115. [Citado 28 de marzo 2023]. Disponible en: https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/10/2021_vol81_num2_3.pdf. .
 27. Lopez-Hernandez D, Morales-Martinez M, Ramos-Contreras G. Factores epidemiológicos de riesgo asociados al aborto espontáneo. *Rev Int Salud Matern Fetal* [Internet].2020;5(4): 1-5. [Citado 28 de Marzo 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.47784/rismf.2020.5.4.104>. .
 28. Grilli M, Zencich D. Miomatosis uterina. Enfoque interdisciplinario de su proceso de atención Argentina: Universidad Nacional de La Plata; 2018.
 29. Hernández-Cortez J, De León-Rendón J, Martínez-Luna M, Guzmán-Ortiz J, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cir Gen* [Internet]. 2019; 41(1): 33-38. [Citado 28 de marzo 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v41n1/1405-0099-cg-41-01-33.pdf>. .
 30. Zárate A, Garlaschi V, Raue M. Apendicitis aguda [Internet]. Universidad Finis Terrae; 2019. Manual de enfermedades digestivas quirúrgicas. [Citado 29 de Marzo 2023]. Disponible en: <http://www.medfinis.cl/img/manuales/apendicitis.pdf>..

31. Hidalgo C, Adrián A, Yopez A, Quiros C. Volvulo Intestinal. RECIAMUC [Internet]. 2020; 4(4): 94-101. [Citado 28 de Marzo 2023]. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/568/895>.
32. Caínzos M, Domínguez E, Blanco M, Parada P, Lesquereux L, Fernández D. Abdomen agudo quirúrgico. Medicina - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet]. 2020; 13(10): 523-540. [Citado 28 de Marzo 2023]. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-abdomen-agudo-quirurgico-articulo-S0304541220301281>.
33. Arce A, Blanco C. Manejo y tratamiento no quirúrgico de la luxación de hombro. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2020; 5(1): e336. [Citado 29 de Marzo 2023]. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/336>.
34. Organización Panamericana de la Salud. DeCS. [Online].; 2019. [Citado 28 de marzo 2023]. Disponible en: <https://decs2019.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>.
35. Bermúdez-García A, Allagual de la Quintana A, Farfán-Delgado F. Educación médica en Perú. FEM (Ed. impresa). 2020; 23(1): p. 5-8.