

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA PREPROFESIONAL DEL INTERNADO MÉDICO
EN UN ESTABLECIMIENTO DE I y III NIVEL DE ATENCIÓN EN
SALUD JUNIO 2022 A MARZO 2023

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR
DANNA FIORELLA VELA DEL ÁGUILA

ASESORA

ANA CECILIA FERNÁNDEZ REINOSO

LIMA - PERÚ

2023



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA PREPROFESIONAL DEL INTERNADO MÉDICO EN
UN ESTABLECIMIENTO DE I y III NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD
JUNIO 2022 A MARZO 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR
DANNA FIORELLA VELA DEL ÁGUILA**

**ASESOR
DRA. ANA CECILIA FERNÁNDEZ REINOSO**

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. César Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

A mis padres, Sissy y Magno, por haberme inculcado valores de: responsabilidad, perseverancia y superación, y por su apoyo incondicional.

A mis hermanas, Sara y Marcia, por motivarme a lograr mis sueños.

ÍNDICE

PORTADA	I
DEDICATORIA	III
ÍNDICE	IV
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	IX
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA	1
Caso Clínico N°1	1
Caso Clínico N°2	3
1.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL	3
Caso Clínico N°3	4
Caso Clínico N°4	5
1.3 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	6
Caso Clínico N°5	6
Caso Clínico N°6	7
1.4 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA	8
Caso Clínico N°7	8
Caso Clínico N°8	9
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	11
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	13
3.1 ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA	13
Caso Clínico N.º 1: Miomatosis uterina	13
Caso Clínico N°2: Infección del tracto urinario en el embarazo	14
3.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL	15
Caso Clínico N°3: Colecistitis aguda litiasica	15
Caso Clínico N°4: Úlcera venosa	18
3.3 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	19
Caso Clínico N°5: Hemorragia digestiva alta	19
Caso Clínico N°6: Diabetes Mellitus	21
3.4 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA	23

Caso Clínico N°7: Enfermedad Diarreica Aguda y Deshidratación	23
Caso Clínico N°8: Escarlatina	25
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	27
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	29
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	30

RESUMEN

El internado médico es la etapa preprofesional indispensable para la culminación de la formación médica, en donde se adquieren habilidades y aptitudes relacionadas a la atención integral del paciente, donde el interno de la mano de sus residentes y médicos asistentes aprende a abordar de manera correcta a sus pacientes, desde la identificación del diagnóstico, manejo y tratamiento, y finalmente, la recuperación de la salud.

El presente trabajo tiene como objetivo plasmar todas las vivencias y experiencias adquiridas por la autora en sus diez meses de internado de medicina realizados en el Hospital Arzobispo Loayza y Centro de Salud Materno Infantil Magdalena pertenecientes a la categoría III-1 y I-4, respectivamente.

Por otro lado, se pone en evidencia, los problemas surgidos con relación a la formación médica y al internado de medicina debido al estado de emergencia sanitaria que atravesó el país en el 2020 por la infección por SARS-COV-2, ya que, si bien es cierto, ha transcurrido 3 años desde ese suceso, hoy por hoy, todavía se sufren las consecuencias del mismo, tanto a nivel educativo, económico y salud en nuestro país.

Finalmente, el internado médico fue una experiencia enriquecedora y fructífera para la autora, una etapa llena de aprendizaje en el cual se logró unificar los conocimientos teórico-prácticos infundidos por sus maestros tutores a lo largo de su formación médica.

Palabras claves: *medicina, internado médico, formación preprofesional, ginecología, pediatría, medicina interna, cirugía general y caso clínico.*

ABSTRACT

The medical internship is the indispensable pre-professional stage for the culmination of medical training, where skills and aptitudes related to comprehensive patient care are acquired, where the intern, from the hand of its residents and assistant doctors learns to correctly address their patients, from the identification of diagnosis, management and treatment, and finally, the recovery of health.

The present work aims to capture all the experiences and experiences acquired by the author in her ten months of medical internship carried out at the Arzobispo Loayza Hospital and Magdalena Maternal and Child Health Center belonging to category III-1 and I-4, respectively.

On the other hand, it is evidenced, the problems that arose in relation to medical training and medical internship due to the state of health emergency that the country went through. 2020 by SARS-COV-2 infection, since, although it is true, 3 years have passed since that event, today, the consequences of it are still suffered, both educationally, economically and healthily in our country.

Finally, the medical internship was an enriching and fruitful experience for the author, a stage full of learning in which it was possible to unify the theoretical-practical knowledge infused by her tutor teachers throughout her medical training.

Key words: *medicine, medical internship, pre-professional training, gynecology, pediatrics, internal medicine, general surgery and clinical case.*

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA PREPROFESIONAL DEL INTERNADO MÉDICO EN UN ESTABLECIMIENTO DE I y III NIVEL DE ATENCIÓN

AUTOR

DANNA FIORELLA VELA DEL ÁGUILA

RECuento DE PALABRAS

10085 Words

RECuento DE CARACTERES

56188 Characters

RECuento DE PÁGINAS

42 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

113.8KB

FECHA DE ENTREGA

May 4, 2023 9:00 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 4, 2023 9:02 AM GMT-5


● **12% de similitud general**

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

- 12% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% 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



Dra. Ana Cecilia Fernández Reinoso

ASESORA

<https://orcid.org/0000-0003-3189-5719>

INTRODUCCIÓN

El internado médico es la última etapa para culminar la carrera de medicina humana, es un año fundamental y de carácter obligatorio, en el cual se realizan prácticas preprofesionales indispensables para una adecuada formación médica. (1)

Tiene como objetivo complementar la formación teórica con la práctica médica de manera integral en donde se adquiere habilidades y competencias necesarias para que, en la futura práctica profesional se brinde una atención médica de calidad ,logrando así, el máximo nivel profesional. El enfoque se centra en brindar las bases imprescindibles para el correcto manejo de los pacientes, desde la realización de la historia clínica, examen físico, plantear posibles diagnósticos y finalmente, indicar el tratamiento más adecuado, es decir, permite integrar y consolidar los conocimientos que se han alcanzado durante los años previos. Por último, pero no menos importante, hacer hincapié en el aprendizaje sobre tener una buena relación médico – paciente. Todo lo anterior tiene como finalidad preparar al nuevo médico cirujano para que brinde sus servicios a la población más pobre del Perú en el SERUMS. (1)(2)(3)

La pandemia del COVID-19 que tuvo escenario en el 2020, conllevó que la duración del internado de medicina disminuya y, por motivos de bioseguridad y para salvaguardar la salud e integridad de los estudiantes del área de la salud, Es salud, decidió no ofertar plazas para realizar el internado en sus establecimientos, lo que llevó a que la población de estudiantes aptos para realizar esta etapa de prácticas preprofesionales aumente considerablemente generando un déficit de vacantes en el ámbito hospitalario. Como resultado, el MINSA otorgó plazas en el primer nivel de atención. (1)

Es por ello, el internado médico 2022-2023, tuvo una duración de tan solo 10 meses, en los cuales, la autora de estas líneas realizó los primeros cinco meses en el Hospital Arzobispo Loayza, y los cinco últimos en el Centro de Salud Materno Infantil Magdalena donde en ambos establecimientos se incluyeron 4 rotaciones: Cirugía general, Medicina Interna, Pediatría y Gineco-obstetricia. Teniendo como resultado, el conocer las diferencias en la atención y el nivel de complejidad de un establecimiento con categoría I-4 de un III-1.

El presente trabajo es una breve compilación de las experiencias vividas, los conocimientos aprendidos y las destrezas desarrolladas en ambos establecimientos de salud durante el internado médico.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

A continuación, se presentará ocho casos clínicos en total, dos por cada servicio de rotación, siendo uno de cada establecimiento de salud en el cual se realizó el internado, siempre protegiendo y respetando la privacidad de cada paciente.

1.1 ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

Esta rotación fue la primera experiencia en un hospital luego de la pandemia por COVID-19 donde se prohibió la presencia de estudiantes de medicina en los establecimientos de salud que no pertenecían al 7mo año de la carrera, es por ello por lo que fue un periodo de adaptación.

Caso Clínico N°1

Paciente de 41 años con antecedente de miomatosis uterina acude a tópico de ginecología refiriendo sangrado vaginal de moderada intensidad llegando a manchar hasta 3 toallas nocturnas al día con una evolución de aproximadamente 10 días asociado a dolor tipo cólico en región pélvica que irradia a espalda, además refiere dismenorrea y dispareunia, cuadros similares se han repetido en los últimos 4 meses.

Dentro de los antecedentes de importancia tenemos: menarca a los 9 años, su fecha de última regla fue el 10 de junio del 2022 con un régimen catamenial irregular con una duración de 8 a 10 días, usa preservativo como método anticonceptivo y niega alergia a medicamentos. Fórmula obstétrica G2P1011

Al examen físico se encuentran funciones vitales en valores normales, paciente en aparente regular estado generalmente afebril al momento y orientada en tiempo, espacio y persona. Al examen de piel y mucosas se encuentra tibia, hidratada y elástica con un llenado capilar menor a 2 segundos y palidez +/-+++. Al examinar el abdomen se evidencia blando, depresible y globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, sin signos peritoneales con dolor a la palpación superficial y profunda

en hipogastrio. Al examinar el sistema genitourinario; a la especuloscopia, se evidencia sangrado no activo en canal vaginal, cervix de apariencia normal sin lesiones visibles; al tacto vaginal, se evidencia un útero aumentado de tamaño con contornos irregulares y leve dolor a la movilización del cervix.

Se plantea el diagnóstico presuntivo de hemorragia uterina anormal por miomatosis uterina por lo que se realiza exámenes de laboratorio (hemoglobina, hemograma completo y examen de orina) donde se evidencia una hemoglobina de 9.3 g/dl, el resto sin alteraciones.

Adicionalmente a ello, se realiza una ecografía transvaginal donde se evidencia un útero anteversoflexo de 230x82x52 con múltiples imágenes anecoicas siendo el más grande de ellos de aproximadamente 70x50 mm.

Se hospitaliza para completar prequirúrgicos y manejo médico. En pabellón, se administra ácido tranexámico 1g cada 8 horas para controlar sangrado, el cual cede al 3er día y AINES para manejo del dolor. Se transfunde 1 paquete globular para alcanzar una hemoglobina de 10 g/dl siendo este un requisito para entrar a sala de operaciones. Después de hablar con la paciente y teniendo en cuenta que no tiene un deseo reproductivo, se programa una histerectomía abdominal total post firma de consentimiento informado.

Reporte operatorio: se realizó una histerectomía abdominal total y dentro de los hallazgos intraoperatorios se evidenció un útero de aproximadamente 20 cm y múltiples miomas alrededor de 5 siendo el más grande de ellos de aproximadamente 9x7.5 cm, anexos aparentemente normales. Hallazgos se envían a anatomía patológica.

Después de 4 días posoperatorios sin evidencia de fiebre y/o signos de infección, la paciente es dada de alta con indicaciones médicas, signos de alarma por los cuales debería retornar al hospital y cita control en una semana.

Caso Clínico N°2

Gestante de 28 años acude al centro de salud para control prenatal y a consultorio de ginecología para lectura de resultados de laboratorio realizados previamente como control donde se evidencia un examen de orina patológico, hemoglobina en 11,7 g/dl, glucosa en 86 mg/dl y resto sin alteraciones. Paciente refiere no presentar molestias, niega sangrado vaginal, niega síntomas premonitorios de preeclampsia y percibe movimientos fetales.

Los antecedentes de importancia que se encuentran son fecha de última regla el 04 de julio del 2022, una edad gestacional de 32 semana con 3 días por FUR, fórmula obstétrica de G3P1011 con antecedente de parto vaginal en el 2019, niega alergia a medicamentos y otras patologías.

Al examen físico, paciente con presión arterial de 110/70. Piel tibia, hidratada, elástica con llenado capilar menor de 2 segundos, no se evidencian edemas, no palidez. Altura uterina de 30 cm, feto en longitudinal cefálico izquierdo activo con latidos cardiacos en 148 lpm. Al examinar las mamas, se encuentran turgentes y con pezones formados. Al examen genitourinario, puño percusión lumbar negativo en ambos lados; al tacto vaginal, no se evidencia borramiento ni dilatación cervical y flujo vaginal de aspecto y olor normal.

Se plantean los siguientes diagnósticos: Gestante de 32 semanas con 3 días por FUR en no labor de parto e infección del tracto urinario. Finalmente se da tratamiento con cefalexina de 500 mg cada 8 horas por 7 días y cita control por ginecología en una 1 semana.

1.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

Por el contexto de pandemia en la que se encontraba el país, la rotación por este servicio solo fue por el área de hospitalización y no hubo manejo en tópicos de cirugía. Esta rotación tuvo una duración de 5 semanas. Por otro lado, el primer nivel de atención se realizó en enero del 2023 y se centró en curación de heridas y retiro de puntos de la mano de la Dra. Jhusey, Cirujana plástica.

Caso Clínico N°3

Paciente mujer de 33 años es traído a emergencia por presentar desde hace 2 días dolor en epigastrio que fue progresando hasta extenderse a hipocondrio derecho, dolor que cede parcialmente con naproxeno, asociado a nauseas, niega vómito y sensación de alza térmica. Además, refiere haber tenido episodios similares de menor intensidad y duración.

Al examen físico, paciente en aparente regular estado general, con frecuencia cardiaca en 106 lpm, afebril al momento y orientado en tiempo, espacio y persona. La piel se encuentra tibia, hidratada y elástica con un llenado capilar menor de 2 segundos, no ictericia. Al examinar el abdomen; se palpa blando, depresible, plano, con dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho y signo de Murphy positivo, ruidos hidroaéreos presentes, no signos peritoneales. Resto del examen sin alteraciones.

Se realizan exámenes de laboratorio donde se evidencia: hemoglobina en 12.7 g/dl, hematocrito en 38%, leucocitos en 13 478, plaquetas en 372 mil, PCR en 3.35 bilirrubinas totales en 0.53, TGO en 102, TGP en 49, fosfatada alcalina en 159, amilasa en 41, urea en 23, creatinina en 0.5, glucosa basal en 110 y examen de orina negativo.

Se sospecha de una colecistitis aguda por lo que se realiza ecografía donde se evidencia hígado de tamaño conservado con leve incremento de la ecogenicidad sin dilatación de vías biliares. Colédoco en 4mm y vena porta de diámetro normal. La vesícula biliar mide 6x5 cm, se encuentra engrosada con múltiples litos en su interior, el mayor de ellos mide 10 mm. Se concluye que existen signos ecográficos sugestivos de esteatosis hepática leve y colecistitis aguda litiásica.

Debido a los hallazgos escritos anteriormente, se decide hospitalizar a la paciente para completar los exámenes prequirúrgicos y programarla para sala de operaciones. Se da tratamiento antibiótico profiláctico. La cirugía realizada fue una colecistectomía laparoscópica sin complicaciones, paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta con indicaciones a las 48 horas.

Caso Clínico N°4

Paciente mujer de 78 años con antecedentes de diabetes mellitus mal controlada, hipertensión arterial en tratamiento con losartan de 50 mg cada 12 horas e insuficiencia venosa, niega otras patologías de interés.

Paciente acude a consulta refiriendo que hace aproximadamente 8 meses se tropezó en la calle y sufrió traumatismo en parte inferior interna de pierna derecha de tipo excoriativa, la cual nunca trató, paciente refiere que ha estado limpiándola con agua y jabón solo al momento del baño.

Al examen físico: peso: 76, talla:154 cm, presión arterial: 130/80, resto de funciones vitales en valores normales. Paciente obesa en aparente regular estado general, desaseada, usuaria de bastón, afebril al momento, orientada en tiempo, espacio y persona. Al examinar la piel, se encuentra áspera, seca y escamosa principalmente en miembros inferiores. En tercio inferior de pierna derecha se evidencia venda sucia que al ser retirada se aprecia herida ulcerativa en región pretibial de aproximadamente 4x3 cm con tejido de granulación y bordes irregulares hiperpigmentados, con áreas costrosas, descamativas y eritematosas en región perilesional asociado a edema.

Se prosigue a limpiar la lesión con gasa empapada de agua destilada y yodopovidona con movimientos enérgicos circulares del centro hacia afuera para posteriormente hacer desbridamiento del tejido desvitalizado con el fin de dejar una superficie óptima para el correcto cicatrizado de la úlcera, se procede a limpiar nuevamente y se aplica una capa gruesa de sulfadiazina de plata al 1%, se cubre con una venda no elástica y finalmente para una mejor cubierta, se coloca un vendaje elástico que abarca desde el pie hasta aproximadamente 10 cm por debajo de la rodilla.

Por último, se prescribe tratamiento antibiótico con doxiciclina y clindamicina vía oral, se hace Referencia para el Hospital Santa Rosa para manejo de causa de fondo y cita en 72 horas para continuar curaciones.

1.3 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

La rotación por este servicio fue tanto en hospitalización como en tópico donde se hacían guardias diurnas de 8 am a 8 pm, el cual se desarrolló a mediados de agosto hasta setiembre. En el caso del centro de salud magdalena, este fue el servicio por el que se inició la rotación y se basó netamente en consultorio.

Caso Clínico N°5

Paciente mujer 45 años acude a emergencia por presentar dolor tipo urente en epigastrio, 1 episodio de heces negras y malolientes hace una semana y dos días antes del ingreso, refiere haber presentado vómito oscuro de poca cuantía. Sin otras molestias.

Antecedentes de importancia: infección por H. pylori en 2 ocasiones (la segunda vez con tratamiento incompleto), niega diabetes e hipertensión arterial y otras patologías.

Al examen físico, frecuencia cardiaca en 98 lpm, presión arterial en 120/70, paciente en buen estado general, afebril al momento, orientada en tiempo, espacio y persona. Al examen de piel y mucosas se encuentra tibia, hidratada, elástica, no palidez. El aparato cardiovascular, ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos. Tórax y pulmón, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax sin ruidos agregados. Al examinar el abdomen, se palpa blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso. Al tacto rectal, se evidencia guante con heces negruzcas.

Se plantea el presunto diagnóstico de hemorragia digestiva alta, por lo que se piden exámenes de laboratorios donde se evidencia una hemoglobina en 11 g/dl, hematocrito en 34%, plaquetas en 325 mil, urea en 18 y creatinina en 0.8. Se hidrata al paciente y se coloca omeprazol 80 mg. Al aplicar el score de Blatchford con una puntuación mayor de 2 por lo que se hospitaliza en el servicio de medicina interna para realizar una endoscopia, la cual se lleva a cabo 10 horas después con paciente

hemodinámica mente estable previa interconsulta con el servicio de gastroenterología.

Al realizar la endoscopia se evidencia 2 úlceras duodenales de aproximadamente 1 cm cubiertas de fibrina correspondiente a III grado de Forrest por lo que se prescribe inhibidores de bomba de protones vía oral, se da de alta con indicaciones médicas y cita control por el servicio de gastroenterología para manejo ambulatorio por presentar bajo riesgo de recidiva.

Caso Clínico N°6

Paciente varón de 61 años acude a consulta por control anual. Niega molestias. Niega otras patologías. Antecedentes de importancia: fumador de aproximadamente 1 cajetilla al día desde hace 30 años

Al examen físico: Peso: 102, Talla: 176 cm, IMC: 32.9, Presión arterial: 120/80 mmHg, Perímetro abdominal: 108 cm. Al examinar la piel se evidencia leve hiperpigmentación en cuello. Resto de los sistemas sin alteraciones.

Se plantea el diagnóstico de obesidad a descartar diabetes mellitus por lo que se efectúa una FUA 904 para un examen general que incluye: hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, colesterol total, triglicéridos y examen de orina y, reevaluación con resultados además de cambios en el estilo de vida e interconsulta con nutrición.

Posteriormente, paciente retorna a consulta para lectura de exámenes de laboratorio donde se evidencia una glucosa basal en 140, colesterol total en 218, triglicéridos en 161 y resto de los exámenes en valores normales. Por lo que se decide tomar una glucosa capilar en consultorio con un resultado en 269.

Se plantea el diagnóstico de diabetes mellitus e hiperlipidemia por lo que se prescribe metformina 850 mg una vez al día por 30 días acompañado de cambios en el estilo de vida y actividad física de bajo impacto al menos 30 minutos diarios. Se brinda indicaciones de posibles efectos adversos de la medicación, signos de

alarma y cita en un mes. Adicionalmente, se deja Referencia al Hospital Santa Rosa para toma de hemoglobina glicosilada.

1.4 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Esta rotación fue la última en el ámbito hospitalario dándose a fines de setiembre hasta octubre viéndose casos tanto en neonatología como en pediatría. Neonatología se centró en atención primaria del recién nacido y en la realización de tamizaje cardiológico y oftalmológico. En Pediatría, los internos rotaron por hospitalización y emergencia. En el primer nivel de atención se desarrollaron consultas médicas.

Caso Clínico N°7

Paciente varón de 2 años y 4 meses es traído a emergencias por su madre con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 4 días iniciando con vómitos y desde hace 2 días inicia con cuadro de deposiciones líquidas de 4 a 5 veces al día sin presencia de moco ni sangre, madre refiere alza térmica no cuantificada que cede con paracetamol. Además, menciona que ha continuado con la lactancia materna pero que paciente se encuentra inapetente.

Antecedentes: RNAT 37 semanas por parto vaginal, adecuado para la edad gestacional, peso al nacer de 3450 g, madre refiere que lloró al nacer, lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses e inicio de alimentación complementaria y esquema de vacunación completo para la edad.

Al examen físico: Temperatura: 36.8, Frecuencia cardíaca: 115 lpm, Frecuencia respiratoria: 30 rpm, Peso: 12kg, Talla: 86 cm. Paciente alerta, reactivo a estímulos y eutrófico. Al examinarlo; piel y mucosas secas, ojos hundidos, escasas lágrimas, llenado capilar menor de 2 segundos; aparato cardiovascular, ruidos cardíacos rítmicos, no se evidencian soplos; tórax y pulmón, murmullo vesicular audible sin ruidos agregados; abdomen, blando, depresible, no distendido y ruidos hidroaéreos levemente aumentados de intensidad.

Se plantea el diagnóstico de Enfermedad Diarreica Aguda de tipo acuosa con signos de deshidratación moderada.

Paciente pasa a observación y se inicia PLAN B de tratamiento con suero de rehidratación oral a osmolaridad reducida dando pequeños sorbos aproximadamente cada 2 minutos a razón de 900 ml en 4 horas supervisadas y continuar con lactancia materna a demanda. Posterior a las 4 horas, paciente es reevaluado y al examen físico no se evidencian signos de deshidratación, no presenta fiebre, paciente tolera la vía oral y se encuentra en condiciones de alta. Se da el alta con indicaciones médicas y se explica a la madre los signos de alarma por lo cual debería retornar al hospital.

Caso Clínico N°8

Paciente mujer de 5 años 9 meses acude al centro de salud acompañada por su madre. Madre refiere que su menor hija desde hace 3 días presenta fiebre que cede con paracetamol y es traída por erupción cutánea generalizada. Además, madre refiere que hace aproximadamente una semana, paciente presentó dolor de garganta. Continuando con el interrogatorio no se encuentran antecedentes de importancia. No presenta alergia a medicamentos. Con esquema de vacunación completo y tolera la vía oral.

Al examen físico: paciente en aparente regular estado general, afebril al momento, colabora con el examen, con un peso de 25kg y talla de 125 cm. Al examinar la piel, se evidencia exantema micropapular eritematoso generalizado que blanquea a la digitopresión, piel áspera y seca con llenado capilar menor de 2 segundos. Orofaringe congestiva y eritematosa; amígdalas sin exudado, lengua con papilas edematosas y paladar con mismas lesiones puntiformes. Resto de sistemas sin alteraciones.

Se plantea el presunto diagnóstico de Escarlatina. Se prescribe tratamiento antibiótico con amoxicilina 8 ml cada 8 horas por 10 días y paracetamol 15 ml cada 8 horas por 2 días y luego condicional a fiebre y malestar. Se explica a la madre los

signos de alarma a vigilar por los cuales deberá llevar a su menor hija por emergencias y se agenda cita control luego de haber concluido el tratamiento.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Como se mencionó líneas arriba, la experiencia del internado médico se realizó los primeros cinco meses en un Hospital de categoría III-1 y; los siguientes cinco meses, en un Centro de Salud categoría I-4.

El Hospital Arzobispo Loayza se encuentra ubicado en Av. Alfonso Ugarte 848 en el distrito de Lima, provincia de Lima, departamento de Lima. En 1915 se inició la construcción de este a cargo del presidente de la República Oscar R. Benavides, siendo inaugurado finalmente el 11 de diciembre de 1924 bajo la gestión de Augusto Pérez Aranibar. Hospital de casi 100 años que se le otorga la categoría III-1 del Tercer Nivel de Atención en el cual se brinda atención ambulatoria, de emergencia y hospitalaria altamente especificada con una capacidad resolutive de alta complejidad teniendo como función principal la recuperación de la salud y la rehabilitación especializada gracias a que cuenta con médicos especialistas como hematólogo, infectólogo, oncólogo, cirujano plástico, de tórax y cardiovascular, neonatólogo y nefrólogo, entre otros profesionales.(4)(5)

El Centro de Salud Materno Infantil Magdalena se ubica en Jirón Junín 304, en el distrito de Magdalena del Mar, provincia de Lima, departamento de Lima. Establecimiento de Salud perteneciente a DIRIS Lima Centro al cuál se le otorga la categoría I-4 del Primer Nivel de Atención, responsable de la atención integral ambulatoria y con internamiento de estancia corta orientada al área Materno Infantil de la población que pertenece a su jurisdicción. Sus funciones corresponden a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud contando con un equipo de salud multidisciplinario en el cual encontramos médicos especialistas gineco-obstetras y pediatras, médico familiar, odontólogo, obstetras, enfermeras, nutricionista y personal técnico. (5)(6)

El interno de medicina cuenta con un horario laboral de 150 horas mensuales sin exceder 12 horas continuas al día por lo cual recibe una remuneración de 400 nuevos soles, adicionalmente a ello, un aguinaldo de 50 nuevos soles los cuales se recibieron en los meses de julio y diciembre. En relación a ello, el interno de medicina tiene a su cargo tareas de carácter tanto médico como administrativo tales

como: la realización de la historia clínica del paciente, así como también la evolución y seguimiento diario del mismo, procedimientos como toma de sangre, AGA, colocación de sonda vesical, paracentesis, entre otros, siempre bajo la guía estricta de un médico asistente. Por el lado administrativo, se encarga de gestionar procesos burocráticos necesarios que son requeridos para cumplir con el plan de trabajo instaurado para cada paciente. (7)

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

En este capítulo se elaborará una revisión sistemática de las bases teóricas indispensables para el diagnóstico, tratamiento y manejo de cada caso clínico expuesto en capítulos anteriores, así mismo, fundamentar la actitud médica tomada para cada paciente en particular.

3.1 ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

Caso Clínico N.º 1: Miomatosis uterina

La miomatosis uterina o también llamada leiomiomas son los tumores benignos hormono - dependientes más frecuentes del útero apareciendo hasta en un 80% entre los 40 a 50 años. Son tumores de carácter sólido derivados del miometrio y se encuentran constituidos por fibronectina, proteoglicanos y abundante matriz extracelular (8)

Una de las manifestaciones más comunes son el sangrado uterino que en algunos casos puede ser tan abundante que puede llevar a las pacientes a una anemia severa; otras de las manifestaciones, es el dolor pélvico a causa de la compresión por efecto de masa que ejerce este tipo de tumores, y finalmente, puede ser causa de infertilidad e incrementa la probabilidad de abortos.

Los principales factores de riesgo son: tener antecedentes familiares en primer grado de miomatosis uterina aumenta hasta un 2.5 veces más el riesgo, menarquia precoz, mujeres de raza afroamericana, nulíparas, y algunas comorbilidades que aumentan su frecuencia como la diabetes mellitus e hipertensión arterial. (8)(9)

El Gold estándar para el diagnóstico es la ecografía transvaginal que cuenta con una sensibilidad de hasta un 85% en miomas mayores o iguales a 3 cm. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia clasifica a los fibromas según su localización en: submucosos (FIGO tipo 0,1,2), intramurales (FIGO tipo 3,4,5) y suberosos (FIGO 6,7). (10)

La mayoría de los miomas se observan ya que al ser hormono dependientes suelen degenerar después de la menopausia, sin embargo, las indicaciones quirúrgicas

son las siguientes: sangrado uterino anormal abundante, anemia severa, dolor en aumento relacionado al tamaño, miomas mayores de 10 cm e infertilidad o abortos recurrentes. La cirugía de elección dependerá del tipo de mioma y puede ser desde una miomectomía hasta una histerectomía, siendo este último el tratamiento definitivo. Por otro lado, el manejo farmacológico se prescribe con el objetivo de aliviar los síntomas y en algunos casos se indican previo a la cirugía definitiva para disminuir complicaciones.(9)

En relación con el caso clínico, se presenta una paciente de 41 años con sangrado uterino anormal de gran cuantía con anemia moderada y dolor. Al examen físico se evidenció un útero aumentado de tamaño con contornos irregulares por lo que se plantea el diagnóstico de hemorragia uterina anormal por miomatosis uterina lo cual fue confirmado posteriormente por una ecografía transvaginal. La indicación quirúrgica se planteó debido a que en la ecografía transvaginal se evidenció múltiples miomas de gran tamaño asociados a anemia. La cirugía de elección fue una histerectomía abdominal total teniendo en cuenta que la paciente refirió paridad satisfecha.

Caso Clínico N°2: Infección del tracto urinario en el embarazo

La infección del tracto urinario es una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo debido a los cambios anatómicos y fisiológicos propios de la gestación. La podemos clasificar en tres cuadros clínicos descritos a continuación:

La bacteriuria asintomática, como su mismo nombre lo dice, no presenta signos ni síntomas, generalmente su hallazgo es incidental por medio del cribado que se realiza a las gestantes durante el control prenatal. El Gold estándar para el diagnóstico es el urocultivo, donde se identifica más de 100 000 UFC de un mismo germen, siendo el más común *E. coli* hasta en un 80% seguido de *Klebsiella*, *Proteus*, *Staphylococcus* y *Streptococcus*. El tratamiento antibiótico está indicado en toda gestante en cualquier trimestre del embarazo, ya que, al no ser tratada, el 30% puede evolucionar a una pielonefritis aguda corriendo el riesgo de preeclampsia, parto pretérmino, bajo peso al nacer y RCIU. (11)(12)

La cistitis aguda es una infección localizada, que se caracteriza por manifestaciones clínicas como disuria, polaquiuria, dolor pélvico sin fiebre y sin síntomas sistémicos. Presenta una mayor incidencia en el 2do trimestre de gestación. El examen que confirma el diagnóstico es el urocultivo, pero la sospecha diagnóstica se inicia con un estudio de tira reactiva en orina positivo asociado a clínica de infección urinaria. El tratamiento empírico con antibióticos debe iniciarse de menor a mayor espectro con: Nitrofurantoína amoxicilina, cefuroxima o cefalexina.

Finalmente, la pielonefritis aguda, es la complicación más grave donde se afecta el parénquima renal y se presenta con un cuadro clínico sistémico acompañado de fiebre, náuseas, vómitos, dolor, puño percusión lumbar positiva, entre lo más frecuente. Toda gestante con una edad gestacional de 24 semanas a más con clínica sugestiva de pielonefritis aguda debe ser hospitalizada para un manejo precoz de la infección y así evitar complicaciones como la sepsis o la amenaza de parto prematuro. El tratamiento indicado es con ceftriaxona, cefepime o ampicilina más gentamicina. (12)(13)

Poniéndonos en el contexto del caso clínico presentado, tenemos a una gestante de 32 semanas asintomática que acudió al centro de salud para lectura de resultados donde se encontró un examen de orina positivo. Se plantea el diagnóstico de infección urinaria, por lo cual, se inicia tratamiento empírico, tomando en cuenta la disponibilidad en farmacia del MINSA, con cefalexina de 500 mg cada 8 horas por 7 días con cita control al finalizar el tratamiento. La ITU en una gestante aumenta la morbimortalidad tanto del feto como de la madre, es por ello, que resaltamos la gran importancia del cribado en el embarazo para un tratamiento precoz y así evitar complicaciones mayores.

3.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

Caso Clínico N°3: Colecistitis aguda litiásica

La colecistitis aguda litiásica es una de las urgencias abdominales más frecuentes que aparece como complicación de la colelitiasis, la cual consiste en una inflamación de la vesícula biliar a consecuencia de la obstrucción persistente del conducto cístico. (14)

Los pacientes con esta patología presentan típicamente un dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen y/o en epigastrio que dura más de 24 horas que puede irradiarse a espalda asociado a náuseas, vómitos, hiporexia y fiebre. Frecuentemente, este cuadro clínico evoluciona posterior al consumo de comida copiosa. Al examen físico se evidencia el clásico signo de Murphy, que es el dolor que se genera a la palpación profunda en inspiración en la región subcostal derecha. (14)(15)

El diagnóstico presuntivo se basa en los criterios de Tokio 2018 siendo los siguientes:

Tabla 1

Criterios de Tokio 2018

A. Signos de inflamación local:

1. Signo de Murphy
2. Masa, dolor o defensa en hipocondrio derecho

B. Signos de inflamación sistémica

1. Fiebre
2. PCR elevada
3. Recuento de glóbulos blancos elevados

C. Hallazgos imagenológicos característicos de Colecistitis Aguda.

1. Pared vesicular mayor a 4mm
 2. Aumento del tamaño de la vesícula biliar
 3. Imagen en doble halo
 4. Líquido perivascular
-

Fuente: Aplicación de criterios de Tokio para el diagnóstico de colecistitis aguda en el Departamento de Urgencia Adultos del Hospital Nacional, Itauguá. Rev. Nac. (Itauguá).

Así mismo, nos permite clasificarla según su severidad y de acuerdo con ello, plantear el tratamiento oportuno. Se puede clasificar en leve, moderada o severa teniendo en cuenta lo siguiente:

Tabla 2

Clasificación por severidad

Grado I o Leve

- Cuando no cumple criterios para el grado II y III

Grado II o moderada: Cuando cumple al menos uno de los siguientes:

- Glóbulos blancos mayor a 18000
- Masa palpable dolorosa en hipocondrio derecho
- Duración de los síntomas por más de 72 horas
- Marcada inflamación local

Grado III o severa: Cuando cumple al menos uno de los siguientes:

- Disfunción cardiovascular
- Disfunción neurológica
- Disfunción respiratoria
- Disfunción renal
- Disfunción hepática
- Disfunción hematológica

Fuente: Fuente: Aplicación de criterios de Tokio para el diagnóstico de colecistitis aguda en el Departamento de Urgencia Adultos del Hospital Nacional, Itauguá. Rev. Nac. (Itauguá).

En relación con el manejo inicial, es importante hidratar al paciente por vía endovenosa, indicar nada por vía oral y el tratamiento antibiótico que debe incluir una cefalosporina de segunda generación asociada a un antibiótico que cubra anaerobios como el metronidazol o clindamicina, o una cefalosporina de tercera generación. Sin embargo, el tratamiento definitivo es la cirugía, la colecistectomía preferentemente laparoscópica que debe realizarse entre las 24 a 72 horas después de haberse confirmado el diagnóstico. Las complicaciones más comunes son: gangrena, empiema, plastrón o perforación vesicular, abscesos, pancreatitis aguda e íleon biliar, principalmente.

Según el caso clínico, se presenta a una paciente que según los criterios de Tokio presenta al menos 1 ítems de A, B y C: signo de Murphy positivo, dolor a la palpación en hipocondrio derecho, antecedente de fiebre, PCR elevada y signos ecográficos sugestivos de colecistitis aguda, por lo tanto, se plantea el diagnóstico definitivo de colecistitis aguda leve y se realiza una colecistectomía laparoscópica siendo esta la cirugía de elección para el tratamiento definitivo. (16)

Caso Clínico N°4: Úlcera venosa

Las úlceras venosas son el resultado de una insuficiencia venosa crónica causada por una hipertensión venosa condicionada por una hemodinámica anormal de las venas infra geniculares donde hay un fallo en la bomba muscular, un reflujo venoso asociado a venas incompetentes u obstrucción por trombosis venosa previa, básicamente, todo ello genera una estasis venosa e hipoxia que resulta finalmente en una úlcera. Estas tienen un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes por lo que se consideran un problema de salud pública. (17)(18)

Al realizar el diagnóstico es importante determinar la etiología de carácter venosa descartando causa arterial, reumática o neoplásica. Por ello, debemos identificar en la historia clínica del paciente, la presencia de síntomas venosos como: edema, prurito, calambres o fatiga, además de cambios en la extremidad afectada. Por otro lado, determinar la presencia de enfermedades asociadas a la aparición de estas úlceras como anemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus ya que estas aumentan el riesgo de recidiva. Actualmente, el Gold estándar es la ecografía Doppler. (19)

El tratamiento debe ser interdisciplinario enfocado en cuatro pilares tales como:

- Terapia compresiva, relacionado al uso de vendaje en capas o medias elásticas fundamentales para disminuir el edema de la extremidad afectada y a su vez, mejora la hemodinámica y disminuye la recidiva.
- Preparación del lecho de la herida, controlando la infección con tratamiento antibiótico, debridación del tejido no viable las veces que sean necesarias para fomentar una correcta cicatrización y preferentemente el uso de apósitos especiales.
- tratamiento quirúrgico como la ablación endovenosa con láser o por radiofrecuencia
- Tratamiento médico con flebotónicos como el dobesilato cálcico y no médico como disminución de peso, ejercicios y drenaje linfático manual.(18)(19)

En relación con el caso clínico presentado capítulos más arriba, se describe a una paciente de 78 años con comorbilidades y antecedente de trauma en pierna

derecha desde hace 8 meses la cual ha ido empeorando a lo largo del tiempo. Al examen físico se evidencia una úlcera venosa de 4cm asociado a edema. Por lo tanto, se realiza la limpieza correcta de la herida, debridación el tejido no viable, se aplica capa de sulfadiazina de plata al 1%, se prescribe tratamiento antibiótico y finalmente se cubre con un vendaje en capas. A pesar de encontrarnos en un establecimiento de primer nivel de atención y teniendo en cuenta las deficiencias del ministerio de salud, se logró efectuar el manejo interdisciplinario apoyado en tres de los cuatro pilares fundamentales para el tratamiento de las úlceras venosas. Sin embargo, se realizó una referencia para el hospital Santa Rosa para el manejo de la etiología y la realización de exámenes complementarios pertinentes.

3.3 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso Clínico N°5: Hemorragia digestiva alta

La hemorragia digestiva alta es cualquier sangrado del tubo digestivo que puede originarse desde la faringe hasta el ángulo de treitz o unión duodeno yeyunal. Es una enfermedad frecuente en urgencias con una mortalidad que oscila del 10 al 20% de tipo no variceal y variceal, respectivamente. (20)

La causa más frecuente de HDA es la úlcera péptica duodenal con prevalencia de hasta el 50% seguido de las varices esofágicas con una prevalencia del 20%. Otras causas son: el uso prolongado de AINES, síndrome de Mallory Weiss, neoplasias como el adenocarcinomas o lesión de Dieulafoy (malformación de la arteria gástrica izquierda). (20)(21)

Frecuentemente, los pacientes ingresan a urgencias con cuadros de hematemesis, que es un vómito rojo rutilante (sangrado es activo) o marrón (sangrado inactivo); melena, que son las heces negruzcas tipo brea, pegajosas y malolientes, sin embargo, para que esta se produzca debe haber una pérdida de aproximadamente 80 ml con una duración mayor de 12 horas y hematoquecia, expulsión de sangre por el ano de color rojo rutilante puede o no acompañar a la deposición. Existen otras manifestaciones clínicas más sutiles como: mareos, síncope, debilidad, disnea, dolor abdominal, entre otros.

Para el diagnóstico, es importante realizar una correcta historia clínica y buscar antecedentes que puedan explicar la etiología del sangrado como historia de vómitos repetidos, ingesta de AINES, hepatopatía crónica, por dar algunos ejemplos. Además, es fundamental cuantificar el sangrado y al examen físico buscar signos precoces de shock como la taquicardia, taquipnea e hipotensión. (21)

Por la alta mortalidad de esta patología, es indispensable estratificar el riesgo resangrando y pronóstico de cada paciente; para ello, existen scores preendoscópicos, endoscópicos y postendoscópicos. Detallados a continuación:

- Score de Blatchford: un puntaje menor de 2, se sugiere tratamiento ambulatorio, sin embargo, un puntaje mayor o igual a dos, se hospitaliza para ser derivado al especialista y realizar una endoscopia dentro de las 24 horas.
- Score de Forrest, es un score endoscópico que nos permite clasificar el tipo de sangrado y la gravedad de este, siendo el Ia, Ib, IIa y IIb grados con un alto porcentaje de recidivas, es decir, de mal pronóstico; mientras que los grados IIc y III son de bajo riesgo.
- Score de Rockall, evalúa la edad, las comorbilidades del paciente, el estado hemodinámico y etiología del sangrado para determinar el alta precoz con un puntaje menor o igual a dos, mayor a ese puntaje se quedan hospitalizados.

La endoscopía es el procedimiento diagnóstico y terapéutico de elección. El manejo inicial del paciente dependerá si estamos frente a una paciente estable o inestable. Frente a un paciente estable, la endoscopía está indicada dentro de las 24 horas. Sin embargo, frente a un paciente inestable se inicia la evaluación del ABC, oxigenoterapia, instalación de dos vías venosas periféricas gruesas, reanimación con cristaloides o coloides y aportar los hemoderivados correspondientes a las necesidades del paciente.

Enfocándonos al caso clínico presentado, paciente presentaba manifestaciones clínicas de hemorragia digestiva alta como los episodios de melena y hematemesis, además de tener antecedentes de infección por *H. pylori* por lo tanto, se piensa que la etiología del sangrado es por una úlcera. Por otro lado, al examen físico se evidencia paciente con estabilidad hemodinámica y se decide hospitalizar por un

score de blatchford mayor de 2 (PAS en 120, hemoglobina en 11 y presentación de melenas dando un puntaje de 3) para la realización de una endoscopía por el servicio de gastroenterología, en la cual se evidencia un Forrest grado III, es decir, de bajo riesgo de recidiva, por lo que se da el alta precoz de la paciente con la prescripción de omeprazol por vía oral.(22)(23)

Caso Clínico N°6: Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus es un trastorno metabólica consecuencia de la secreción anormal de la insulina, considerado un problema de salud pública a nivel mundial y se calcula que en el año 2030 existirá un incremento de hasta el 148% de personas diagnosticadas con DM. En Perú, la prevalencia al 2019, oscila en un 6% según la Federación Internacional de Diabetes y cada año se presume un aumento del 3%.

Los factores de riesgos conocidos son: el sedentarismo, malos hábitos alimenticios, tabaquismo, alcoholismo, sobrepeso y obesidad, antecedentes familiares de DM, síndrome metabólico, hiperglucemia intermedia, etnia mestiza y de raza negra, mayores de 45 años, dislipidemia, historia de enfermedades cardiovasculares, HTA, SOP, entre los más importantes.

Las manifestaciones clínicas dependerán de la etapa de la enfermedad en que se encuentre el paciente al momento del diagnóstico. Los pacientes pueden ser asintomáticos o presentar los síntomas clásicos como poliuria, polidipsia, polifásica, pérdida de peso, debilidad y visión borrosa. (24)

Los criterios para el diagnóstico de la diabetes mellitus pueden ser cualquier de los siguientes:

- Glucemia basal en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl en 2 diferentes tomas con una separación entre toma y toma de no más de 72 horas.
- Glicemia al azar mayor o igual a 200 mg/dl asociado a paciente sintomático.
- Glucemia igual o mayor de 200 mg/dl dos horas post carga oral de 75gr de glucosa
- Una hemoglobina glicosilada mayor o igual a 6,5%. Sin embargo, en nuestro medio no se recomienda esta prueba para el diagnóstico, sino para el seguimiento del tratamiento.

Por otro lado, el cribado y detección temprana está indicada en todo paciente mayor de 40 años que presenten factores de riesgo asociados como obesidad o sobrepeso. Se debe considerar realizar el cribado a menores de 40 años que presenten antecedentes de SOP o diabetes gestacional. (25)

El tratamiento debe basarse en cada paciente en particular teniendo en cuenta las circunstancias clínicas del mismo, sus preferencias, la seguridad y tolerancia de la terapia farmacológica e incluso el costo. La terapia farmacológica siempre debe ir de la mano con cambios en el estilo de vida, actividad física y baja de peso. El tratamiento de primera línea es la metformina, la cual debe ir aumentando la dosis de acuerdo con la tolerancia gastrointestinal de cada paciente. En pacientes con insuficiencia cardíaca crónica o enfermedad cardíaca, se debe añadir inhibidores de SGLT2. En casos donde la terapia no sea eficaz se debe añadir a la monoterapia, los siguientes fármacos como: inhibidores de DPP-4, inhibidores de SGLT2 o agonista GLP-1 hasta lograr los objetivos terapéuticos. En casos que la metformina este contraindicada, se debe iniciar la terapia con insulina. (24)(25)

El manejo del paciente diabético debe ser multidisciplinario, es por ello por lo que, se debe derivar para las especialidades pertinentes como oftalmólogo, endocrino, nefrólogo, cardiólogo, odontólogo y nutricionista para el seguimiento de este.

Los objetivos terapéuticos son: glucemia en ayunas menor de 130 mg/dl con una glicemia posprandial menor de 180 mg/dl, una hemoglobina glicosilada menor de 7%, una PA menor de 140/80 mmHg y el colesterol total y los triglicéridos deben encontrarse dentro de sus valores normales. Si no se logra controlar y llegar a los objetivos con terapia farmacológica, se deberá derivar al paciente al segundo o tercer nivel de atención. (25)

En relación con el caso clínico, se presenta un paciente asintomático de 61 años para control anual, pero, al realizar la historia clínica, se identifican obesidad y usuario de tabaco como factores de riesgo. Se le realiza una glucemia capilar cuyo resultado fue mayor de 200 por lo tanto, se mandan exámenes de laboratorio, los cuales evidenciaron dislipidemia y una glucemia basal de 140 planteándose el

diagnóstico de Diabetes Mellitus iniciándose tratamiento con metformina de 850 mg una vez al día y se brinda la educación al paciente para cambios en el estilo de vida y las interconsultas con otros servicios para el manejo multidisciplinario.

3.4 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Caso Clínico N°7: Enfermedad Diarreica Aguda y Deshidratación.

Según la OMS, la enfermedad diarreica aguda se define como 3 o más deposiciones de consistencia acuosa o líquida en 24 horas con una duración menor de 14 días. La diarrea puede clasificarse en: Diarrea aguda acuosa, que son deposiciones con consistencia disminuida. Diarrea aguda disintérica, consisten en la diarrea que contiene sangre y/o moco y la Diarrea persistente, que es un cuadro con duración mayor de 14 días. (26)

En relación con la etiología puede ser de tipo viral, bacteriana o parasitario. Sin embargo, la etiología viral es la más frecuente representando cerca del 80%, siendo el rotavirus el principal agente causal. Las bacterias involucradas son: *E. coli*, *shigella*, *campylobacter*, *salmonela*, entre las más importantes. Dentro de los parásitos encontramos *giardia lamblia*, *cryptosporidium* y *entamoeba histolytica*, principalmente. (26)

Los signos y síntomas son: diarrea asociada a náuseas y vómitos, dolor abdominal, pujo, tenesmo, fiebre, inapetencia, entre otros. Se debe tomar en cuenta, los signos de deshidratación como: sensorio alterado, sed aumentada, signo del pliegue, fontanela deprimida, mucosa oral seca, ojos hundidos, llenado capilar mayor de 2 segundos, taquicardia, hipotensión o algún signo de shock. (27)

Para el diagnóstico es importante realizar una adecuada anamnesis, historia clínica y un examen físico para determinar el grado de deshidratación del paciente e instaurar el plan terapéutico correcto. Es decir, de acuerdo con el grado de deshidratación que encontremos, nos orientará a definir el manejo inmediato.

Tabla 3**Plan de tratamiento**

	Plan A	Plan B	Plan C
Observar:			
<ul style="list-style-type: none"> - Estado de conciencia - Ojos - Boca y lengua - Lágrimas - Sed 	<ul style="list-style-type: none"> - Alerta - Normales - Húmedas - Presentes - No sed 	<ul style="list-style-type: none"> - Intranquilo y/o irritable - Hundidos - Secas - Escasas - Sediento o bebe con avidez 	<ul style="list-style-type: none"> - Letárgico o inconsciente. - Muy hundidos y secos - Ausente - No es capaz de beber o bebe mal
Explorar:			
<ul style="list-style-type: none"> - Signo del pliegue 	<ul style="list-style-type: none"> - Desaparece 	<ul style="list-style-type: none"> - Desaparece lento 	<ul style="list-style-type: none"> - Desaparece más de 2 segundos
Decisión	Sin signos de deshidratación	Dos o más signos corresponde a deshidratación leve-moderada	Dos o más signos que incluya el estado de conciencia y la sed corresponde a deshidratación grave
	PLAN A	PLAN B	PLAN C

Fuente: Reyes-Gómez U, Reyes-Hernández KL, Santos-Calderón LA. Enfermedad diarreica aguda en niños. Salud Quintana Roo. 2018

En relación con el tratamiento, una vez identificado el tipo de deshidratación podemos iniciar con los siguientes planes según corresponda. Descritos a continuación:

Plan A: Para prevenir la deshidratación, se inicia la TRO de manera ambulatoria a dosis de 30 a 50 ml/kg siendo reevaluado a las 4 horas.

Plan B: Para trata la deshidratación leve a moderada, paciente debe quedarse en observación de urgencias para iniciar TRO a dosis de 50 a 100 ml/kg de manera fraccionada y reevaluando luego de 4 horas.

Plan C: Para tratar la deshidratación grave con o sin signos de shock. Paciente debe ser hospitalizado para rehidratación vía endovenosa:

- Sin signos de shock, a dosis de 100 ml/kg de NaCl al 0.9% dando en la primera hora el 50% de lo calculado.
- Con signos de shock, bolo de 20 mg/kg cada 10 a 15 minutos

Por otro lado, se debe complementar el tratamiento con: la administrar zinc a dosis de 10 mg/d por 10 a 14 días en pacientes mayores de 6 meses y el doble de la dosis a pacientes menores de 6 meses, antieméticos como ondansetrón, probióticos y tratamiento antibiótico con azitromicina en casos se sospeche de una EDA bacteriana.(27)(28)

En relación con el caso clínico presentado, el paciente cumple criterios para una deshidratación moderada, por lo cual se inicia el manejo con tolerancia por vía oral con el Plan B a dosis de aproximadamente 900 ml de acuerdo al peso del paciente siendo reevaluado luego de 4 horas, al no presentar signos de deshidratación, se decide dar de dar con las indicaciones a la madre. No se prescribió tratamiento antibiótico al descartarse una diarrea disentérica.

Caso Clínico N°8: Escarlatina

La escarlatina o también llamada fiebre escarlata es una infección bacteriana ocurrida por la toxina del Estreptococo del grupo A beta hemolítico (*S. pyogenes*). Se transmite por contacto directo (29)

Tiene un periodo de incubación de aproximadamente 7 días. El cuadro clínico se caracteriza por un periodo prodrómico donde: primero, aparece una faringitis o amigdalitis que se caracteriza por orofaringe congestiva, eritematosa, con o sin

exudado blanquecino y petequias en paladar, se puede evidenciar también, la clásica lengua en fresa o a frambuesas por la prominencia de las papilas. Los pacientes con esta infección presentan fiebres altas de 39°C con un pico máximo del 2do al 3er día y otros síntomas como: odinofagia, cefalea, náuseas y vómitos, malestar general y mialgias. Por otro lado, aparece un exantema días posteriores de tipo micropapular o puntiforme donde la piel se palpa áspera con aspecto de lija que al aplicar presión se blanquea, se localiza frecuentemente en base de cuello, tronco y extremidades siendo más intenso en zonas de pliegues o flexoras (signo de Pasta) y respetando el triángulo naso labial (cara de Filatow). Desapareciendo a los 10 días por descamación. (30)

Al realizar el diagnóstico, es importante hacer el diferencial con otra enfermedad exantémica como sarampión, rubéola, varicela o buscando otro tipo de infección bacteriana como la erisipela o exantema producido por toxinas estafilocócicas como el síndrome de la piel escaldada o el síndrome de shock tóxico. El diagnóstico es clínico, pero en casos que exista alguna duda diagnóstica, se confirma mediante cultivo del exudado faríngeo o test rápido de estreptococo.

El tratamiento antibiótico de elección es la penicilina VO a dosis de 25 a 50 mg/kg/día cada 12 horas por 10 días y una buena alternativa es la amoxicilina VO a dosis de 50 mg/kg/día durante 7 a 10 días. En casos de alergia a la penicilina, se prescribe azitromicina a dosis de 20mg/kg/día cada 24 horas durante 3 días o cefalexina. Adicionalmente, se debe hidratar la piel y aliviar síntomas como el prurito con antihistamínicos orales. Los objetivos del tratamiento se centran en prevenir las complicaciones tempranas como otitis media, meningitis, linfadenitis cervical, entre otras, y las tardías como la fiebre reumática, y reducir que la infección se propague. (29)(31)

En relación con el caso clínico presentado, la paciente presentaba signos clínicos característicos de escarlatina como fiebre, orofaringe congestiva, paladar con lesiones puntiformes, lengua en fresa, exantema micropapular generalizado. Por lo que se prescribe tratamiento con amoxicilina a dosis de 50 mg/kg/día con una duración de 10 días.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico de la autora se realizó en dos establecimientos de salud: un hospital de categoría III-1 y un centro de salud de categoría I-4 ambos pertenecientes al MINSA a la DIRIS de Lima Centro con una duración de tan solo 10 meses, esto debido al retraso en relación con la duración del año de internado médico que aún continúa a causa de la pandemia por COVID-19. Hoy por hoy, y a pesar de haber una disminución de casos por infección por SARS-COV-2, se continúa aplicando las medidas de bioseguridad para todo personal de la salud, sobre todo, para los internos, los cuales debían acudir con mascarilla N-95 y mandilón blanco, además de realizar las rotaciones por áreas no COVID, ya que todo paciente con indicación de hospitalización se requería de una prueba rápida o molecular negativa. Sin embargo y a pesar de ello, se identificaron casos positivos para COVID-19 dentro de los internos.

Por otro lado, debido a este mismo escenario de pandemia, no todos los servicios permitieron las rotaciones en tópico de emergencia y urgencias siendo este un eslabón indispensable en la formación médica, ya que es donde se aprende el manejo inicial de diferentes patologías.

A pesar de ello, y de todas las deficiencias que dejó esta pandemia, se llevó a cabo, el aprendizaje, el desarrollo, la resolución de problemas médicos y la adquisición de experiencias necesarias y enriquecedoras que contribuyeron a la formación académica de la autora, logrando unificar conocimientos teóricos y prácticos. Así mismo, la importancia del desarrollo personal y emocional obtenidos durante esta etapa de internado médico, habilidades fundamentales para la práctica médica profesional futura.

Por otro lado, resaltar la importancia de la atención primaria de la salud que busca reducir la carga laboral en los hospitales, además de enfocarse en la prevención y promoción de la salud. Práctica que prepara a los internos, futuros médicos cirujanos, a un correcto desenvolvimiento en el programa del servicio rural y urbano marginal de salud.

CONCLUSIONES

La experiencia del internado médico ha permitido integrar y reforzar los conocimientos teóricos adquiridos durante los años de estudios, llevándolos a la práctica médica con situaciones reales, desarrollando nuevas habilidades clínicas y aptitudes en los servicios rotados y así como también, en el primer nivel de atención en salud. Además, permitió a la autora tener la oportunidad de aprender, realizar y perfeccionar procedimientos médicos imprescindibles para la formación profesional.

La atención en el primer nivel de atención es una experiencia enriquecedora que destaca, no solo la importancia de la prevención y promoción de la salud, sino también, de la atención clínica ambulatoria con el objetivo de mantener y recuperar la salud en la población como parte fundamental de la formación académica de la autora.

La situación de emergencia que atravesó el país por la pandemia del coronavirus obligó a reformular las bases en las que se desarrollaba anteriormente el internado de medicina con el fin de superar cualquier deficiencia en la formación médica de los internos.

La experiencia del internado médico promueve una práctica médica llena de valores y de principios éticos para con el paciente, completando así, los cimientos para llegar a ser un profesional de prestigio.

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta la importancia del internado médico en la formación académica, es fundamental que la duración de esta etapa se modifique nuevamente a un año, con el fin de un mayor entrenamiento médico. A su vez, programar ponencias semanalmente para la discusión de casos clínicos reales pertenecientes al servicio en rotación y así compensar las irregularidades presentadas por la pandemia por COVID-19.

En relación con las funciones del interno, se recomienda que los establecimientos de salud den una inducción previa al inicio del internado médico. Y, asimismo, velar por que se respete el horario laboral establecido en los lineamientos para evitar sobre carga de trabajo administrativo para el interno.

A los futuros internos, aprovechar cada oportunidad de mejora que se presente en el camino sin descuidar la integridad del paciente y tener en cuenta que, al realizar un procedimiento, este debe estar supervisado y guiado por su tutor. Finalmente, *“Primum non nocere”*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fuentes DMS. Internado Médico en el Primer Nivel de Atención. Currículo y Manual del Interno [Internet]. 2021 jun. Disponible en: www.aspefam.org.pe/series.htm
2. Rivas A. DURANTE EL INTERNADO DE MEDICINA SE FORMAN LOS ASPECTOS ACADÉMICOS Y ÉTICO-MORALES [Internet]. Colegio Médico del Perú - Consejo Nacional. 2022 [citado el 19 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/durante-el-internado-de-medicina-se-forman-los-aspectos-academicos-y-etico-morales/>
3. Chinchay Ruesta SA, Burga AG, Peña-Sánchez ER. Internado médico: una difícil elección. Investig educ médica [Internet]. 2017 [citado el 19 de abril de 2023];6(21):65–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-internado-medico-una-dificil-eleccion-S2007505716300369>
4. Información institucional [Internet]. Gob.pe. [citado el 19 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hospitalloayza/institucional>
5. MINSA. Proyecto NTS No.021-MINSA/DGSP-V.02 “Categorías de Establecimiento del Sector Salud” [Internet]. Disponible en: https://socienee.com/wp-content/uploads/n_nacionales/nn24.pdf
6. Centro De Salud Materno Infantil Magdalena en Magdalena Del Mar [Internet]. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. Establecimientos de Salud MINSA; 2022 [citado el 19 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/lima-centro/centro-de-salud-materno-infantil-magdalena-magdalena-del-mar/>
7. MINSA. Directiva Administrativa No. 33J - MINSA/DIGEP “Para el desarrollo de actividades del internado en ciencias de la salud”. 2022.
8. Grilli MN, Zencich D, Mejías C, Macció J, Forestieri OÁ, Uranga A. Miomatosis uterina. Universidad Nacional de La Plata (UNLP); 2022.
9. Sepúlveda A J, Alarcón N MÁ. Manejo médico de la miomatosis uterina: Revisión de la literatura. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2016;81(1):48–55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262016000100009>
10. Ruiz-Sánchez E, Peinado-Rodenas J, Castillo-Cañadas AM. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. Ginecol Obstet Mex. 2017;85(09):611–33.
11. Viquez Viquez M, Chacón González C, Rivera Fumero S. Infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2020;5(5): e482. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31434/rms.v5i5.482>

12. López Oviedo P. Infección de vías urinarias en mujeres gestantes. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2021;6(12): e745. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31434/rms.v6i12.745>
13. Álave DCGD. Guía de Práctica Clínica para diagnóstico y tratamiento de infección del tracto urinario en adultos. 2020.
14. Ordoñez Cumbe, J. C., Calle Crespo, A. P., Vázquez Verdugo, M. P., Vicuña Yumbra, A. M., Sarmiento Franco. Colecistitis aguda y sus complicaciones locales en pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso. 2019; Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/16413
15. Guzmán Calderón E, Carrera-Acosta L, Aranzabal Durand S, Espinoza Rivera S, Trujillo Loli Y, Cruzalegui Gómez R, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la colelitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis en el Seguro Social del Perú (EsSalud). Rev Gastroenterol Peru [Internet]. 2022 [citado el 19 de abril de 2023];42(1):58. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292022000100058
16. Yegros Ortiz CD, Feltes Villalba SC, Duarte DB, Fretes Oviedo NE. Application of Tokyo criteria for the diagnosis of acute cholecystitis in the Adult Emergency Department of the Hospital Nacional, Itauguá. DEL NAC [Internet]. 2021;13(1):31–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18004/rdn2021.jun.01.031.040>
17. Fundación Instituto Nacional de Heridas. Tratamiento Integral Avanzado de la Úlcera Venosa [Internet]. 2019. Disponible en: <https://inheridas.cl/wp-content/uploads/2017/03/MuestraGuiaUlcerasVenosas.pdf>
18. Guardado-Bermudez NES-N. Revisión en úlceras venosas: Epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento actual. Revista Mexicana de Angiología [Internet]. 2019;47(1):26–38. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexang/an-2019/an191d.pdf>
19. González Solís S, Ramírez Gómez G, Umaña Madrigal A. Abordaje interdisciplinario de una persona con una úlcera venosa: Reporte de un caso clínico. Horiz enferm [Internet]. 2022 [citado el 19 de abril de 2023];142–50. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1367876>
20. Chuecas Jofre JA, Torres T, Cabezas G, Lara Hernández B. Hemorragia digestiva alta. ARS Medica [Internet]. 2019;44(3):24–34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v44i3.1356>
21. Vásquez-Quiroga J, Taype-Rondan A, Zafra-Tanaka JH, Arcana-López E, Cervera-Caballero L, Contreras-Turin J, et al. Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta en el Seguro Social del Perú (EsSalud). Rev Gastroenterol Peru [Internet]. 2018 [citado el 19 de abril de 2023];38(1):89–102. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292018000100015

22. Martínez Salinas GA, Figueroa Navarro PP, Toro Perez JI, García Carrasco C, Csendes Juhasz A. Conducta actual frente a la Hemorragia Digestiva Alta: Desde el diagnóstico al tratamiento. Rev Cirugia [Internet]. 2021 [citado el 19 de abril de 2023];73(6):728–43. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S2452-45492021000600728&script=sci_arttext
23. García-Iglesias P, Botargues J-M, Feu Caballé F, Villanueva Sánchez C, Calvet Calvo X, Brullet Benedi E, et al. Manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa: documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia. Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2017;40(5):363–74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.11.009>
24. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición 2019 [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.revistaalad.com/>
25. Kojdamanian Favetto V. Guía NICE 2022: actualización en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 en personas adultas. Evid actual pract ambul [Internet]. 2022;25(2): e007015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.51987/evidencia.v25i3.7015>
26. MINSA. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DIARREA AGUDA INFECCIOSA EN PACIENTE PEDIÁTRICO. 2022.
27. Reyes-Gómez U, Reyes-Hernández KL, Santos-Calderón LA. Enfermedad diarreica aguda en niños. Salud Quintana Roo. 2018;11(40):34–41.
28. Gastroenteritis aguda [Internet]. Pediatría integral. 2019 [citado el 19 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-10/gastroenteritis-aguda-2/>
29. Villamor Martín R, del Pozo Menéndez B. Escarlatina (v.2/2019). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea]. Consultado el dd-mmm-aaaa. Disponible en <http://www.guiia-abe.es>
30. Panchoo Arvind V., Saps Miguel, Rivera Rivera Edgardo D.. Scarlet fever associated with hepatitis in pediatrics. A case report. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2018 Ago. [citado 2023 Abr 19] ; 89(4): 521-524. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062018000400521&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018005000606>.
31. Drug and Therapeutics Bulletin. Managing scarlet fever. BMJ [Internet]. 2018;362: k3005. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k3005>

