



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA DEL INTERNADO EN PREPANDEMIA Y
PANDEMIA COVID-19 EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE
LURIGANCHO Y CENTRO DE SALUD SAN BARTOLO, 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

MARIA GUADALUPE ARRIOLA MALLQUI
CARLOS IVAN SAAVEDRA RETAMOSE

ASESOR

DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA

LIMA, PERÚ
2021



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA DEL INTERNADO EN
PREPANDEMIA Y PANDEMIA COVID-19 EN
EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO Y
CENTRO DE SALUD SAN BARTOLO, 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

**MARIA GUADALUPE ARRIOLA MALLQUI
CARLOS IVAN SAAVEDRA RETAMOSE**

ASESOR

DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. César Baltazar Mateo

Miembro: Mg. Óscar Otoyá Petit

Miembro: Mg. Antonio Lahoud Velaochaga

DEDICATORIA

Con todo mi cariño y amor a mis padres, quienes son mi motor y mayor inspiración, por su apoyo incondicional.

Maria Guadalupe Arriola Mallqui

A mis padres y hermana que me apoyaron incondicionalmente a lo largo de estos años.

Carlos Ivan Saavedra Retamose

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1. Medicina	2
1.2. Ginecología-obstetricia	7
1.3. Cirugía	12
1.4. Pediatría	17
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	23
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	27
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	30
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	35
FUENTES DE INFORMACIÓN	37
ANEXOS	39
1. Criterios de Ranson	40
2. Índice BISAP	41

3. Escala de Alvarado	42
4. Tratamiento para la Enfermedad por arañazo de gato	43

RESUMEN

El internado es la etapa más importante en la carrera de Medicina Humana, dado que es el último año del pregrado, el paso previo al ejercicio de la profesión. Es en esta etapa en la que se fortalece y practica todo lo aprendido a lo largo de estos años. Sin embargo, este sería un internado distinto por haber coincidido con la pandemia del Covid-19, el cual lo perjudicó en ciertos aspectos, así como también logró someter al sistema de salud peruano. Es por eso que deberían hacerse medidas correctivas en el internado, así como también en el sistema de salud.

Objetivo: describir las experiencias y competencias que se adquirieron en cada una de las rotaciones del internado médico en el Hospital San Juan de Lurigancho y Centro de Salud San Bartolo en el periodo enero 2020 – abril 2021.

Metodología: recopilación de información en base a evidencias y experiencias durante este periodo.

Conclusiones: el internado es la etapa más importante de la carrera de Medicina Humana porque permite al estudiante fortalecer los conocimientos teóricos y prácticos y ponerlos en práctica. Aunque realizarlo en plena pandemia por Covid-19 fue realmente un reto porque lo perjudicó mucho, así como también al sistema de salud peruano.

ABSTRACT

The internship is the most important stage of Human Medicine career because it is the last year of college, the step prior to the practice of the profession. It is at this stage that everything learned along these years is strengthened and practiced. However, this would be a different internship because it coincided with the Covid-19 pandemic, which damaged it in certain aspects, as well as it also managed to subdue the deficient Peruvian health system. That is why corrective actions should be taken in the internship, as well as in the health system.

Objective: to describe the experiences and skills that were acquired in each one of the different rotations of the Internship at Hospital San Juan de Lurigancho and Centro de Salud San Bartolo during the period January 2020 to April 2021.

Methodology: compilation of information based on evidence and experiences during this period.

Conclusions: the Internship is the most important stage of the Human Medicine career because it allows the student to strengthen theoretical and practical knowledge and put it into practice. Although, doing it in the middle of the Covid-19 pandemic was really a challenge because it damaged it a lot, as well as the Peruvian Health system.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo hace una recopilación de dos experiencias en el internado realizado en época de pandemia por el Covid-19, tanto en un hospital del segundo nivel, el Hospital San Juan de Lurigancho, como en un centro de salud del primer nivel, el Centro de Salud San Bartolo.

La inducción al internado hospitalario fue dada el 23 de diciembre de 2019 y fue brindada con el compromiso de cumplir estrictamente el reglamento de internado de Medicina Humana. Dentro del reglamento, se recalcó el fortalecimiento de las competencias como personas, mostrando buenos modales y buen trato al paciente, familiares, personal hospitalario; en general, toda persona que se encuentre en las instalaciones hospitalarias, sin olvidar el uso de la vestimenta adecuada y fotocheck de identificación en todo momento. Se hizo también un recorrido de las instalaciones hospitalarias con el fin de tener un panorama general de las áreas donde se desempeñarían las labores como internos. Es importante señalar que durante este proceso se solicitaron diferentes pruebas médicas, evaluación neumológica, carnet de vacunación, entre otros, como medida preventiva para la salud de los internos.

La pandemia frenaría el internado y se retomaría ocho meses después, esta vez en el primer nivel de atención, más específicamente en el Centro de Salud San Bartolo. La inducción consistiría en lo mismo: fortalecimiento de competencias, buen trato con empatía, vestimenta prolija y recorrido de

instalaciones; sin embargo, esta vez el internado se haría en situación de la complicada pandemia por el Covid-19, por lo que a la inducción se le agregaría una capacitación exhaustiva, la cual incluyó charlas educativas con tema de protección personal, además se brindarían equipos de protección personal y se recalcaría a todo momento el lavado de manos y distanciamiento social.

La importancia que tiene el internado para el médico es inmensa. En esta última etapa curricular de los estudios a nivel pregrado, el objetivo es reforzar y consolidar una correcta formación, así como fortalecer las competencias necesarias para el ejercicio profesional. Es un paso previo al ejercicio de la Medicina Humana, por eso esta etapa es fundamental y necesaria para familiarizarse con las distintas patologías, tanto en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, así como conocer la realidad nacional en lo que respecta a la epidemiología, enfermedades más prevalentes, etc., siempre sin descuidar la promoción y prevención. En conclusión, la importancia del internado médico radica en estar preparados de la mejor manera para ejercer esta carrera de la forma más profesional y responsable posible.

La pandemia logró que la situación nacional en el sector salud, que de por sí ya es deficiente, se vea totalmente avasallada, ya que se evidenciaron deficiencias en instalaciones hospitalarias, falta de equipamientos y tecnologías, etc. En sí, la pandemia colapsó al sistema de salud peruano, lo que será explicado más a detalle en el presente trabajo.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico es indispensable en la formación integral, ya que ayuda a consolidar aquellos conocimientos adquiridos a lo largo de la vida universitaria, permite aclarar muchas dudas, reconocer limitaciones, pero también aplicar por primera vez conocimientos, reafirmar destrezas clínicas y ganar experiencia en diferentes áreas. Ello permite al interno estar en contacto permanente con el paciente, lo que ahonda una gran responsabilidad como futuros médicos, con sentido ético y humanista, ya que aquí también se conoce la muerte, la fatiga física e incluso la frustración. Permite también conocer grandes maestros y crear nuevas amistades que marcarán el camino en el aprendizaje.

Por eso, el internado es definitivamente la etapa más importante por la consolidación de los conocimientos alcanzados que implica y ejecutarlos de la mejor manera en los subsiguientes años; por ello, es realmente fundamental sacar todo el provecho que se pueda.

Entonces, la importancia del internado radica en que, dado que se está a puertas de la titulación como médico cirujano y de ejercer la Medicina Humana, es esencial aprender lo máximo posible e integrar los conocimientos teóricos con los prácticos y poder aplicarlos en un escenario real; por ende, el otro aspecto a resaltar del internado médico es que da la oportunidad de conocer nuestra realidad nacional (no solo en el campo de la salud, sino

también económico, social, cultural, etc.), la cual es deficiente, y así poder estar preparado y enfrentar con las mejores capacidades los respectivos problemas de salud.

Conocer bien la realidad nacional permite familiarizarse con las patologías más importantes en el campo de manejo, esto permite poder actuar de la mejor manera en lo que respecta al diagnóstico, prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, siempre con principios y valores.

Dentro de los conocimientos aprendidos a lo largo del internado médico, se procede a compartir algunos casos clínicos correspondientes a las cuatro rotaciones, tanto en un hospital del segundo nivel como en un centro de salud del primer nivel:

1.1. Medicina

- En Centro de Salud San Bartolo: paciente de aproximadamente 23 años, quien es traído por serenazgo por aviso de familiar, por presentar desmayo, acompañado de pérdida de conocimiento, convulsiones y espuma blanca por la boca. Familiar refiere haber encontrado un sobre de veneno para ratas al lado del paciente.

Al llegar a consultorio de emergencia, se procede al examen físico exhaustivo y rápido por la premura que amerita este caso.

Funciones vitales:

PA: 130/80, FC: 140, sat: 96%

Examen físico:

Glasgow 7/15 (2 puntos en respuesta ocular, 2 puntos en respuesta verbal y 3 puntos en respuesta motora), miosis bilateral, fasciculación y presencia de secreción blanca espesa por cavidad oral.

Diagnóstico:

Intoxicación por órganos fosforados

Plan:

Se procede con la atención inmediata de la vía aérea, con aspiración y colocación de cánula binasal, y atropinización rápida 2 mg EV cada 2-4 min.

El paciente es referido a Hospital María Auxiliadora por no presentar mejoría, previamente se le toma prueba de Covid-19 por hisopado para decidir hospital de referencia, el cual sale (-).

- En Centro de Salud San Bartolo: paciente varón de aproximadamente 50 años, quien llega a emergencia refiriendo mareos y dolor de cabeza. Manifiesta ser paciente hipertenso desde hace 10 años, sin tratamiento hace 10 meses por no poder ir al hospital debido a la pandemia del Covid-19; asimismo, refiere que en el mismo tiempo no se ha preocupado en llevar una alimentación balanceada. No fuma ni toma.

Funciones vitales:

PA: 150/90, FC: 110, FR: 20, sat: 98%

Examen físico:

General: peso de 90 kg, talla de 1.7 m, IMC: 31.1 – obesidad, confuso.

Neurológico: LOTEP, Glasgow 15/15.

Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Diagnóstico:

Hipertensión arterial estadio I

Plan:

Se administra captopril VO y se le pide al paciente que espere sentado mientras la PA disminuye, este tiempo al cuidado de una técnica de enfermería que pueda avisar sobre cualquier eventualidad.

Al cabo de unos minutos, la PA disminuye, pero igual se le pide al paciente que espere dentro del centro de salud por precaución. Se volvieron a tomar las funciones vitales, las cuales se encontraban en rangos normales.

Ya más estable, se le receta enalapril VO y se le recomienda llevar estilos de vida saludables: bajar de peso, dieta DASH, no fumar, no beber alcohol. También, se explican signos de alarma.

- En Hospital San Juan de Lurigancho: paciente varón de 35 años que acude a la emergencia refiriendo que desde hace 1 día presenta dolor abdominal de inicio brusco, que fue incrementándose posterior a ingesta de comida copiosa, que inicia en epigastrio y se irradia hacia ambos lados de la espalda “en cinturón”, que empeora en decúbito supino, asociado a náuseas y vómitos y sensación de alza térmica.

Funciones vitales:

FC: 100, FR: 22, sat: 98%, T: 38.2°C

Examen físico:

General: aparente mal estado general, sudoroso.

Neurológico: LOTEP, Glasgow 15/15.

Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: blando/depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio y mesogastrio, RHA (-).

Genitourinario: adecuado para edad y sexo.

Locomotor: moviliza cuatro extremidades.

Diagnósticos presuntivos:

- Pancreatitis aguda
- D/C litiasis vesicular

Paciente es hospitalizado para manejo y se solicitan hemograma, amilasa, lipasa, úrea, creatinina, glucosa y una ecografía abdominal. Los resultados fueron los siguientes:

Hemograma:

- Hb: 16 mg/dl
- Hto: 43%
- Plaquetas: 255000/mm
- Leucocitos: 12200

Amilasa: 1050 U/L

Lipasa: 900 U/L

Úrea: 27 mg/dl

Creatinina: 0.7 mg/dl

Glucosa: 101 mg/dl

Ecografía abdominal: litiasis vesicular múltiple, sin signos de inflamación ni dilatación de vía biliar extrahepática. No líquido libre.

Diagnósticos definitivos:

- Pancreatitis aguda
- Cálculo de la vesícula biliar

Plan:

- NPO
- Vía salinizada
- Tramadol 50 mg + dimenhidrinato 50 mg EV cada 8 h
- Omeprazol 40 mg EV cada 24 h
- Metamizol 1.5 g EV PRN a T > 38.5°C
- Control de funciones vitales + balance hídrico

Paciente permanece 2 días en NPO, dolor disminuye y, al tercer día, se inicia tolerancia oral con líquidos claros.

Al conocer la etiología de la pancreatitis (litiasis vesicular), se realiza interconsulta con el servicio de Cirugía para manejo. Debido a la situación de emergencia nacional, el servicio de cirugía no realizaba cirugías electivas, por lo que se da de alta por el servicio de cirugía con la posibilidad de programación para fechas próximas o recomendación de acudir de forma particular a un establecimiento de salud para manejo quirúrgico de litiasis vesicular.

Paciente permanece 5 días en hospitalización, tolerando la vía oral a dieta blanda, por lo que se decide el alta médica, con las recomendaciones médicas.

- En Hospital San Juan de Lurigancho: paciente mujer de 42 años, quien acude a la emergencia refiriendo dolor tipo punzante en región precordial de 7 h de evolución. Manifiesta que el dolor se exacerba a la respiración y al toser y que se irradia hacia hombro

derecho, no fue desencadenado por ejercicio. Niega otras molestias.

Como antecedente, la paciente refiere que sufre de “ansiedad”, pero que no ha sido vista por un médico. Indica también reacción alérgica medicamentosa a la penicilina.

Funciones vitales:

PA: 110/70, FC: 82, FR: 22, sat: 98%, T: 36.4°C

Examen físico:

General: AREG.

Neurológico: LOTEP, Glasgow 15/15.

Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: blando/depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, RHA (+).

Genitourinario: PPL (-), PRU (-).

Locomotor: moviliza cuatro extremidades.

Otros: dolor a la digitopresión a nivel esternal, el cual se incrementa a la Maniobra de Valsalva.

Diagnósticos presuntivos:

- Costocondritis
- D/C infarto agudo de miocardio
- Ansiedad

Se solicitan electrocardiograma y troponina, los cuales arrojaron los siguientes resultados:

Electrocardiograma: rítmico, en ritmo sinusal, con frecuencia cardiaca de 84 latidos por minuto; onda P (+) en todas las derivaciones, excepto en aVR; complejo QRS estrecho con eje normal; intervalos PR de 0.15 segundos e intervalos QT normales; eje normal, sin alteraciones del segmento ST; sin otras alteraciones, ondas e intervalos normales; no se evidencian ondas Q patológicas.

Troponina I: 0.01 ng/mL

Se descarta entonces el diagnóstico de infarto agudo de miocardio.

Diagnóstico definitivo:

Costocondritis

Plan:

- AINEs
- Reposo
- Ejercicios de estiramiento
- Almohadilla térmica en área de dolor

Alta médica:

Ibuprofeno 400 mg VO cada 8 h por 3 días. Se sugiere consulta externa por el servicio de psiquiátrica por aparente cuadro ansioso.

1.2. Ginecología-obstetricia

- En Hospital San Juan de Lurigancho: paciente de aproximadamente 25 años, sexualmente activa, con 3 parejas sexuales en los últimos 6 meses sin uso de preservativo, que acude a consultorio de ginecología por presentar dolor suprapúbico, disuria y polaquiuria desde hace 10 días. Refiere que, por tal motivo, acude a posta de salud para realizarse un examen de orina, trayendo los resultados, los cuales son los siguientes: leucocitos 20-30/campo, nitritos (+), esterasa leucocitaria (+).

Funciones vitales:

PA: 110/70, FC: 90, FR: 20, sat: 98%

Examen físico:

General: AREG.

Neurológico: LOTEP, Glasgow 15/15.

Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: blando/depresible, levemente doloroso a la palpación en hipogastrio.

Genitourinario: PRU (-), PPL (-); TV: sin alteraciones;
especuloscopía: sin alteraciones, no presencia de flujo vaginal.

Diagnóstico:

ITU baja no complicada: cistitis no complicada

Plan:

De tratamiento, se da antibioticoterapia de primera línea:
nitrofurantoína VO por 5 días.

- En Hospital San Juan de Lurigancho: paciente de aproximadamente 40 años, G5P5005, en puerperio inmediato de 20 minutos post parto vaginal sin complicaciones y recién nacido de 39 semanas, quien presenta sangrado vaginal.

Funciones vitales:

PA: 90/60, FC: 120

Examen físico:

Abdomen: se palpa útero, encontrándosele blando, sobredistendido y por encima de la cicatriz umbilical.

Genitourinario: TV: presencia de abundantes loquios hemáticos.

Diagnóstico:

Atonía uterina

Plan:

El manejo consiste en masaje bimanual eficaz y retiro de coágulos, acompañado de oxitocina 10 UI EV, acompañado de misoprostol intrarrectal 800 ugr. Se logra frenar el sangrado y, así, estabilizar a la paciente.

- En Hospital San Juan de Lurigancho: primigesta (G1P0) de 27 años con embarazo de 10 semanas de gestación por FUR con peso de 76 kg, quien acude a emergencia por presentar náuseas y vómitos a predominio matutino. Niega fiebre, niega intolerancia oral. Refiere dieta alta en grasas y estrés emocional por asuntos familiares.

Examen físico:

Talla: 1.60 m, peso: 76 kg, IMC: 30

General: AREG.

Neurológico: LOTEP, Glasgow 15/15.

Piel y mucosas: tibia/hidratada/elástica, mucosas hidratadas.

Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: blando/depresible, no doloroso a la palpación. Altura uterina se palpa a nivel de sínfisis del pubis.

Genitourinario: PPL (-).

Diagnósticos:

- Náuseas y vómitos
- D/C ITU

Se solicitan los siguientes exámenes: hemograma, glucosa, creatinina, examen completo de orina, así como ecografía obstétrica TV. Los resultados fueron los siguientes:

Hemograma:

- Hb: 12 mg/dl
- Hto: 37%
- VCM: 90
- Linfocitos: 3200

Glucosa: 80 mg/dl

Creatinina: 0.8 mg/dl

Examen completo de orina:

- pH: 6.5
- Densidad: 1030
- Proteínas: (-)
- Glucosa: (-)
- Cuerpos cetónicos: (-)
- Nitritos: (-)
- Leucocitos: 0-1/campo
- Cilindros hialinos: 0-1/campo

Ecografía obstétrica TV: útero aumentado de tamaño de aspecto globuloso; cavidad endometrial ocupada por imagen redondeada, anecogénica, compatible con saco gestacional, normoinsero, observándose embrión en su interior. LCF: 156, edad gestacional: 10 semanas con 4 días.

Plan:

Se decide manejo higiénico-dietético, cambios en el estilo de vida y continuar con suplementación de ácido fólico 5 mg/d.

Posterior a dos semanas, acude nuevamente a emergencia por malestar general, persistir con náuseas y vómitos a predominio diurno y nocturno, con pérdida del 7% de su peso habitual, no tolera la vía oral a sólidos y tolera poco los líquidos. Niega otras molestias. Se decide su hospitalización para manejo.

Examen físico:

General: AREG, aparente mal estado de nutricional, mal estado de hidratación.

Piel y mucosas: tibia, poco hidratada, elasticidad disminuida.

Resto del examen normal.

Antecedentes personales: niega.

Antecedentes familiares: padre con diabetes mellitus y hermana con hiperémesis gravídica.

Antecedentes quirúrgicos: niega.

Antecedentes obstétricos: G1P0, FUR: 20/01/20, menarquia: 14 años.

Exámenes de laboratorio:

- Densidad urinaria aumentada
- Cetonuria
- Nitrógeno ureico elevado
- Hematocrito elevado
- Acidosis metabólica, electrolitos séricos disminuidos (Na, K, Cl)
- Transaminasas y bilirrubina total elevadas

Diagnóstico definitivo:

Hiperémesis gravídica (con trastorno metabólico moderado)

Plan:

- NPO por 24 – 48 h
- Vía endovenosa permeable
- NaCl 0.9% por 1000 ml: 1000 ml a goteo rápido en la primera hora, luego a 35 gotas por min

- Dimenhidrinato 50 mg EV cada 8 h
 - Tiamina 100 mg EV cada 24 h por 3 d
 - Ranitidina 50 mg EV cada 8 h
 - Control de funciones vitales
 - Monitoreo materno fetal
 - Sonda Foley con bolsa colectora y cuantificación de diuresis horaria
- En Hospital San Juan de Lurigancho: paciente mujer de 30 años, gestante de 12 semanas, quien acude al servicio de emergencia refiriendo sangrado vaginal escaso desde hace 8 horas, acompañado de leve dolor abdominal tipo contracción. Niega otras molestias.

Funciones vitales:

PA: 120/70, FC: 86, FR: 21, sat: 98%, T: 38°C

Antecedentes obstétricos: menarquia a los 13 años, G3P1011 (aborto espontaneo hace 2 años), régimen catamenial regular.

Examen físico:

Abdomen: dolor en hipogastrio a la palpación.

Genitourinario: TV: genitales externos sin lesiones aparentes, de apariencia normal; cuello uterino central, blando, largo y cerrado; útero en anteversión; especuloscopia: escasos restos sanguíneos en canal vaginal, no se visualiza sangrado activo.

Se solicita ecografía TV y β HCG cuantitativo, arrojando los siguientes resultados:

Ecografía TV: endometrio engrosado, gestación única e intrauterina, LCF presentes, edad gestacional de 12 semanas con 3 días.

β HCG cuantitativo: 24 100 mUI/ml

Diagnóstico:

Amenaza de aborto

Plan:

Alta médica más manejo expectante, consistente con lo siguiente:

- Reposo absoluto

- Antiespasmódicos (hioscina)
- Abstinencia sexual
- Controles periódicos
- Nueva ecografía en 5 días
- Se explican signos de alarma

1.3. Cirugía

- En Centro de Salud San Bartolo: paciente de aproximadamente 20 años, quien llega a consultorio de emergencia refiriendo herida por mordedura de perro en pómulo izquierdo de hace 20 minutos, acompañada de dolor en la misma zona. Refiere también que el animal no manifestaba síntomas o sospecha de rabia.

Funciones vitales:

PA: 120/80, FC: 88, FR: 20, sat: 98%

Examen físico:

Se procede a explorar la herida: herida superficial de 3 cm aprox. sin bordes desvitalizados, en región malar izquierda a 3 cm por debajo la órbita, sin presencia de sangrado activo, se evidencian rasgos de tierra (suciedad) en zona afectada, tanto fuera como dentro de la herida. Además, dolor a la exploración de la herida.

Diagnóstico:

Herida sucia por mordedura de perro

Plan:

se pasa a lavar la herida con suero fisiológico y jabón. Seguidamente, aplicación de anestesia local con lidocaína al 1% sin epinefrina; una vez haga efecto el anestésico, sutura primaria con puntos simples y, finalizando, se cubre con gasa. Se le indica al paciente que debe regresar en 7-10 días para el retiro de puntos y seguidamente, se inicia profilaxis con dosis de vacuna antirrábica los días 0 y 3 y se le pide al paciente que realice control y monitoreo del animal agresor (seguimiento del perro por 10 días), más vacuna antitetánica y antibioticoterapia, correspondiente a amoxicilina – ácido clavulánico.

El paciente regresa a posta médica luego de 10 días para el retiro de puntos y habiendo finalizado el control del animal, manifestando que el perro se encuentra sano. Se procede a suspender la profilaxis de la vacuna.

- En Centro de Salud San Bartolo: paciente de aproximadamente 18 años llega a consultorio externo por presentar dolor en primer dedo del pie izquierdo, tanto al caminar como al reposo. No refiere más molestias.

Funciones vitales:

PA: 120/80, FC: 78, FR: 19, sat: 98%

Examen físico:

Se evidencia uña del primer dedo del pie izquierdo encarnada; asimismo, dolor a la palpación y movilización del mismo dedo.

Diagnóstico:

Uña encarnada

Plan:

Se le menciona al paciente que el procedimiento a realizar es la onicectomía y se le explica en qué consiste. Se le pregunta si está de acuerdo y el paciente acepta.

Se lava con povidona yodada de adentro a afuera y se colocan los campos estériles, aplicación de anestesia al 2% sin epinefrina en cada lado del dedo y en la base del dedo. Una vez que se encuentre anestesiado, se coloca la sonda acanalada entre la uña y el lecho ungueal y se empieza a levantar la uña encarnada, luego se corta con tijeras a los lados y se extirpa totalmente la uña. Finalmente, se comprime la zona afectada, se lava nuevamente y se cubre con gasa, ligeramente compresiva. Se da paracetamol condicional a dolor.

- En Hospital San Juan de Lurigancho: paciente mujer de 27 años que refiere intenso dolor a nivel de mesogastrio que migra a fosa iliaca derecha de 9 horas de evolución y que no cede con analgésicos, además se acompaña de hiporexia, náuseas y vómitos. Hace 2 horas, se añade fiebre, por lo que acude a emergencia.

Antecedente quirúrgico: cesárea hace 2 años por pelvis estrecha. Niega más antecedentes.

Funciones vitales:

PA: 120/70, FC: 86, FR: 21, sat: 98%, T: 38°C

Examen físico:

General: aparente mal estado general.

Neurológico: LOTEP, Glasgow 15/15.

Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: blando/depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en mesogastrio, Murphy (+), Rovsing (+), Blumberg (-).

Genitourinario: PPL (-), PRU (-).

Locomotor: moviliza cuatro extremidades.

Diagnósticos presuntivos:

- D/C apendicitis aguda
- D/C patología ginecológica

Se solicitan hemograma, PCR, ecografía abdominal y β HCG.

Ante una paciente mujer en edad fértil, se deben descartar patologías ginecológicas, por lo que se solicita interconsulta a Ginecología (con resultados de β HCG).

Los resultados de los exámenes son los siguientes:

Hemograma:

- Leucocitosis con desviación izquierda

PCR: (+)

β HCG: (-)

Ecografía abdominal: apéndice con diámetro de espesor de pared doble – 8 mm, evidencia de dolor sobre zona del apéndice con compresión, leve cantidad de líquido en cuadrante inferior derecho.

Interconsulta Ginecología: con resultado de β HCG (-), se descarta posible embarazo ectópico. Al examen ginecológico, se descarta posibilidad de enfermedad pélvica inflamatoria (se

encuentran útero y anexos normales). Se sugiere manejo por el servicio de cirugía.

Diagnóstico definitivo:

Apendicitis Aguda

Plan:

Se prepara al paciente para apendicetomía.

- En Hospital San Juan de Lurigancho: paciente varón de 78 años, quien acude a emergencia refiriendo que sufre caída sobre su brazo derecho mientras se duchaba, lo que le produce dolor intenso a nivel de hombro derecho, el cual es irradiado hacia el cuello, acompañado de limitación funcional y deformidad de miembro superior derecho a nivel de hombro. Antecedentes: hipertensión arterial en tratamiento con enalapril.

Funciones vitales:

PA: 130/80, FC: 80, FR: 19, sat: 98%, T: 37°C

Examen físico:

General: AREG.

Neurológico: LOTEP, Glasgow 15/15.

Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: blando/depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

Genitourinario: PPL (-), PRU (-).

Locomotor: limitación funcional de miembro superior derecho, evidencia de deformidad a nivel glenohumeral, signo de la Charretera presente.

Diagnóstico:

Luxación glenohumeral

Plan:

Diclofenaco 75 mg IM STAT.

Se solicita radiografía de miembro superior derecho, en la que se observa cabeza humeral desplazada hacia adelante,

perdiendo contacto con la cavidad glenoidea, con una pérdida de la articulación. No se evidencia trazo de fractura.

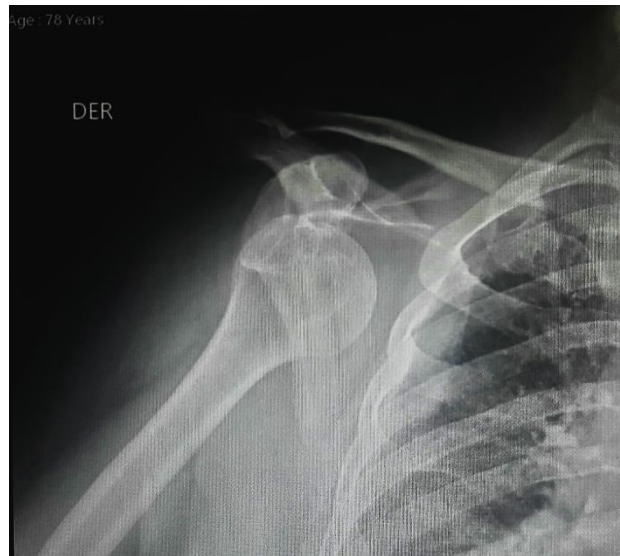


Foto propia tomada en el Servicio de Cirugía del Hospital San Juan de Lurigancho

Para el manejo, se decide realizar la Maniobra de Kocher; una vez realizada, se coloca cabestrillo por aproximadamente 4 semanas. Se realiza radiografía de control post maniobra para verificar posicionamiento adecuado.

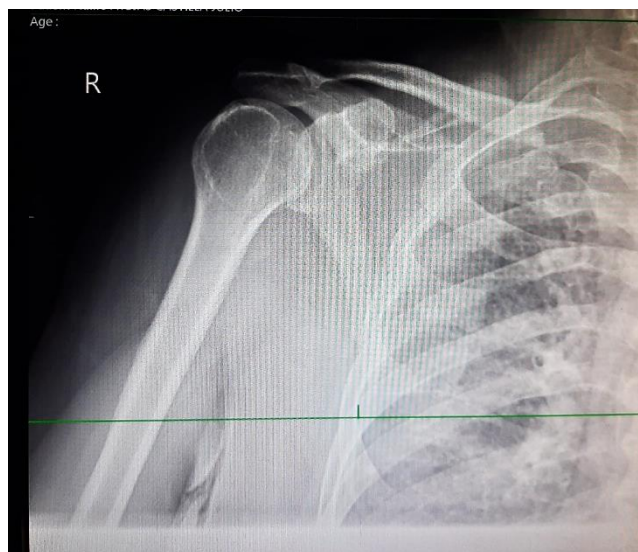


Foto propia tomada en el Servicio de Cirugía del Hospital San Juan de Lurigancho

1.4. Pediatría

- En Centro de Salud San Bartolo: paciente de 3 años traído a consulta por su madre, quien cría aves en su casa, refiere que su hijo presenta desde hace 5 días aumento en la cantidad de deposiciones, llegando a tener incluso más de 5-6 veces por día, con disminución de la consistencia y con rasgos de sangre (muestra foto de las heces), acompañado de irritabilidad y aumento de la sed. Su último peso, que fue hace aproximadamente 1 mes, fue de 14 kg.

Examen físico:

General: peso de 13 kg (1 kg menos), irritable.

Neurológico: LOTEPE, Glasgow 15/15.

Piel y mucosas: ojos hundidos, signo del pliegue de 1 segundo y mucosas secas.

Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: blando/depresible, no doloroso a la palpación, RHA (+).

Genitourinario: diferido.

Locomotor: moviliza cuatro extremidades.

Diagnósticos:

- Diarrea aguda disintérica (más seguramente por c. jejuni)
- Deshidratación moderada (leve – moderada)

Plan:

El tratamiento consiste en SRO VO en posta de salud y continuar con hidratación en casa, más alimentación habitual.

Se explican signos de alarma.

- En Centro de Salud San Bartolo: paciente de aproximadamente 7 años traído por madre a consulta por presentar desde hace 3 días fiebre cuantificada de 38°C que cede a los medios físicos, pero que vuelve a incrementarse a las horas. El último día, no

cedió a los medios físicos, razón por la que lo trae a centro de salud. Refiere que no ha presentado diarrea ni tos.

Funciones vitales:

PA: 120/80, FC: 90, FR: 20, sat: 98%, T: 38.1°C

Examen físico:

General: AREG.

Neurológico: LOPEP, Glasgow 15/15.

Piel y mucosas: exudado faríngeo.

Respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: blando/depresible, no doloroso, RHA (+).

Diagnóstico:

Faringitis aguda

Plan:

El tratamiento consiste en sintomático con paracetamol y antibioticoterapia con amoxicilina 50 mg/kg/d por 10 días para evitar complicaciones y se recomienda seguir con medios físicos para bajar la fiebre. Se explican signos de alarma.

- En Hospital San Juan de Lurigancho: niño de 18 meses de edad es traído por su madre, quien refiere que, desde hace 2 días, su hijo presenta malestar general, secreción nasal, tos y temperatura de 38.6°C. Niega vómitos, niega diarrea.

Funciones vitales:

FR: 30, FC: 130, sat: 98%, T: 39°C

Examen físico:

General: peso de 11 kg y talla de 79 cm.

Neurológico: despierto, con tendencia al sueño.

Piel y mucosas: piel caliente

Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos regulares, taquicárdicos.

Abdomen: globuloso, RHA (+).

Genitourinario: adecuado para edad y sexo.

Locomotor: movimientos activos y pasivos presentes al despertarlo.

Posterior al examen físico, paciente presenta mirada fija y convulsiones tónico-clónicas generalizadas, por lo cual es llevado al área de observación.

Manejo en observación:

- Se evalúa tiempo de inicio de convulsión.
- Se mantiene vía aérea permeable, vigilando función cardiorrespiratoria.
- Se coloca en posición de seguridad, decúbito lateral.
- Uso de medios físicos para bajar temperatura: toallas húmedas.
- Se canaliza vía periférica.

Cerca a los 10 minutos de no ceder las convulsiones:

- 1 mg intrarrectal de diazepam, ya que no se logró canalizar vía periférica.
- 2 minutos más tarde, la convulsión cede con recuperación progresiva de la consciencia.
- Se queda en observación, donde se realiza una historia clínica más detallada.
- Se intenta determinar el foco de la fiebre.

Antecedentes personales fisiológicos:

- Antecedentes prenatales: G3P2012, n° de gestación: 3, CPN: 5.
- Intercurrencias de la madre: infección urinaria en primer trimestre.
- Medicaciones de la madre: niega.
- Hábitos nocivos: niega.

Parto:

- Edad gestacional: 40 semanas con 1 día.
- Tipo de parto: eutócico.

Antecedentes natales:

- Peso: 3.480 kg, talla: 50 cm, APGAR 9-9.
- Antecedentes post natales: niega.

- Lactancia materna: exclusiva hasta los 6 meses.
- Ablactancia: 6 meses.
- Inmunizaciones: completas de acuerdo con calendario de vacunación.
- Desarrollo psicomotor: adecuado.

Antecedentes personales patológicos:

- Enfermedades anteriores: convulsión febril hace 1 año.
- Intervenciones quirúrgicas: niega.
- Alergias: niega.
- Transfusiones: niega.
- Epidemiológicos: niega.
- Reacción alérgica medicamentosa: niega.
- Hospitalizaciones anteriores: niega.

Antecedentes familiares:

- Padre: hipertensión arterial.
- Madre: niega.
- Hermanos: hermana desde hace 1 día con fiebre.
- Otros: abuela con congestión nasal y tos.

Se mantiene en observación durante 24 horas, en el cual el episodio de convulsión no se repite. Se define como un foco infeccioso viral. Se da de alta con paracetamol 6 ml cada 6 h por 3 d. Se indican signos de alarma.

- En Hospital San Juan de Lurigancho: paciente mujer de 13 años que es traída por su madre a la emergencia, quien refiere que hace 2 días presenta malestar general, fiebre de 39°C y aparición de una masa en región submaxilar derecha.

Como antecedente, la paciente refiere que hace aproximadamente 1 semana, su mascota (gato) la arañó en la mejilla derecha, presentándose una lesión pustulosa que trataron con agua y jabón. Niega otras molestias.

Funciones vitales:

FC: 74, FR: 18, sat: 98%, T: 38°C

Examen físico:

Neurológico: despierta, orientada.

Piel y mucosas: adenopatía submaxilar derecha de 4x6 cm de diámetro, dolorosa a la apertura de la boca, bien delimitada con leve eritema de piel, poco móvil.

Pulmonar: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: blando/depresible, no doloroso a la palpación.

Diagnósticos presuntivos:

- Absceso submaxilar
- D/C Enfermedad por arañazo de gato

Se solicita inmunofluorescencia indirecta (IFI) IgM e IgG contra bartonella henselae y se hospitaliza para ampliación de estudios y manejo. También, se solicita se solicita VSG, la cual arroja resultado de 37 mm/h.

Ecografía cervical: adenopatías en conglomerado localizadas en región supraclavicular derecha, sin presencia de abscesos.

Se realiza punción aspiración por aguja fina (PAAF): granulomas no necrosantes.

Radiografía de tórax: normal

Ecografía abdominal: normal

Resultado de IFI: IgM positivo 33 U

Se realiza interconsulta a Cirugía de cabeza y cuello para evaluación y, como respuesta, se sugiere manejo médico, no quirúrgico.

Debido a que no hay evidencia de compromiso de órganos, hay evolución autolimitada y, de considerarse con resolución gradual de los síntomas, se sugiere terapia antibiótica específica con el fin de prevenir complicaciones graves. Se procede a dar tratamiento para linfadenitis:

- Azitromicina 10 mg/kg VO el día 1.
- Azitromicina 5 mg/kg VO durante los cuatro días posteriores.

Se sugiere evaluación posterior a 2 semanas del alta médica.

Aproximadamente 15 días después del alta, paciente regresa

para evaluación, donde se evidencia disminución de volumen de adenopatía submaxilar derecha y remisión total de los síntomas.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital San Juan de Lurigancho se encuentra ubicado en el distrito de San Juan de Lurigancho, el mismo cuenta con una capacidad resolutive de mediana complejidad, nivel II-2, perteneciendo a la jurisdicción de la Lima DIRIS ESTE¹.

En su estructura orgánica, cuenta con:

1. Consulta externa
2. Hospitalización
3. Medicina
4. Cirugía
5. Anestesiología y centro quirúrgico
6. Pediatría
7. Ginecología-obstetricia
8. Odontología
9. Psicología
10. Enfermería
11. Nutrición y dietética
12. Emergencia
13. Farmacia
14. Apoyo al diagnóstico

15. Apoyo al tratamiento

16. Estrategias sanitarias

Se encuentra ubicado en la Av. Canto Grande S/N en el distrito de San Juan de Lurigancho, al noreste de la Provincia de Lima, en el Departamento de Lima. Este hospital es el único hospital del Ministerio de Salud en el distrito y es considerado el de mayor población, sobrepasando el millón de habitantes. Tiene como población objetivo a toda la población de San Juan de Lurigancho, la cual llega a 1142319 habitantes. La población menor de 5 años representa el 8.53%, la población menor de 15 años concentra 24.92%, la población adulto joven 19.11% y los adultos mayores 5.97%².

Es un establecimiento con edificación de material noble en la mayor parte de la construcción y parte de su edificación antigua presenta una alta vulnerabilidad ante eventualidades sísmicas, aunque poco a poco se fueron dando modificaciones y adecuaciones de ambientes con material prefabricado y estructuras metálicas. El área total actual del Hospital San Juan de Lurigancho es de 10500 m², el área construida es de 6679 m² y el área libre es de 3321 m²; además, cuenta con un almacén especializado para medicamentos y dos almacenes acondicionados que cumplen los criterios de acuerdo a las normas establecidas por la DIGEMID³.

El distrito requiere que este hospital sea de nivel III-1 y, siendo la infraestructura una problemática, está en proyecto ampliar la capacidad resolutive y el equipamiento necesario para atender la demanda del distrito más poblado a nivel nacional, para ello se viene realizando diversas gestiones. El hospital ha ampliado su cobertura, optimizando la cartera de servicios, contando con profesionales competentes y capacitados, ofertando especialidades como: Traumatología; Oftalmología; Cardiología; Oncología; Gastroenterología; Urología; Neurología; Neumología; Medicina Física y Rehabilitación; Psiquiatría; Otorrinolaringología y otros. Esto como respuesta a la demanda de pacientes².

Por otro lado, el Centro de Salud San Bartolo es un establecimiento de nivel I-3 que está ubicado en la Av. San Bartolo Mz. A Lt. 1 y Av. El Golf S/N – San Bartolo, Provincia de Lima, Departamento de Lima, cuya red es Lima DIRIS

SUR – Villa El Salvador – Lurín – Pachacámac – Pucusana, aunque más específicamente perteneciente a la jurisdicción de Lima DIRIS SUR Balnearios, la cual incluye a los distritos de Punta Hermosa, Punta Negra, San Bartolo, Santa María del Mar y Pucusana. La población objetivo es la población de San Bartolo.

El establecimiento cuenta con:

1. Consultorio para patologías menores
2. Consultorio de emergencia
3. Enfermería
4. Consultorio de obstetricia
5. Sala de parto con internamiento de corta estancia
6. Psicología
7. Nutrición
8. Laboratorio
9. Odontología
10. Farmacia
11. Ambulancia
12. Zona Covid-19

Asimismo, tiene a cargo los siguientes programas:

1. Programa de Control de Tuberculosis
2. Programa de Control de Anemia
3. Inmunizaciones (vacunas)
4. CRED

Los hospitales de referencia son el Hospital de Villa El Salvador para pacientes Covid-19 (+) y el Hospital María Auxiliadora para pacientes Covid-19 (-) y son referidos aquellos pacientes que requieran de procedimientos quirúrgicos, pacientes con patologías cuya sintomatología no remita con el tratamiento dado o que requieran tratamientos más especializados, embarazos o partos que puedan complicarse, y pacientes Covid-19 (+) que no mejoren con el tratamiento, necesiten de oxígeno o cama UCI.

La situación con la pandemia modificó mucho la realización del internado. Evidentemente, se incrementaron las medidas de bioseguridad que tal vez antes no se tomaban en cuenta a cabalidad, tales como el uso de EPPs, distanciamiento social con relación a los pacientes atendidos y capacitaciones realizadas. Otra gran diferencia fue la disminución de horas del internado, lo que podría verse de dos maneras: ventajoso por dar más tiempo de estudio para el ENAM, y desventajoso porque, al pasar menos tiempo en el establecimiento correspondiente, se reduce la cantidad de casos que se podrían atender y aprender al mismo tiempo.

Sin embargo, lo más importante es que se evidenció lo frágil que se encuentra el sistema de salud nacional. Los establecimientos se vieron colapsados por las grandes deficiencias que hay en instalaciones, tecnología, equipamientos, escasez de camas, falta de personal, y un primer nivel con mínima inversión. En síntesis, el sector salud se vio colapsado.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Respecto al paciente diagnosticado con intoxicación por órganos fosforados, el tratamiento se rigió de acuerdo a la norma técnica⁴, que indica prioritariamente las medidas iniciales de soporte con la atención inmediata de la vía aérea (en este caso, con la colocación de la cánula binasal) y el manejo de las secreciones con aspiración constante, así como también la administración concomitante de atropina EV. La atropina es la droga de elección en casos como este, con una posología de 2-6 mg EV cada 2 a 30 min en adultos y de 0.05-0.1 mg/kg cada 2 a 30 min en niños.

En relación al paciente diagnosticado con hipertensión arterial estadio I, el manejo se hizo de acuerdo a la norma técnica⁵, que manifiesta que, si el paciente tiene menos de 3 factores de riesgo cardiovascular e hipertensión estadio I, se debe iniciar tratamiento farmacológico con un IECA (enalapril) e incentivar estilos de vida saludables (por ejemplo, dieta, ejercicio, etc.),

Respecto al paciente diagnosticado con pancreatitis, dentro de la evaluación usual en el servicio de hospitalización, se aplican los Criterios de Ranson (ver anexo 1) para predecir la gravedad de la enfermedad, el cual se hace en dos momentos: al ingreso y durante las primeras 48 horas. Los Criterios de Ranson constan de 11 parámetros: 5 al momento del ingreso y 6 a las 48 horas y tiene como desventaja que requiere 48 horas para ser completado. En general, un indicador de Ranson menor a 3 tiene una mortalidad de 0-3%,

mayor o igual a 3 tiene una mortalidad de 11-15% y mayor o igual a 6 con una mortalidad de 40%⁶. Por otro lado, también es usual el uso del indicador BISAP (ver anexo 2), el cual es un score utilizado en pancreatitis aguda que fue validado para mortalidad y severidad, y podría ayudar a predecir la estancia hospitalaria, la necesidad de UCI y la necesidad temprana de intervención⁶.

Respecto a la paciente diagnosticada con ITU baja, el tratamiento se rigió de acuerdo a la norma técnica⁷, que señala una antibioticoterapia de primera línea para cistitis no complicadas con nitrofurantoína 50-100 mg cada 6 h por 7 días.

Respecto a la paciente diagnosticada con atonía uterina, el tratamiento se rigió de acuerdo a la norma técnica⁸, que señala un manejo que consiste en masaje externo, instalar vía endovenosa con NaCl 0.9% 1000 cc con oxitocina 10 UI y aplicar misoprostol 800 ugr sublingual o intrarrectal diluida.

Respecto al paciente diagnosticado con mordedura de perro, el manejo se siguió de acuerdo a la norma técnica⁹, que indica que en caso de exposición grave por mordedura o arañazo por animales – perro o gato – sin síntomas o sospecha de rabia, cuya lesión sea en cara (el caso del paciente), cabeza, cuello, genitales, pulpejo de dedos de manos y pies, lesiones desgarradas, profundas o múltiples, se debe hacer control por 10 días del perro o gato, no se debe aplicar suero y sí profilaxis con dos dosis de vacuna antirrábica los días 0 y 3, la cual se debe suspender si el animal se encuentra sano al término de la observación; en cambio, si no es posible terminar el control (animal huido o muerto) o hay sospecha de clínica de rabia, se debe completar el esquema con vacuna antirrábica los días 7, 14 y 28 y aplicar suero antirrábico humano hasta antes de aplicar la tercera dosis o séptimo día de iniciada la vacunación y completar la vacunación. Asimismo, sutura primaria por encontrarse la herida en cara, más antibioticoterapia con amoxicilina – ácido clavulánico.

Respecto al paciente diagnosticado con uña encarnada, la norma técnica¹⁰ considera a la onicectomía como una cirugía menor posible a realizarse en un centro de salud, la cual también es realizada según guía de práctica clínica.

Con relación al diagnóstico de apendicitis aguda en el Hospital de San Juan de Lurigancho, es basado en la clínica y diagnóstico por imágenes; sin embargo, la puntuación de Alvarado (ver anexo 3) se puede utilizar para identificar a los pacientes con una probabilidad muy baja de apendicitis aguda con el fin de triaje¹¹. Los pacientes con puntuación alta de Alvarado deben ser evaluados más a fondo con imágenes antes del tratamiento¹².

Para el paciente pediátrico diagnosticado con diarrea aguda disintérica más deshidratación moderada, de acuerdo a la norma técnica¹³, el plan de tratamiento que le corresponde es el Plan B por los signos presentes (por ejemplo, irritabilidad, signo del pliegue que desaparece lentamente < 2 segundos, etc.). El Plan B consiste en dar solución de SRO VO a libre demanda, como mínimo administrar 50-100 ml/kg en 3-4 h, y no interrumpir la alimentación habitual durante la diarrea. Asimismo, se deben explicar los signos de alarma a los padres para que sepan actuar ante cualquier eventualidad. Se evidencia entonces que se actuó de acuerdo a la guía de práctica clínica correspondiente.

Respecto al paciente pediátrico diagnosticado con faringitis, el tratamiento consistió en paracetamol y amoxicilina, lo cual va de acuerdo a la guía de práctica clínica¹⁴ de esta patología.

Respecto a la Enfermedad por arañazo de gato limitada a linfadenitis, tiene resolución gradual con respecto a los síntomas sin terapia antibiótica, pero lo que se quiere lograr es prevenir complicaciones graves que puedan afectar otros órganos, por lo que se prefiere la terapia antibiótica. Se cuenta con un régimen preferido y un régimen alternativo^{15, 16} (ver anexo 4).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

En el caso de completar el internado en el mismo hospital de inicio, fue una experiencia totalmente diferente a la actual rotación a pesar de continuar en el mismo establecimiento. La situación actual modificó muchos aspectos, como en la nueva distribución del hospital, usando así el espacio de la emergencia debido a la necesidad de tener un espacio aislado para el manejo de pacientes Covid-19 (+), hasta camas de hospitalización del servicio de medicina para poder darse abasto.

Se establecieron requisitos mínimos para la reanudación progresiva de las actividades, dentro de la cual se produjeron muchos cambios mientras esté vigente la emergencia sanitaria, como por ejemplo la reducción de días y horas laborales:

- Pre-pandemia:
 - Lunes – domingo de 7 am – 4 pm + guardias nocturnas (8 al mes).
- Pandemia:
 - Lunes – sábado 7 am – 1 pm por 15 días de asistencia continua de cada mes + guardias diurnas (2 al mes), el resto de los 15 días de descanso.

Además, había más énfasis en las medidas de protección como el distanciamiento social, menos aforo del hospital, menos ingreso a cirugías o

visitas hospitalarias, lo cual fue realmente una gran desventaja porque se dejaba de aprender o practicar, incluso peor estando a puertas de la graduación como médicos cirujanos.

En el caso de haber iniciado el internado en un hospital y terminar en una posta fue sin lugar a dudas un cambio más rotundo, no solo por el contraste de establecimientos, sino también por cómo una pandemia, una situación tan crítica, logró desnudar las grandes deficiencias que tiene el sector salud.

La primera rotación de Gineco-obstetricia inició como era de esperarse, ya que los 3 últimos años de la carrera, los cuales son en hospitales, te preparan para desenvolverte en el ambiente hospitalario. Se refuerzan los conceptos teóricos aprendidos en la universidad por la cantidad de casos que se ven a diario, tanto en el día como en las guardias; asimismo, se practican diferentes procedimientos de mucha importancia, tales como AMEUs, atención de partos, etc. y procedimientos quirúrgicos como cesáreas, atonías uterinas, etc. Estar familiarizado con todo ello es sumamente importante para formar profesionales con un conocimiento amplio de las diferentes patologías (teoría y práctica) y saber cómo manejarse en el sector salud cuando ya se sea un médico cirujano titulado. Tal vez, la mayor dificultad de esta primera rotación hospitalaria haya sido el acostumbrarse a la importante cantidad de horas que demanda e invertir el poco tiempo restante a poder estudiar en la preparación del ENAM. La pandemia llegaría y el internado se vería interrumpido, justo al finalizar la primera rotación, para retomarse meses después en una realidad diferente, en un centro de salud.

Las restantes rotaciones fueron en centro de salud, siendo la primera, Medicina. Ya en época de pandemia, las cosas serían diferentes: EPPs, cuidados extras que tal vez antes se pasaban por alto, distanciamiento social, etc. Otra diferencia sería conocer la gran diferencia que existen entre un establecimiento y el otro; en este caso en lo que respecta al centro de salud, falta de oxígeno, material noble en algunas instalaciones, escasez de medicamentos, falta de equipo de radiografía o de algunos reactivos de laboratorio, dificultad y retraso en referencias al hospital correspondiente por temas administrativos, etc., solo quedaba adaptarse. Sin embargo, la mayor

diferencia tal vez sea lo distintas que son las patologías tratadas en comparación con un hospital: en un centro de salud, se ven patologías menos complejas, pero más frecuentes en la comunidad, lo que te da un alcance a conocer mejor la realidad nacional y empaparte con la epidemiología, el diagnóstico y el tratamiento de las mismas, aspectos que tal vez se pierdan en un hospital, donde generalmente se tratan enfermedades de mayor complejidad; asimismo, poder trabajar más en aspectos como promoción y prevención, aspectos también un poco relegados en un hospital. Aunque si bien es cierto que todos estos aspectos del centro de salud son positivos, no se debe perder de vista que deben conocerse todos los tipos de patologías (menor, mediana y mayor complejidad) y saber cómo manejarlas, indistintamente de donde se labore.

La tercera rotación de Cirugía es más seguramente la más perjudicada porque solo se ven cirugías menores, como mordeduras de animales, traumas no complejos u onicectomías. Es importante saber manejar este tipo de eventos; sin embargo, sí es fundamental tener experiencia en cirugías mayores, experiencia que solo podrá obtenerse en un hospital; por ende, rotar cirugía en un centro de salud sí es una desventaja en el aprendizaje del interno.

La última rotación fue Pediatría y la situación es muy parecida a la rotación de Medicina: patologías frecuentes en la comunidad, pero de baja – mediana complejidad, aunque tal vez con una mayor extensión de casos, dado que si bien es cierto que es un centro nivel I-3, se atienden partos, así que puede uno entrenarse y familiarizarse con la atención del recién nacido, aunque solo de partos no complicados. Aquellos partos que podrían complicarse son derivados al hospital correspondiente.

Finalmente, en general, la gran diferencia se reduce a las patologías tratadas en uno y otro establecimiento, muy distintas: aquellas tratadas en un centro de salud son menos complejas, pero más frecuentes en la comunidad; mientras que aquellas del hospital son más complejas, pero menos prevalentes. Otras diferencias son: a) disminuidas condiciones en infraestructura, tecnología y equipamiento en el centro de salud; b) demoras en las referencias por temas administrativos; c) mayor enfoque en promoción

y prevención en el centro de salud; d) dado que se redujo el tiempo del internado por la pandemia, hubo mayor tiempo que se podía dedicar para estudiar para el ENAM.

CONCLUSIONES

1. El internado es la etapa más importante de la carrera de Medicina Humana.
2. El internado permite al estudiante fortalecer los conocimientos (teóricos y prácticos) y ponerlos en práctica.
3. Realizar el internado en plena pandemia del Covid-19 fue realmente un reto.
4. La pandemia del Covid-19 perjudicó mucho al internado, así como también sometió al sistema de salud peruano.

RECOMENDACIONES

- Por parte de la universidad:
 - Establecer un internado mixto, tanto en hospitales como en centros de salud, para familiarizarse con patologías de menor como de alta complejidad, así como los procedimientos que estas involucren.
 - Brindar charlas educativas de prevención contra el Covid-19 y el resto de enfermedades transmisibles.
 - Encargarse de la distribución de EPPs para su alumnado.
 - Coordinar de manera directa con las entidades correspondientes, la total y rápida colocación de las vacunas para su alumnado.
- Por parte del Estado:
 - Garantizar la vacunación contra el Covid-19 de todos los estudiantes de ciencias de la salud.
 - Brindar charlas educativas de prevención contra el Covid-19 y el resto de enfermedades transmisibles a los alumnos que estén rotando en los hospitales – centros correspondientes.
 - Mayor inversión en los hospitales, con respecto a instalaciones, equipamientos, tecnologías, etc., para que tengan mayor capacidad resolutive en estos casos.

- Mayor inversión en el primer nivel, para así empoderarlos y descomprimir los hospitales, los cuales se encuentran rebozados.
- Establecer Unidad de Referencia y Contrarreferencia con personal permanente las 24 horas del día facilitaría el proceso de atención y mejora del indicador de eficacia, así como destrabar las demoras administrativas.
- Más énfasis en programas de promoción y prevención en relación al Covid-19 para que la población sepa cómo protegerse ante este virus.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. HSJL - Presentación [Internet]. Gob.pe. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <https://www.hospitalsjl.gob.pe/institucional/presentacion.html>
2. De la Situación de Salud Hospitalaria ANÁ. HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO [Internet]. Gob.pe. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Epidemiologia/BE/2019/ASIS%202019.pdf>
3. Gob.pe. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <http://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Transparencia/PlaneamientoEstrategico/POA2018.pdf>
4. Virú Loza MA. Manejo actual de las intoxicaciones agudas por inhibidores de la colinesterasa: conceptos erróneos y necesidad de guías peruanas actualizadas. An Fac Med (Lima Perú: 1990). 2016; 76 (4): 431.
5. Gob.pe. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2826.pdf>
6. Vikesh K, Bechien WU, Tomas B, Kathryn B, Rie MA, J RICHARD. Una evaluación prospectiva del índice de gravedad de cabecera en la puntuación de pancreatitis aguda para evaluar la mortalidad y los marcadores intermedios de gravedad. Soy J Gastroenterol. 2009; 104: 966–971

7. 131,45. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2020/resoluciones/RD-267-2020-INFECCION-DEL-TRACTO-URINARIO.pdf>
8. Gob.pe. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_432-2019-HCH-DG.pdf
9. Gob.pe. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4193.pdf>
10. 131.45. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/Mapros/Departamentos/RD-443-2015.pdf>
11. Horzić M, Salamon A, Kopljar M, et al. Análisis de puntuaciones en el diagnóstico de apendicitis aguda en mujeres. Coll Antropol 2005; 29: 133.
12. Kalan M, Talbot D, Cunliffe WJ, Rich AJ. Evaluación de la puntuación de Alvarado modificada en el diagnóstico de apendicitis aguda: un estudio prospectivo. Ann R Coll Surg Engl 1994; 76: 418.
13. Gob.pe. [cited 2021 Apr 19]. Available from: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf
14. Gob.pe. [cited 2021 Apr 19]. Available from: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2014/rd_068_2014.pdf
15. Rolain JM, Brouqui P, Koehler JE, et al. Recomendaciones para el tratamiento de infecciones humanas causadas por especies de Bartonella. Antimicrob Agents Chemother 2004; 48.
16. Angelakis E, Raoult D. Patogenicidad y tratamiento de las infecciones por Bartonella. Int J Antimicrob Agents 2014; 44(16).

ANEXOS

Anexo N°1

Ranson criteria to predict severity of acute pancreatitis

0 hours	
Age	>55
White blood cell count	>16,000/mm ³
Blood glucose	>200 mg/dL (11.1 mmol/L)
Lactate dehydrogenase	>350 U/L
Aspartate aminotransferase (AST)	>250 U/L
48 hours	
Hematocrit	Fall by ≥ 10 percent
Blood urea nitrogen	Increase by ≥ 5 mg/dL (1.8 mmol/L) despite fluids
Serum calcium	<8 mg/dL (2 mmol/L)
pO ₂	<60 mmHg
Base deficit	>4 MEq/L
Fluid sequestration	>6000 mL

The presence of 1 to 3 criteria represents mild pancreatitis; the mortality rate rises significantly with four or more criteria. Adapted from Ranson, JHC, Rifkind, KM, Roses, DF, et al, *Surg Gynecol Obstet* 1974; 139:69.

UpToDate®

Anexo N°2

Ranson's Criteria¹ (1 point each)	BISAP Score² (1 point each)
<p>On Admission:</p> <ul style="list-style-type: none"> • WBC >16,000/μL • Age >55 years • Glucose >200 mg/dL • AST >250 IU/L • LDH >350 IU/L <p>Within 48 Hours of Admission:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hct decrease >10% • BUN increase >5 mg/dL • Serum calcium <8 mg/dL • Arterial pO₂ <60 mmHg • Base deficit >4 mEq/L • Fluid needs >6 L <p>Ranson score < 3 → 0–3% mortality Ranson score = 3–5 → 11–15% mortality Ranson score \geq6 → 40% mortality</p>	<p>B UN >25 mg/dL</p> <p>I mpaired mental status</p> <p>S IRS</p> <p>A ge >60</p> <p>P leural effusions</p> <p>BISAP score < 2 → 0–0.5% mortality BISAP score = 2 → 2% mortality BISAP score \geq3 → 5–20% mortality</p>

Source: Navin Kumar, Anica Law: Teaching Rounds: A
 Visual Aid to Teaching Internal Medicine Pearls on the Wards
www.accessmedicine.com
 Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

Anexo N°3

Modified Alvarado score for diagnosis of appendicitis

Feature	Point
Migratory right lower quadrant pain	1
Anorexia	1
Nausea or vomiting	1
Tenderness in the right lower quadrant	2
Rebound tenderness in the right lower quadrant	1
Fever >37.5°C (>99.5°F)	1
Leukocytosis of white blood cell count >10 x 10 ⁹ /liter	2
Total	9

Score of 0 to 3 indicates appendicitis is unlikely and other diagnoses should be pursued. Score of ≥4 indicates that the patient should be further evaluated for appendicitis.

C: centigrade; F: fahrenheit.

Modified from: Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. Ann Emerg Med 1986; 15:557.

UpToDate®

Anexo N°4

Treatment of cat scratch disease

Manifestation	Adults*	Pediatric (<18 years of age)	Comments
Lymphadenitis Total duration depends upon the regimen	Preferred regimen: <ul style="list-style-type: none"> Azithromycin (500 mg PO on day 1, followed by 250 mg PO for four days). Alternative regimens (total duration 7 to 10 days): <ul style="list-style-type: none"> Clarithromycin (500 mg PO twice daily). Rifampin (300 mg PO twice daily). Trimethoprim-sulfamethoxazole (one double-strength tablet PO twice daily).[¶] 	Preferred regimen: <ul style="list-style-type: none"> Azithromycin (<45.5 kg: 10 mg/kg PO on day 1, followed by 5 mg/kg PO for four days; ≥45.5 kg: 500 mg PO on day 1, followed by 250 mg for four days). Alternative regimens (total duration 7 to 10 days): <ul style="list-style-type: none"> Clarithromycin (<45.5 kg: 15 to 20 mg/kg PO divided in two doses; ≥45.5 kg: 500 mg PO twice daily). Rifampin (10 mg/kg PO every 12 hours; maximum daily dose 600 mg). Trimethoprim-sulfamethoxazole (weight-based dosing based on trimethoprim component is 8 mg/kg PO per day [maximum dose of trimethoprim 320 mg], in two divided doses). 	Adjunctive therapies (needle aspiration, corticosteroids) may be warranted in severe or refractory cases. ^Δ
Hepatosplenic disease/fever of unknown origin Total duration depends upon the regimen	Preferred regimen: <ul style="list-style-type: none"> Rifampin (300 mg PO/IV twice daily) plus azithromycin (500 mg PO/IV on day 1, followed by 250 mg PO/IV daily), both administered for 10 to 14 days. Alternative regimens: <ul style="list-style-type: none"> Rifampin (300 mg PO/IV twice daily) plus gentamicin (loading dose 2 mg/kg IV, then 1.5 mg/kg IV every eight hours based upon normal renal function and adjusted with monitoring[◇]), both administered for 10 to 14 days. Azithromycin (500 mg PO/IV daily for five days). 	Preferred regimen: <ul style="list-style-type: none"> Rifampin (10 mg/kg PO/IV every 12 hours; maximum daily dose 600 mg) plus azithromycin (<45.5 kg: 10 mg/kg PO/IV on day 1, followed by 5 mg/kg daily; ≥45.5 kg: 500 mg PO/IV on day 1, followed by 250 mg PO/IV daily), both administered for 10 to 14 days. Alternative regimens: <ul style="list-style-type: none"> Rifampin (as dosed above) plus gentamicin (loading dose 2 mg/kg IV, then 1.5 mg/kg IV every eight hours based upon normal renal function and adjusted with monitoring[◇]), both administered for 10 to 14 days. 	Adjunctive corticosteroids may be warranted in patients with severe or persistent disease. ^Δ
Neuroretinitis Total duration of combination regimen is four to six weeks	Preferred regimen <ul style="list-style-type: none"> Rifampin (300 mg PO/IV twice daily) plus doxycycline (100 mg PO/IV twice daily). Alternative regimens: <ul style="list-style-type: none"> Rifampin (300 mg PO/IV twice daily) plus either: <ul style="list-style-type: none"> Azithromycin (500 mg PO/IV on day 1, followed by 250 mg PO/IV daily for the duration). Trimethoprim-sulfamethoxazole (dosing based upon trimethoprim component is 320 mg PO/IV in two divided doses).[¶] 	Children ≥8 years of age: <ul style="list-style-type: none"> Rifampin (10 mg/kg PO/IV every 12 hours; maximum daily dose 600 mg) plus doxycycline (<45 kg: 2.2 mg/kg PO/IV twice daily [maximum 100 mg per dose]; ≥45 kg: 100 mg PO/IV orally twice daily). For children <8 years of age[§] and those unable to take doxycycline: <ul style="list-style-type: none"> Rifampin (10 mg/kg PO/IV every 12 hours; maximum daily dose 600 mg) plus either: <ul style="list-style-type: none"> Azithromycin (<45.5 kg: 10 mg/kg PO/IV on day 1, followed by 5 mg/kg PO/IV for the duration; ≥45.5 kg: 500 mg PO/IV on day 1, followed by 250 mg PO/IV daily for the duration). Trimethoprim-sulfamethoxazole (weight-based dosing based on trimethoprim component is 8 mg/kg per day [maximum daily dose of trimethoprim is 320 mg] PO/IV in two divided doses). 	Patients should also receive adjunctive corticosteroids. ^Δ
Other neurologic involvement (including encephalitis) and Perinaud's oculoglandular disease Total duration is 10 to 14 days	Same regimens as for neuroretinitis.	Same regimens as for neuroretinitis.	

IV: intravenous; PO: orally.

* The preferred and alternative regimens listed in this table are for nonpregnant adults.

¶ Trimethoprim-sulfamethoxazole is dosed based upon the trimethoprim component. For adults, 160 mg of trimethoprim is equivalent to one double-strength tablet.

Δ A discussion of adjunctive therapies is found in the topic that discusses treatment of cat scratch disease.

◇ The gentamicin dose listed is based upon normal renal function; the gentamicin dose should be adjusted based on renal function and as needed based on monitoring during treatment.

§ In general, we avoid doxycycline in children <8 years old because of concerns of dental staining. However, in patients with sight-threatening neuroretinitis or severe neurologic disease, the risks and benefits of doxycycline should be considered and discussed. Refer to the topic that discusses treatment of cat scratch disease.