



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

INTERNADO MÉDICO REALIZADO EN EL HOSPITAL DE VITARTE Y
CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES EN EL AÑO 2020-
2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADA POR
JOSELYN HILDA GONZALES PIRCA

ASESOR

DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO

LIMA, PERÚ
2021



**Reconocimiento - Compartir igual
CC BY-SA**

El autor permite a otros re-mezclar, modificar y desarrollar sobre esta obra incluso para propósitos comerciales, siempre que se reconozca la autoría y licencien las nuevas obras bajo idénticos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INTERNADO MÉDICO REALIZADO EN EL HOSPITAL DE
VITARTE Y CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES
EN EL AÑO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

JOSELYN HILDA GONZALES PIRCA

ASESORA

DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M.E. Emma Mercedes Huamaní De La Cruz

Miembro: M.E. Luis Alfonso Gutiérrez Shack

Miembro: M.E. Jeffrey Tovar Roca

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada a Dios, quien con su guía estuvo presente en el caminar de mi vida bendiciéndome y dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas sin desfallecer.

A mis padres que con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades.

A mis hermanas por sus oraciones, consejos y palabras de aliento que hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma siempre me acompañan en todos mis sueños y metas.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quisiera expresar mi gratitud a Dios por la vida y salud durante este año de internado, más aún en estos tiempos difíciles por todo lo suscitado con la pandemia, Dios fue mi guía y me acompañó en el transcurso de mi vida, brindándome sabiduría para poder culminar con éxito mis metas propuestas, me dio fuerzas para seguir avanzando y las ganas de seguir aprendiendo día tras día, sin él no hubiera podido concluir mi carrera profesional.

Agradezco a mis Padres por ser el pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron, todo el reconocimiento para con ellos que con su esfuerzo día tras día, el cariño, la fortaleza, siempre me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible, fueron mi mayor sustento.

De igual manera agradezco a mis hermanas por sus palabras de aliento, el cariño, paciencia y el apoyo incondicional durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento la gratitud respectiva para con cada una de ellas.

A mi Alma Mater, la Universidad San Martín de Porres y a la plana de Docentes por el conocimiento brindado durante estos 7 años de la carrera.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Finalidad de la Práctica del Internado	1
1.2 Actividades Desarrolladas durante el Internado	1
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	16
2.1 HOSPITAL DE VITARTE	16
2.1.1 Breve Reseña Histórica	16
2.1.2 Características Geográficas	16
2.1.3 Aspectos Ecológicos	17
2.1.4 Nivel de Complejidad	18
2.1.5 Servicios con los que cuenta	18
2.1.6 Situación ante y durante la Pandemia	19
2.2 CENTRO DE SALUD SAN JAUN DE MIRAFLORES	19
2.2.1 Características Geográficas	19
2.2.2 Nivel de Complejidad	20
2.2.3 Servicios con los que cuenta	20
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	22

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	30
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
FUENTES DE INFORMACIÓN	34

RESUMEN

En el presente informe se detalla de forma descriptiva las actividades, funciones y limitaciones que tuvo el interno de medicina humana durante el internado médico, este tuvo inicio el 1 de enero del 2020 y culminó el 30 de abril del 2021, realizado en el Hospital de Vitarte y el Centro de Salud San Juan de Miraflores, como sabemos este es un año fundamental para el estudiante de medicina humana, debido a que se afianza los conocimientos teóricos obtenidos en la universidad.

La finalidad del internado médico es que los alumnos del último año de la carrera de medicina puedan plasmar en la práctica hospitalaria, los conocimientos teóricos obtenidos durante los 6 años de la carrera, rotando así por las áreas de hospitalización, emergencia y consultorio externo, en las especialidades de Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Gineco-obstetricia.

Ante la situación presentada a nivel mundial causada por el virus SARS-COV-2, este año las funciones del interno de medicina se vio limitada, debido al cambio de protocolos en los Hospitales, se redujeron los horarios de práctica para evitar el riesgo de infección, también se modificaron los establecimientos de salud, y que en muchos hospitales cancelaron el internado médico, por ende se hizo el retorno a Centros de Salud, dando así una nueva experiencia ya que la rotación en un hospital es diferente a una en un centro de salud.

Los casos clínicos expuestos en este informe, son sobre las patologías que con mayor frecuencia fueron vistas en los establecimientos de salud, estos se basan en la observación, indagación, revisión, y recolección de datos importantes encontrados en los pacientes al momento de su llegada al establecimiento de salud, obteniendo información importante para el desarrollo de los exámenes auxiliares y pruebas de imágenes para llegar al tratamiento adecuado para la mejoría de la salud de los pacientes.

ABSTRACT

This report describes in a descriptive way the activities, functions and limitations that the human medicine intern had during the medical internship, which began on January 1, 2020 and ended on April 30, 2021, held at the Hospital de Vitarte and the San Juan de Miraflores Health Center, as we know this is a fundamental year for the student of human medicine, because the theoretical knowledge obtained at the university is strengthened.

The purpose of the medical internship is that the students of the last year of the medical career can translate into hospital practice, the theoretical knowledge obtained during the 6 years of the career, thus rotating through the areas of hospitalization, emergency and outpatient clinic, in the specialties of Internal Medicine, General Surgery, Pediatrics and Gynecology-obstetrics.

Given the worldwide situation caused by the SARS-COV-2 virus, this year the functions of the medicine intern were limited, due to the change of protocols in the Hospitals, the practice hours were reduced to avoid the risk of infection , the health facilities were also modified, and that in many hospitals they canceled the medical internship, therefore the return to Health Centers was made, thus giving a new experience since the rotation in a hospital is different from one in a center of Health.

The clinical cases presented in this report are about the pathologies that were most frequently seen in health facilities, these are based on observation, inquiry, review, and collection of important data found in patients at the time of their arrival at the hospital. health facility, obtaining important information for the development of auxiliary examinations and imaging tests to reach the appropriate treatment for the improvement of the health of patients.

INTRODUCCIÓN

El internado médico (IM) consiste en las prácticas preprofesionales que se realiza en el último año de la carrera de medicina humana.

El lugar en el que se realiza este internado es elegido por el estudiante en el 6 to año de medicina, los estudiantes eligen el hospital que más se acerque a sus expectativas en un orden designado por su promedio.

El IM hospitalario está orientado a mejorar la formación del estudiante de medicina humana, consiguiendo que pueda egresar con grandes vivencias y experiencias adquiridas durante la etapa vivida en el hospital.

Ahí se puede observar la realidad de la problemática de salud de la población y donde tiene que demostrar que está capacitado para desenvolverse con acierto y propiedad, aparte que también aprende cosas nuevas y necesarias para su futura vida profesional.

Durante esta etapa los internos de medicina rotan por cuatro grandes especialidades las cuales son: medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia y cirugía.

Durante el año del internado son guiados por médicos, por la cual obtienen mayor desempeño, destreza y responsabilidad ya que tienen un contacto directo con los pacientes.

Este año en particular fue distinto el internado médico, debido a que, en el Perú, el 6 de marzo de 2020 se informó el primer caso de COVID-19. Por este motivo se suspendieron las labores educativas, se dio el cierre de fronteras y el aislamiento obligatorio. Se tomaron estas medidas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para que haya una reducción y control del virus.

Ante esta situación tanto las universidades como los hospitales suspendieron toda actividad académica de pregrado en ambientes hospitalarios, debido a que los internos de medicina no contaban con capacitaciones en medidas de bioseguridad ni con un seguro contra accidentes laborales y no tenían equipos de protección para laborar en los hospitales.

Esta suspensión se dio por un tiempo de 4 a 5 meses, eso debido a que algunos hospitales aceptaron el retorno de sus internos y otros no, ya que aún seguía la pandemia, debido a esto es que se dio el retorno de los internos de medicina, pero no todos a los Hospitales de inicio sino a Centros de salud de nivel I-3 Y I-4.

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la importancia de las practicas hospitalarias en el internado médico, ya que es mediante estas que se llegara a afianzar todo el conocimiento aprendido.

Entonces a continuación se relatarán a detalle las actividades y funciones realizadas en el internado, en las sedes del HOSPITAL DE VITARTE II-1 Y EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES I-3.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 FINALIDAD DE LA PRACTICA DEL INTERNADO

La finalidad del internado medico es potenciar, complementar y fijar el conocimiento teoría adquirido en la universidad durante los años de estudio desde el primer hasta el doceavo ciclo, llevando estos conocimientos a la práctica clínica, lo cual servirá mucho en la vida profesional.

1.2 ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL INTERNADO

1.2.1 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Esta fue la primera especialidad por la cual se inició el internado médico, realizada en el Hospital de Vitarte, el periodo de la rotación se inició el 1° de enero y culminó el 4 de marzo, debido a que por la pandemia se suspendió el internado médico.

Durante esta especialidad se rota por tres ámbitos distintos los cuales son hospitalización, consultorio y emergencia.

Las funciones realizadas como interno durante ese periodo fueron:

- Elaborar al ingreso la historia clínica del paciente a cargo, ver la evolución y llegar a un diagnóstico presuntivo.
- Realiza el pedido e interpretación de exámenes auxiliares (laboratorio, radiográficos, etc.) y riesgos quirúrgicos.
- Participar en la obtención de muestras (sangre, punciones, orina, heces) realizar el seguimiento de las muestras enviadas a laboratorio, recoger los resultados los cuales se colocará en la hoja de evolución.

- Acompañar al paciente hospitalizado a los servicios para la realización de exámenes especiales, presenciar la ejecución de los mismos y anotar los hallazgos más importantes en la historia clínica.
- Realiza el control de las funciones vitales.
- Asistir y participar en las visitas médicas diarias realizadas por el jefe del servicio o el doctor a cargo.
- Preparar las historias clínicas para la discusión del caso en la visita médica diaria, verificando los exámenes auxiliares practicados al paciente (radiografía, ecografía, electro cardiograma, tomografía etc.)
- Participa y colabora en establecer el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento más adecuado para cada caso clínico.
- La finalidad de la rotación de medicina interna es;
- Adquirir experiencia en el manejo y diagnóstico de las patologías.
- Aumentar la destreza, habilidad y conocimiento en los tratamientos médicos.
- Incrementar la capacidad para poder resolver las emergencias.
- Observación y aprendizaje de la farmacoterapia utilizada en las diversas patologías.

En la práctica se llegó a ver distintos casos clínicos, nombrando a continuación alguno de ellos.

Caso clínico #1:

Paciente varón de 56 años de edad refiere que aproximadamente 24hrs presentó dolor de inicio insidioso tipo cólico en epigastrio tras ingesta de alimento copioso y alto en grasas, el dolor se irradia a ambos flancos y a región interescapular, al dolor se le asocia náuseas y vómitos de contenido alimenticio y contenido bilioso, el dolor no calma a analgésicos por lo que se intensifica y llega a emergencia del Hospital de Vitarte. No presenta fiebre, ictericia ni coluria.

Antecedentes patológicos: Niega

Alergia a medicamentos: Niega

Examen Físico: PA: 110/80; FC:90; FR:23; T:36.5; Sat:98

Paciente lúcido, colaborador, orientado en tiempo, espacio, persona.

-Piel: Hidratada, tibia, elástica, pálida, llenado capilar < 2 segundos. No se evidencia cicatriz, no cianosis, no petequias.

-Tórax y Pulmón: Simétrico, amplitud conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

-Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles, IY (-), pulsos periféricos (+)

-Abdomen:

Inspección: simétrico, globoso,

Auscultación: RHA (+), timpánico

-Palpación: abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación superficial en epigastrio irradiado a flancos. No presenta tumoraciones palpables, no lesiones. Murphy (-), Mburney (-).

-Percusión: Matidez Hepática, no hepatomegalia, no esplenomegalia.

-Genitourinario: No valorada.

Rutina laboratorial: Se le realizo un hemograma en la cual se evidencia una leucocitosis y un aumento en tres veces su valor de la amilasa y la lipasa.

Examen de orina: no patológica.

Tanto por el examen físico y el bioquímico se llega al diagnóstico de una pancreatitis aguda, por lo cual para corroborar el diagnostico se solicita una ecografía y una tomografía.

En la ecografía en la vesícula se evidencia litiasis múltiples <5mm sin ninguna otra alteración.

Concluyendo que es una pancreatitis aguda leve se le dio manejo terapéutico, incluyendo hidratación endovenosa y administración de analgésico en este caso se dio meperidina de 1 mg/kg.

Caso clínico # 2:

Paciente Mujer de 42 años de edad refiere que 48 horas al ingreso presenta dolor en región lumbar de intensidad 6/10 que se irradia a hipogastrio, al dolor se le asocia disuria, polaquiuria y refiere haber presentado alza térmica no cuantificada, paciente refiere haber tomado analgésico, pero no cedió el dolor por lo que acude al Hospital de vitarte.

Antecedentes patológicos: Niega.

Antecedentes Quirúrgicos:

- Cesárea hace 15 años.
- Colectomía hace 2 años.
- Histerectomía hace 5 años.

Antecedente Familiar:

- Madre con Diabetes Mellitus.

Al examen Físico:

Signos vitales: FC: 98;FR:20;PA:120/90;SPO2 94%;T:38° C

Paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, febril, presenta buen estado nutricional.

-Piel: normo elástica, hidratada, normo térmica.

-Tórax y Pulmón: Simétrico, amplitud conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

-Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles, IY (-), pulsos periféricos (+).

-Abdomen: simétrico, deprimido, se observa cicatriz en región hipocondrio derecho, a la palpación abdomen suave, depresible, presenta dolor en hipogastrio, rha (+), timpanismo normal.

-Región lumbar: no se evidencian cicatrices, puño percusión (+) en fosa lumbar derecha.

-Genitourinario: puntos ureterales superiores (+).

-Sistema Nervioso Central: no signos meníngeos, no focalización, escala de Glasgow 15/15.

Exámenes Complementarios:

Elemental microscópico de orina.

- Leucocitosis 14-16x C.
- Píocitos 8-10x C.
- Eritrocitos 6-8x C.
- Células Epiteliales 8-10x C.
- Bacteria ++.

Hematología:

- Hemoglobina 12,8 gr/dl.
- Hematocrito 41%.
- Segmentados 74%.
- Linfocitos 24%.

Con ambos exámenes llegamos al diagnóstico definitivo de una infección del tracto urinario (ITU), por lo cual se inicia tratamiento empírico antimicrobiano dándole al paciente cefalexina 500mg x 7 días.

Finalmente, se le solicita a la paciente realizar un urocultivo antes de iniciar el tratamiento y regresar por consultorio externo con los resultados.

1.2.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL:

Esta segunda rotación se dio de manera muy distinta ya que con la Pandemia se tomaron medidas distintas para el internado médico, redujeron las horas de práctica por tal motivo la rotación tuvo una duración de 15 días, tuvo inicio el 1 de octubre y finalizo el 15 de octubre.

Durante estos 15 días se roto por las especialidades de urología, traumatología y cirugía plástica, en los ambientes de hospitalización, consultorio y emergencia.

Las funciones realizadas como interno durante ese periodo fueron:

- Elaborar al ingreso la historia clínica del paciente a cargo, ver la evolución y llegar a un diagnóstico presuntivo.
- Realiza el control de las funciones vitales.
- Asistir y participar en las visitas médicas diarias realizadas por el jefe del servicio o el doctor a cargo.
- Preparar las historias clínicas para la discusión del caso en la visita médica diaria, verificando los exámenes auxiliares practicados al paciente (radiografía, ecografía, electro cardiograma, tomografía etc.)
- Realiza interconsultas, principalmente al departamento de Traumatología, urología y cirugía plástica.
- En consultorio externo observar las consultas de los pacientes ambulatorios.
- Realizar las curaciones de las heridas y el retiro de puntos, en consultorio externo.
- En emergencia realizar la limpieza y saturación de heridas.
- En emergencia de traumatología se realiza la colocación de vendajes, yesos y férulas.
- En sala quirúrgica, el interno cumple el puesto del primer ayudante.

La finalidad de la rotación de cirugía general es;

- Reforzar y ampliar los conocimientos de semiológica quirúrgica.
- Obtener habilidad y destreza en las intervenciones quirúrgicas apreciando las diferentes técnicas utilizadas.
- Familiarizarse con los conocimientos básicos de la cirugía, como: asepsia, esterilización, comportamiento y cuidados en el quirófano, principios quirúrgicos, etc.
- Conocer el manejo pre y post - operatorio de los pacientes con intervenciones quirúrgicas.
- Colaborar en los tratamientos de emergencia.

A continuación, se nombrará dos de los tantos casos que se vieron en esta rotación:

Caso clínico #3:

Paciente mujer de 72 años de edad, refiere que desde hacía tres días presentaba dolor abdominal tipo cólico, que en el transcurso de los días se fue intensificando al dolor se le añadió, estreñimiento, vómitos, fétido, malestar general y fiebre de 38°C en las últimas 24 horas por lo que acude a emergencia del Hospital de Vitarte. Familiares refieren que paciente no tomo ningún medicamento ya que se negaba a recibir atención médica hasta ese momento.

Alergia a medicamentos: Niega.

Antecedentes Patológicos: Hipertensa con medicación de captopril una vez al día.

Antecedente quirúrgico: Niega.

Al examen físico:

Signos Vitales: PA: 100/70 mmHg ; FC: 122x';FR: 28 x';T: 38°C.;Sat: 95%.

-Paciente lúcida, quejumbrosa, orientada en tiempo, espacio, persona.

-Piel: tibia, poco elástica, pálida, llenado capilar < 2 segundos, marcado pliegue cutáneo, no se evidencia cicatriz, no cianosis, no petequias.

-Tórax y Pulmón: Simétrico, amplitud conservada, pilopnea superficial, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

-Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles, pulsos periféricos (+).

-Abdomen:

Inspección: simétrico, globoso, se evidencia signo de flogosis que ocupa todo mesogastrio e hipogastrio, se visualiza una tumoración umbilical de aproximadamente 15 cm, irreductible, con solución de continuidad de la piel y salida de líquido negrozco fétido y epiplón necrosado.

-Auscultación: ruidos hidroaéreos aumentados, timpánica.

-Palpación: dolorosa a la palpación superficial y profunda, masa en región de mesogastrio e hipogastrio.

-Percusión: Matidez Hepática, no hepatomegalia, no esplenomegalia.

-Genitourinario: No valorada.

-Sistema Nervioso Central: no signos meníngeos, no focalización, escala de Glasgow 15/15.

Familiares refieren que desconocían que paciente fuera portadora de una hernia umbilical.

Exámenes complementarios:

- Hb: 11.2 g/L
- Leucocitos: 14000
- Coagulación: 10 min.
- Plaquetas: Adecuadas.
- Creatinina: 62,3 mm/l.
- Na: 130mm/l.
- K: 2.8mm/l.
- Cl: 90mm/l.

Gasometría arterial: PH: 7.30, PO₂: 96mm/Hg, PCO₂: 47mm/Hg, Sat Hb: 95%, HCO₃: 19mm/l.

Se llega a la conclusión que paciente presenta una hernia umbilical estrangulada, por lo cual el tratamiento es quirúrgico. Antes del ingreso a sala quirúrgica se canalizan las dos venas superficiales con trocar, se comienza el aporte de líquidos y electrolitos, apoyo con aminos (Dobutamina a dosis renal). Por sonda se aspira líquido de aspecto fecaloideo abundante (350ml). Se le coloca sonda vesical, 50ml de orina concentrada. Se inicia antibioticoterapia con Ceftriaxona y Metronidazol.

Caso Clínico #4

Paciente Mujer de 35 años de edad refiere que hace aproximadamente 6 horas antes del ingreso presenta dolor abdominal tipo cólico, de leve intensidad tras ingesta de comida grasa, por lo que se automedica con buscapina compuesta con lo que cede aparentemente el dolor, 3 horas después el dolor se exacerba y se localiza en fosa iliaca derecha intensidad 8/10, al dolor se le asocia náuseas anorexia y alza térmica no cuantificada, por lo que se automedica por segunda vez con buscapina compuesta y al no ceder el dolor es traída al Hospital de Vitarte.

Alergia a medicamentos: Niega.

Antecedentes Patológicos: Niega.

Antecedente Quirúrgico: Niega.

Examen Físico: PA:94/60.; FC:88x'; FR:24x';T: 39.6°C.

Paciente lúcida orientada en tiempo, espacio, persona.

-Piel: turgencia y elasticidad normal; color concuerda con el resto del cuerpo, llenado capilar <2 seg.

-Tórax y Pulmón: Simétrico, amplitud conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

-Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles, IY (-), pulsos periféricos (+).

-Abdomen:

-Inspección: simétrico, globoso, no se evidencia cicatriz.

-Auscultación: RHA (+).

-Palpación: Dolorosa a la palpación superficial y profunda a nivel de fosa iliaca derecha, Mac Burney (+), Blumberg (+), no se evidencia masas.

-Percusión: Timpánico en todo marco colónico, no hepatomegalia, no esplenomegalia.

-Genitourinario: No valorada.

-Sistema Nervioso Central: no signos meníngeos, no focalización, escala de Glasgow 15/15.

Luego de realizar el examen físico se solicitan exámenes paraclínicos para una mejor orientación al diagnóstico en la cual se obtienen los siguientes resultados:

- Leucocitos: 13.48.
- Neutrofilos:89.6.
- Linfocitos:11.2.
- Eosinófilos:0.
- HTO: 44.9.
- HB: 13.5.
- Glucosa: 100.3
- Creatinina: 1.2
- Urea: 38

Se le solicitó examen de orina dando como resultado:

Aspecto: Amarillo transparente, densidad 1005, PH 7.0, Leucocitos 0-1 X campo.

En la ecografía abdominal se evidencia imagen tubular alargada, no compresible con transductor en fosa iliaca derecha.

Se llega al diagnóstico de una apendicitis aguda, como tratamiento el paciente es preparado para una apendicetomía.

1.2.3 ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

Esta rotación se realizó en el Centro de Salud San Juan de Miraflores, debido a que hubo un aumento de los casos de COVID19, por tal motivo no se realizó dicha rotación en el Hospital de Vitarte.

Esta rotación duro dos meses, pero la asistencia al establecimiento era cada 15 días, solo se llegó a rotar por la especialidad de Obstetricia, ya que en el establecimiento no contaba con el Servicio de la especialidad de Ginecología.

Funciones realizadas:

- Cumplir con el horario y rol programado, asistiendo con puntualidad y responsabilidad.
- Impartir charlas educativas a todas las gestantes antes del inicio de las consultas sobre temas de: importancia de la Atención Pre-Natal, nutrición, importancia de la solicitud de análisis, reconocimiento de los signos y síntomas de alarma, cuidados del puerperio, importancia de la lactancia materna.
- Repartir las fichas de acuerdo al grado de riesgo obstétrico y en orden de llegada.
- Toma de funciones vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca, pulso, temperatura, control de peso y talla).
- A las gestantes que acuden a su primer control, se solicitara exámenes de laboratorio como: hemoglobina, grupo sanguíneo y factor Rh, glicemia, RPR, ELISA, Ecografía abdominal, examen completo de orina heces directo.
- Realizar la anamnesis de la paciente.
- Si se trata de una paciente con control prenatal anterior, se observan los resultados de los análisis, luego se precede a realizar el examen físico.
- Realizar el examen obstétrico minucioso: maniobra de Leopold, palpación, auscultación, tacto vaginal si el caso lo requiere.
- Llenado de la historia clínica materno perinatal.
- Captación de gestantes de alto riesgo obstétrico para su posterior derivación al Hospital María Auxiliadora.
- Llenado de la hoja HISS MISS.
- Llenado del libro del registro diario de pacientes.

Los casos clínicos que se nombrarán a continuación, son algunos de los casos que se vio durante el periodo que se inició del 1 de diciembre y culminó el 15 de diciembre.

Caso clínico #5:

Paciente primigesta de 35 años de edad con 34 semanas de gestación, llega a centro de salud refiriendo que desde hace dos días presenta cefalea frontal de moderada intensidad, tipo punzante, sin irradiación. También presenta edema en miembros inferiores y refiere movimientos fetales activos.

Antecedentes Patológicos: Ninguno.

Antecedentes Familiares: Madre Hipertensa y Padre Diabético.

Al examen Físico:

Signos Vitales: Presión Arterial: Primera toma: 150/90.; Segunda toma: 140/90; FC:80X'; FR:21X'; TC:36.7 °C

Peso antes del embarazo: 60kg

Peso Actual:73 kg

-Paciente lucida, orientada en tiempo, espacio, persona.

-Piel: Hidratada, tibia, elástica, pálida, llenado capilar < 2 segundos. No se evidencia cicatriz, no cianosis, no petequias.

-Tórax y Pulmón: Simétrico, amplitud conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

-Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles, IY (-), pulsos periféricos (+)

-Abdomen: Simétrico, globoso a expensa de útero gestante, altura uterina: 34cm, Latidos cardiacos fetales:160x', movimientos fetales presentes.

-Genitales: Fenotípicamente femenina, Al tacto vaginal: vagina normo térmica, no dilatación de cérvix, membranas integra, no se observa leucorrea.

-Extremidades: simétricos, móviles, edema en miembros inferiores, no masas.

Al ver el aumento de la presión arterial se le realiza a la paciente un examen con tira reactiva de proteína en la orina dando como resultado: proteinuria+.

Concluyendo que se trata de una preclamsia, se le da manejo terapéutico con nifedipino vía oral y la paciente es referida al Hospital María Auxiliadora.

Caso Clínico #6:

Paciente mujer de 22 años de edad, llega a consulta en centro de salud por presentar hace 5 días flujo vaginal color amarillo con un olor muy fuerte que le ocasiona molestias, refiere que al flujo vaginal se le asocia prurito vulvar, Irritación de genital y ardor al orinar. Acota que presenta dolor al coito.

Al la especuloscopia se evidencia en paredes vaginales y en fondo de saco uterino secreción vaginal líquida, espumosa, color verde amarillenta de abundante cantidad.

Con este examen se pudo dar el diagnóstico de una infección vaginal por el protozoo *Trichomona Vaginalis*.

Se le da el tratamiento de metronidazol 2g dosis única.

A final de la consulta se le explica a la paciente de tiene que tener una buena higiene diaria y usar preservativos.

1.2.4 ROTACIÓN DE PEDRIATRÍA

Esta fue la última rotación que se dio en el internado médico fue la especialidad de pediatría, esta rotación se dio en el periodo de los meses de marzo y abril.

Esta rotación se realizó en el Centro de salud San Juan de Miraflores, se roto por el ambiente de vacunatorio, anemia y por consultorio.

Funciones Realizadas:

- Brindar atención integral y especializada referente al tratamiento del paciente desde el niño mayor de 28 días hasta los 15 años de edad.
- Informar a las madres sobre la importancia de la colocación de las vacunas en el debido tiempo como indica en el carnet de vacunación.
- Ver y evaluar el desarrollo del crecimiento del niño.
- Hacer tamizaje de anemia y dar tratamiento.

- En consultorio realizar la historia clínica del paciente y brindar adecuado tratamiento de patología.
- Control de los signos vitales del niño.
- Colocación de vacunas.

A continuación, se darán a conocer dos de los casos clínicos observados en esta rotación

Caso clínico # 7:

Niña de 8 años de edad, procedente de Venezuela, llega a consultorio con su Madre. La madre refiere que desde hace 5 días su hija presenta dolor abdominal, por lo cual ella le dio paracetamol y el dolor cedió un poco. Tres días antes de la consulta la niña vuelve a presentar el dolor abdominal y se le asocia deposiciones líquidas de 3 evacuaciones al día, sin presencia de sangres, Paciente no presenta náuseas, ni vómitos y no ha presentado cuadros de fiebre.

Como antecedente madre comenta que hace 1 semana su hija presentó un cuadro de resfrío leve.

Antecedentes patológicos: Niega.

Antecedentes Quirúrgicos: Niega.

Alérgica a Medicamento: Niega.

Examen Físico

Signos Vitales: PA: 100/80 mmHg, FC: 70x';FR: 18x';Temperatura: 36,5°C;Sat: 97%.

Piel: caliente al tacto, deshidratada, reseca al tacto, pliegue cutáneo con retracción lenta.

Abdomen: Presencia de ruidos hidro-aéreos, no doloroso a la palpación.

Tras las evaluaciones se le da el diagnóstico de Gastroenteritis de etiología Viral, dándole así como tratamiento final: Solución de rehidratación oral

(SRO), enterogermina 1 ampolla oral diaria por 5 días y Bismuto 10ml antes de cada alimento x 1 semana.

Caso clínico #8

Niño de 6 años de edad acude a centro de salud con su madre, ella refiere que su niño la noche anterior presenta tos, dificultad respiratoria, rinorrea, y sibilantes. No presenta fiebre.

Al examen físico:

Signos Vitales: PA: 100/70 mmHg; FC: 134x';FR: 25x';Temperatura: 36,5°C;Sat: 95%.

-Tórax y Pulmón: Simétrico, amplitud conservada, disminución de murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, se auscultan sibilancias en ambos campos pulmonares. No tirajes subcostal ni supraclavicular.

-Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles, IY (-), pulsos periféricos (+).

Con la anamnesis y examen físico se llegó al diagnóstico de crisis asmática, por tal motivo dieron como tratamiento un Agonista beta 2 de acción rápida, que en este caso fue el salbutamol inhalado y un esteroide oral como la metilprednisolona.

Al culminar con las rotaciones programadas en el silabo del internado medico se puede decir que se pudo alcanzar el objetivo por cada rotación cumpliendo con las distintas funciones como interno de medicina tanto en el Hospital de Vitarte como en el Centro de Salud San Juan de Miraflores.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Este año debido a que se hubo restricciones de los internos en algunos hospitales, la mayoría de los internos de medicina hicieron sus rotaciones en centros de salud I-3 Y I-4.

En este caso se realizó el internado en el Hospital de Vitarte y el Centro de Salud San Jua de Miraflores.

2.1 HOSPITAL DE VITARTE

2.1.1 BREVE RESEÑA HISTORICA

El Hospital de Vitarte se inició hace 61 años como un Puesto de Salud, el día 20 de marzo de 1957, se creó por una Resolución Ministerial n° 443- 1957, basa su existencia legal en la Resolución Ministerial n° 002 17-69-SA/DS, que establece la organización y fundaciones de las áreas hospitalarias y en las disposiciones que regulan el funcionamiento de los establecimientos del Ministerio de Salud (1).

En el año 1961 se traslada a local del Ministerio de Vivienda en Ate y luego se traslada local actual en el área del terreno de 1672 metros cuadrados ubicado en el kilómetro 7 de la Carretera Central del Distrito de Ate, siendo el primer del director el Dr. Eduardo Zapata Serrepe.

2.1.2 CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS

El Hospital de Vitarte se encuentra ubicado en el Distrito de Ate en la provincia de Lima, departamento de Lima a, longitud oeste:76° 54´ 57´´, Latitud Sur: 12°01´ 18´´, Altitud: 355 msnm, Superficie 77.72 km cuadrados.

La ubicación del hospital de vitarte se encuentra en el departamento de lima, Distrito de Ate, en la carretera central en la avenida Nicolás Ayllón 5880, los límites del Distrito de Ate son: por el norte con el Distrito de Lurigancho; por el Este con Chaclacayo; por el Sur con Cieneguilla y La Molina (Santa Patricia y Camacho); Por el Oeste; Santiago de Surco (Monterrico), San Borja, Santa Anita y El Agustino.

La Densidad poblacional del Distrito de Ate es de 8107 habitantes por kilómetro cuadrado. Cabe señalar que Ate cuenta con características diferentes a los demás distritos de la Provincia de Lima, lo cual se refleja en la Densidad poblacional del Distrito de Lurigancho que es 926,02 habitantes por km² y la Densidad poblacional del Distrito de Chaclacayo es de 1099,44 habitantes por km², entre otros (1).

2.1.3 Aspectos ecológicos:

Clima:

El clima de Ate por su gran extensión es variado, templado, con alta humedad atmosférica y constante nubosidad durante el invierno.

Temperatura:

La temperatura media anual es de 15.5°C, las temperaturas máximas en verano pueden llegar a 32°C y las mínimas en invierno a 10°C; en cada caso producen sensación excesiva de frío o intenso calor debido a la alta humedad atmosférica.

Relieve:

La región referencial del hospital de vitarte abarca el piso ecológico de Chala o Costa, pero por su altitud, la zona cuenta con un clima templado-húmedo es decir un clima agradable en las dos estaciones bien marcadas.

Hidrografía:

El Río Rímac es el principal río del Distrito de Ate, nace en la vertiente occidental de la Cordillera de los andes, dando origen al valle del mismo

nombre. En el Río Rímac se encuentra las centrales hidroeléctricas de Huampaní y Moyobamba.

Amenazas:

La configuración geográfica del Distrito señala la existencia de tres factores de riesgo los cuales son:

- Desborde del Río Rímac que puede generar inundaciones en las zonas colindantes, a través de la rivera.
- Deslizamiento de piedras y lodo generado por los huaycos, que se producen en los embalses de las lluvias.
- Colapso del puente por crecida del río y deterioro su estructura que puede ocasionar daños en la integridad física de la persona.

2.1.4 NIVEL DE COMPLEJIDAD

El Hospital de Vitarte es un órgano desconcentrado de la Dirección de Redes Integradas Lima este como comunidad Ejecutora n° 50 que brinda atención de Salud Integral y especializada categoría nivel II-1, ubicado en el Distrito de Ate con una población de 599,196 habitantes.

La distribución de población del distrito de Ate que requiere atención de salud fija sus preferencias de acuerdo a las ofertas existentes en establecimientos de la RED de salud Lima Este Metropolitana centros y puestos de salud divididos en 07 micro redes, para consultas ambulatorias (1).

2.1.5 SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA:

- Servicio de cirugía y anestesiología.
- Servicio de pediatría.
- Servicio de ginecobstetricia.
- Servicio de emergencias.
- Servicio de enfermería.
- Servicio de apoyo al diagnóstico.
- Servicio de apoyo al tratamiento.
- Servicio de consulta externa.
- Servicio de odontoestomatologia

El hospital de Vitarte cuenta con los servicios de hospitalización las cuatro especialidades básicas y especialidades médicas como Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Traumatología, Ginecoobstetricia, Dermatología Medicina Física y Rehabilitación, Oftalmología, Gastroenterología, Psiquiatría, Odontología, Otorrinología, Neumología, Neurología, Reumatología, Geriatria, Endocrinología, Urología, Cirugía Plástica, Cirugía Pediátrica y otros servicios intermedios como Odontología, Radiología, Laboratorio, Nutrición(2).

2.1.6 SITUACION ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA:

El Hospital de Vitarte antes de la pandemia, en el mes de enero estaba en proceso de cambio al nuevo hospital, que se ubicaba a unas 3 cuadras, este nuevo hospital es mucho más moderno y grande. Pero debido a la pandemia que se inició en el mes de marzo, se tuvo que cancelar el traslado al nuevo hospital, ya que este fue dispuesto solo para la atención de casos COVID19.

Durante la pandemia se redujeron los espacios en las otras especialidades y le dieron prioridad a la especialidad de medicina, dándoles mayor número de camas y aumento de lugares de trabajo.

2.2 CENTRO DE SALUD SAN JAUN DE MIRAFLORES

El Centro de Salud San Juan de Miraflores, pertenece a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur (DIRIS Lima Sur).

2.2.1 CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS:

Ocupa la zona inter cuenca baja del río Rímac y el río Lurín; entre el denominado tablazo marítimo y los contrafuertes andinos, zona en la que en la década de los 80, era dirigida por la Región de Salud de Lima Metropolitana, que estaba conformada por las Áreas de Salud N° 24 y 26.

El Área de Salud N.º 24 tenía como base el Hospital María Auxiliadora y la jurisdicción de los distritos de Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores, Villa El Salvador, que incluía a los balnearios de la costa sur hasta los límites de Chilca y Mala; al Área de Salud N.º 26 correspondía la jurisdicción de los distritos de Barranco, Chorrillos, Santiago de Surco, Miraflores, Surquillo y parte del actual distrito de San Borja (2).

Todos los distritos de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur pertenecen a la región costa y su altitud no sobrepasa los 180 m.s.n.m.

Los distritos que la conforman son de característica heterogénea, ya que comprende zonas urbanas, urbano marginales, rurales y balnearios. Límites:

-Norte: Distritos de Miraflores, Surquillo y San Borja.

-Noreste: Distritos de Ate, La Molina y Cieneguilla.

-Este: Provincia de Huarochirí (distritos de Antioquia, Sto. Domingo de los Olleros).

-Sur: Provincia de Cañete (Chilca).

-Oeste: Océano Pacífico.

2.2.2 NIVEL DE COMPLEJIDAD:

El C.S. San Juan de Miraflores es uno de los establecimientos más importantes del distrito de San Juan de Miraflores, brindan atención a la población comprendida en la zona central, y panamericana del distrito, estando regido por las políticas del sector salud. Tiene asignada para el año 2020 una población de 42,291 habitantes. Actualmente la categorización del establecimiento es, la cual I-3.

2.2.3 SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA

AREA NO COVID:

- Medicina.
- Odontología.
- Psicología.
- Obstetricia.
- Planificación Familiar.

- Orientación en cáncer.
- Crecimiento y Desarrollo.
- Inmunización.
- Nutrición.
- ITS- VIH- TARGA.
- Terapia física.
- Control de tuberculosis.
- Tópico.
- Farmacia.
- Laboratorio.

AREA COVID

- Triage.
- Medicina.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

Las patologías descritas en los casos clínicos en este informe serán brevemente detalladas en este capítulo.

En Medicina Interna vimos el caso de una pancreatitis aguda, esta es una enfermedad inflamatoria del páncreas que también abarca tejidos vecinos. La etiología más común es por litiasis vesicular y barro biliar, pero también pueden ser a causa del alcohol, hiperlipemias, infecciones virales, fármacos y post CPRE.

Las manifestaciones clínicas son dolor abdominal brusco, intenso localizado en epigastrio, irradiado en banda hacia flancos y en ocasiones se irradia a la espalda. Se acompaña de vómitos y náuseas. Puede presentar fiebre baja, taquicardia, hipotensión.

Como signos de complicación están los signos de Cullen; decoloración azul en el área periumbilical y el signo de Turner; decoloración azul – rojiza en ambos flancos.

Para el diagnóstico hay criterios que se deben de cumplir estableciendo por lo menos dos de tres de estas condiciones: Primero está el cuadro clínico característico, este es un dolor abdominal súbito, en epigastrio a menudo en forma de “cinturón” irradiado a espalda. Segundo es laboratorial, tiene que haber una elevación de amilasa o lipasa mayor se 3 veces su valor y por ultimo los hallazgo característico en pruebas de imagen(3).

El tratamiento es fundamentalmente de soporte, se da la reposición de la volemia: Es esencial del tratamiento inicial, restituir y mantener el volumen intravascular en las primeras 48hrs del ingreso del paciente, se le coloca CLNA 0.9%, se le indicara albumina si la cifra de este es menor de 3gr/dl (4).

Se emplearán analgésicos no esteroideos tipo diclofenaco o ketoprofeno también si el dolor es mayor se puede dar petidina de 1 a 2 mg/kg por vía endovenosa.

Se le indica reposo pancreático por lo que es necesario la suspensión de la vía oral, se puede hacer descompresión gástrica con empleo de sonda nasogástrica.

En el caso clínico es una pancreatitis leve, por lo tanto, se recomienda un inicio precoz de la alimentación oral, inclusive dietas solidas bajas en grasas.

Para el alta del paciente se tiene que tomar en cuenta algunos criterios como la tolerancia a dieta blanda hipograsa, que no presente dolor abdominal a la dieta, abrefril 48 hrs, y a la hora de la alta médica se le da algunas recomendaciones al paciente como no consumir alcohol, no fumar, si esta con sobrepeso, pues bajar de peso.

Para determinar el pronóstico de una pancreatitis aguda se usa sistemas con puntuaciones multifactoriales como: APACHE II, los criterios de Ranson, Baltazar para predecir la severidad.

La siguiente patología es Infección del tracto urinario (ITU), esta es una enfermedad infecciosa más frecuente en las mujeres en edad reproductiva, en el caso clínico se diagnosticó una pielonefritis, como sabemos esta es una ITU no complicada del tracto urinario alto; estas consisten en infecciones que ocurren en pacientes sin alteraciones urológicas o enfermedades predisponentes,

La etiología de la pielonefritis no complicada son E.coli y Kleibsiella spp.

Los criterios diagnósticos clínicos son: Fiebre y dolor en la fosa renal, asociado o no a síndrome miccional bajo (disuria, tenesmo, polaquiuria, etc., se le tiene que asociar los exámenes auxiliares como un hemograma completo y un examen de orina , observando una leucocituria(5).

Para el tratamiento es empezar con antibióticos de forma empírica, y comentar a la paciente que antes de iniciar el tratamiento es necesario hacer un urocultivo.

La guía práctica del Minsa nos refiere que si no presenta criterios de hospitalización: el medicamento de elección sería la cefixima 400 durante 7 días como alternativa también se usaría ciprofloxacino 750 mg cada 12 h durante 7 día o Amoxicilina/clavulánico 875/125mg cada 8 horas vo 7 días(6).

En el caso de la paciente se le dio cefalexina 500 x 7 días como tratamiento.

En la especialidad de Cirugía general vimos el caso de hernia umbilical, como sabemos esta es la protrusión de las vísceras contenidas en la cavidad abdominal a través de un orificio en la cicatriz umbilical originando una rotura o desgarro de la capa muscular. En el caso clínico era una hernia umbilical complicada ya que la protrusión no era reductible generando así un estrangulamiento, las manifestaciones clínicas son signos de obstrucción intestinal y compromiso del estado general; presentando fiebre, taquicardia, polipnea e hipotensión sugieren sepsis y por lo tanto comprometen gravemente la vida del paciente.

La terapéutica a seguir es:

Preoperatorio:

- Batería hemática preoperatoria (exámenes pre quirúrgicos)
- NPO (Nada por vía oral) previo a la intervención quirúrgica y reiniciar dieta líquida entre 6 a 8 horas posterior a la intervención.
- Hidratación endovenosa en el preoperatorio: Cloruro de Sodio 9%1000cc, de acuerdo al estado de hidratación y la capacidad cardiovascular. Cambiar a Dextrosa 5% en el postoperatorio.
- Uso de analgésicos antiinflamatorios: ketorolaco 30 -60 mg EV c/8h o Metamizol 1gr EV c/8H.
- El uso de antibioticoterapia profiláctica está recomendado para prevenir las infecciones postoperatorias: Cefazolina 1gr EV pre inducción como única dosis. Si hay alergia a los B-lactamicos: Ciprofloxacino 200 mg Ev dosis única o clindamicina 600 mg EV stat.
- Protección gástrica con Ranitidina 50 mg EV u Omeprazol 40 m.

Intraoperatorio:

Hernio plastia: Reparación de la pared musculo – aponeurótica con una prolija asepsia y hemostasia. La sutura de los planos tiene que ser con material reabsorbible y no debe estar a tensión. El uso de mallas implica la colocación de material protésico de polipropileno, en cirugía limpia. Se recomienda el uso de antibiótico profilaxis de dosis única en estos pacientes.

Cura quirúrgica de Hernia: Es la reparación de la pared musculo aponeurótica, cerrando el defecto herniario con sutura sin la necesidad de colocación de una malla protésica (7).

Como segunda patología en cirugía es apendicitis no complicada.

Criterios diagnósticos

Síntomas. - Dolor Epigástrico o peri umbilical, que se localiza en cuadrante inferior derecho, náuseas, vómitos e hiporexia; habitualmente fiebre ligera, malestar general. Ocasionalmente diarreas o estreñimiento, disuria. La localización del dolor puede variar de acuerdo a las variaciones de localización del apéndice en el ciego, como también la edad (8).

Signos. - Al inicio no se evidencia dolor, al cabo de algunas horas hiperalgesia progresiva en cuadrante inferior derecho; puede haber ausencia de temperatura o menor a 38°C, generalmente disociación de temperatura oral rectal en 1°C; tener presente los signos positivos de: Mc. Burney, Rovsing, Psoas, Lanz, Lecene, Morris, Sherrin , Blumberg. Tacto rectal: puede ser normal al principio, luego dolor pared lateral derecho.

Procedimientos Auxiliares Hemograma: Generalmente leucocitosis moderada con desviación Izquierda. Sedimento urinario: Generalmente normal o algunos leucocitos.

Radiografía Simple de abdomen: No existen cambios específicos.

Ecografía: No existen cambios específicos.

Manejo operatorio;

Apendicetomía tipo I, ya que es una apendicitis no complicada sin perforación macroscópica. Una apendicitis flemosa

Tratamiento quirúrgico: apendicetomía clásica; no se realiza lavado. No drenaje y se realiza el cierre de pared por planos.

En la rotación de Gineco – obstetricia se tocó las patologías de preclamsia y flujo vaginal.

La preclamsia es la hipertensión arterial más proteinuria, después de las 20 semanas de gestación.

Se clasifican en:

Preeclampsia leve: Presencia de:

- Presión arterial mayor o igual que 140/90 mmHg.
- Proteinuria cualitativa desde trazas a 1 + (Test de ácido sulfosalicílico).

Preeclampsia severa: La presencia de preeclampsia y una o más de las siguientes características:

- Cefalea, escotomas, reflejos aumentados.
- Presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg.
- Proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (test de ácido sulfosalicílico).
- Compromiso de órganos que se manifiestan por oliguria, elevación de creatinina sérica, edema pulmonar. disfunción hepática, trastorno de la coagulación, ascitis (9)

Eclampsia: Crisis de convulsiones generalizadas que sobreviene bruscamente a un estado de preeclampsia.

En el caso clínico es una preclamsia leve, según el Minsa se debe manejar de la siguiente manera:

Si es un Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categoría I-1), se debe evaluar la presión arterial. Si se encuentra elevada coordinar con el establecimiento con FONB y referir con vía endovenosa segura de ClNa 9‰ a establecimiento con FONE(10).

Si es un Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-2, I-3), se debe evaluar la presión arterial, si se encuentra elevada iniciar tratamiento, comunicar y referir.

El manejo obstétrico tomado en el centro de salud San Juan de Miraflores es el manejo adecuado referente a la guía del Minsa(11).

La otra Patología es Flujo Vaginal por tricomona, esta es una enfermedad de transmisión sexual, el manejo del flujograma del síndrome de flujo vaginal según el Minsa es primero es tomar la historia clínica del paciente, luego evidenciar el flujo vaginal anormal y por último dar tratamiento para el síndrome de flujo vaginal, informar a la paciente, brindar consejería ETS y VIH, promover el uso de condones(12).

En este caso por ser la etiología trichomona se le da tratamiento con metronidazol de 2gr.

Observando los procedimientos dados por el Minsa, el Centro de Salud San Juan de Miraflores maneja adecuadamente la patología de la paciente.

Por último, se vieron las patologías de Gastroenteritis y Asma en Pediatría.

La gastroenteritis se define como la disminución de las deposiciones o el aumento en el número de evacuaciones (3 o más en un tiempo de 24hrs), se puede acompañar de náuseas, vómitos, fiebre y dolor abdominal. La duración es menor de 7 días para poder considerar como aguda(13).

Las causas pueden ser por infección viral, bacteriana, intoxicaciones, fármacos, endocrinopatías.

El plan de trabajo se maneja debido al nivel de deshidratación que presenta el paciente:

- Diarrea sin deshidratación: se usa el Plan A, Tratamiento en el hogar y prevención de la deshidratación
- Diarrea con deshidratación: iniciar Plan B, Terapia de rehidratación oral.
- Diarrea con deshidratación y shock: dar Plan C. Terapia endovenosa.
- Referente a la guía del Minsa, en el Plan A es el tratamiento en el hogar:
 - Aumentar la ingesta de líquidos adecuados.
 - Continuar con la alimentación y brindar orientación nutricional
 - Educar para que no tenga nuevos episodios de diarrea.

En el caso clínico se tomó las medidas del plan a para dar tratamiento a la paciente ya que no presentaba signos de deshidratación(14).

Por último, se tocó el tema de crisis asmática;

Para determinar el grado de severidad de la obstrucción bronquial se utiliza el score de Bierman y Pierson, este score utiliza los siguientes parámetros frecuencia respiratoria en un minuto, cianosis, uso de musculatura accesorias y sibilancias cada uno con diversos puntajes asignados(15).

- La crisis con puntaje de 3 a 5 son leves.
- Puntaje de 6-9 son moderadas.
- Puntaje de 10 a 12 severas.

El tratamiento según la severidad:

El uso de beta 2 agonistas es la forma de manejo propia de preferencia debe usarse la vía inhalatoria de manera inmediata si el score es de tres puntos a más mediante un inhalador con aerocámara.

Esteroides por vía endovenosa o intramuscular si hay presencia de tiraje subcostal o antecedente de haber recibido esteroides inmediatos en una crisis anterior.

Administrar beta 2 agonistas de corta acción como salbutamol o fenoterol.

En este caso el diagnóstico fue una crisis asmática leve por lo cual se le dio salbutamol por vía inhalatoria(15).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Al iniciar el internado en el Hospital de Vitarte, la experiencia vivida fue agradable y a la vez muy agotadora ya que se roto por Medicina Interna, dado que el horario establecido fue muy demandante y exigente para nosotros. El acoplarnos fue todo un proceso.

En el área de hospitalización se pudo poner en prácticas distintos procedimientos mínimos quirúrgicos, ver todo el proceso y la evolución día tras día del paciente. Dado al trato diario con los pacientes uno llega a tener una estima para con ellos.

La segunda rotación fue en el área de Cirugía General, esta rotación fue dada durante la pandemia, por dicho motivo el ingreso a sala quirúrgica fue mínima y esto fue perjudicial para nosotros dado que no tuvimos la práctica quirúrgica necesaria. En el área de hospitalización las visitas en el turno mañana se vieron afectadas ya que no se podía estar por mucho tiempo y con un mínimo de personas para evitar la aglomeración.

La Rotación de Gineco-obstetricia se realizó en el Centro de Salud San Juan de Miraflores, aquí hubo muchas limitaciones entre ellas es que el centro no contaba con el área de Ginecología, por este motivo no se pude tener prácticas en partos ni entrar a sala quirúrgica.

La última rotación fue por el área de Pediatría, también realizada en el Centro de Salud San Juan de Miraflores, las limitaciones que se dieron debido a la pandemia en esta rotación fue que había pocos pacientes citados por día y no había específicamente la especialidad de pediatría en el centro de salud, sino se veían casos en medicina general. Pero se roto por inmunizaciones y

anemia, estas rotaciones sirvieron para poner en práctica y afianzar el conocimiento obtenido.

Finalmente quisiera acotar que la rotación ya sea en el Hospital o Centro de Salud son importantes de igual manera. Por este motivo se debería dar una mayor importancia de la que se da a los establecimientos de salud.

Tras lo vivido se observa que hay falta de personal e implementación en las diversas áreas del establecimiento de salud, que limitan la atención al paciente.

Hoy en día sabemos que el Serums se realiza en un estableciendo de salud, este sería otro de los motivos por el cual el interno de medicina debería tener rotaciones tanto en hospital como en un establecimiento de salud, para que así no tenga muchas complicaciones al iniciar el proceso de serums.

CONCLUSIONES

1. El internado hospitalario llevado a cabo en el Hospital de Vitarte, cumple en gran parte con los objetivos buscados, logrando afianzar y complementar los conocimientos adquiridos en la universidad.
2. Las rotaciones dadas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores cumplen en gran parte con los objetivos buscados, logrando así afianzar los conocimientos teóricos.
3. Las Rotaciones medicas son de transcendental importancia en la formación médica integral.
4. La propia iniciativa y motivación del interno es de gran importancia para un mejor desarrollo y aprovechamiento del internado médico.
5. Son muy importantes las practicas clínicas porque es ahí donde hay un mayor contacto con el paciente.
6. Se debe dar igualdad de importancia las prácticas en un Centro de Salud y un Hospital.
7. La pandemia afecto el desarrollo de un internado practico óptimo.
8. Contra todo el cambio de protocolos de seguridad de los establecimientos de salud, se llegó a tener las practicas clínicas.

RECOMENDACIONES

1. Se debe poner mayor énfasis al curso de semiología médica en la facultad, para así poder lograr una mejor formación médica del interno y pueda desenvolverse con acierto y seguridad en las rotaciones hospitalarias.
2. Se debe brindar mayor horario en los centros hospitalarios ya que rotar solo 15 días al mes es muy poca práctica.
3. Los Hospitales deberían de brindar los equipos completos de protección a los internos.
4. Se debería tener mayor empatía con los internos, ya que los médicos ya han pasado por ese proceso y saben que es complicado.
5. Se debería implementar con mayor frecuencia el servicio de farmacia ya que en los centros de salud carecen de estos.
6. Los internos de medicina deberían tener prácticas tanto en hospitales como en centros de salud.
7. En el centro de Salud, el servicio de laboratorio, debería atender todo el día, ya que perjudica la evaluación, diagnóstico, seguimiento de los pacientes y de los pacientes del establecimiento cercanos.
8. En los hospitales deben facilitar los medios necesarios para que se apliquen reglamentos de prevención según los protocolos establecidos y las normas vigentes en cada establecimiento de salud.
9. Utilizar siempre el equipo de protección individual y el lavado de manos antes, durante y después de estar en contacto con el paciente.
10. Mantener el distanciamiento, minimizar el tiempo de comunicación siendo de la forma más clara y concreta posible para evitar riesgos de contagio y no poner en peligro al personal de salud.
11. Realizar teleconsultas programadas para la evaluación de pacientes

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital de vitarte. Análisis de situación de Salud Hospitalario 2019. Perú: Minsa [Internet] [citado el 11 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/PORTAL/mod/transparencia/download.php?transparencia=779>
2. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur. Plan Operativo Institucional anual 2020 Unidad Ejecutora 145-01685. Perú: Minsa [Internet]. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <http://dirislimasur.gob.pe/archivo/DIRECCIONES/ADMINISTRACION/PRES UPUESTO/POI%202021.pdf>
3. Santhi Swaroop Vege, MD. Management of acute pancreatitis. USA: UpToDate [Internet]. [citado 12 de abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
4. Surco Y, Huerta Mercado J, Pinto J, Piscoya A, De Los Ríos R, Prochazka R, et al. Predicción precoz de severidad en pancreatitis aguda. Rev. gastroenterol. Perú [internet]. 2012 [citados 12 de abril]; 32(3):241-250. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292012000300002&lng=es.
5. Cortes JA, Perdomo D, Morales RA, Alvares CA, Cuervo SI, Leal AL, et al. Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de infección de vías urinarias no complicada en mujeres adquirida en la comunidad. Rev. Fac Med. 10 de diciembre de 2015;63(4):565-81.
6. Pemberthy López C, Gutiérrez Restrepo J, Arango Salazar N, Monsalve M, Giraldo Alzate N, Gutiérrez H, et al. Aspectos clínicos y farmacoterapéuticos de la infección del tracto urinario. Revisión estructurada. CES Med [Internet]. Jul-dic. 2011 [citado 12 de abril];25(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-87052011000200003&script=sci_arttext&tlng=pt
7. David C Brooks, MD. Overview of abdominal wall hernias in adults. USA: UpToDate. [Internet]. [citado 13 de abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-abdominal-wall-hernias-in-adults?search=hernia%20umbilical&source=search_result&selectedTitle=1~52&usage_type=default&display_rank=1
8. David C Brooks, MD. Management of ventral hernias. USA: UpToDate [Internet]. [citado 13 de abril]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-ventral->

hernias?search=hernia%20umbilical&source=search_result&selectedTitle=3~52&usage_type=default&display_rank=3

9. Guevara Ríos E, Meza Santibáñez L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Rev. Perú Gineco Obste. octubre de 2014;60(4):385-94.
10. Per.; Ministerio de Salud, Per.; Dirección General de Salud de las Personas. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutoria: guía técnica. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas; 2007.
11. Sheldon R. Morris. Tricomoniasis - Enfermedades infecciosas. USA: Manual MSD versión para profesionales. [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/enfermedades-infecciosas/enfermedades-de-transmisi%C3%B3n-sexual/tricomoniasis>
12. OMS | Salud sexual [Internet]. WHO. [citado 14 de abril 2021]. Disponible en: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
13. Gonzales S. C, Bada M. C, Rojas G. R, Bernaola A. G, Chávez B. C. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en pediatría Perú - 2011. Rev. Gastroenterol Perú.;31(3):258-77.
14. Deborah M. Consolini. Diarrea en niños - Pediatría. USA: Manual MSD versión para profesionales. [Internet] [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/pediatr%C3%ADa/s%C3%ADntomas-en-lactantes-y-ni%C3%B1os/diarrea-en-ni%C3%B1os>
15. Castillo Laita JA, De Benito Fernández J, Escribano Montaner A, Fernández Benítez M, García de la Rubia S, Garde J, et al. Consenso sobre tratamiento del asma en pediatría. An Pediatría. 1 de septiembre de 2007;67(3):253-73.