



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO PREVIA A LA
PANDEMIA Y DURANTE EN EL HOSPITAL MILITAR, HOSPITAL
VITARTE Y CENTRO MATERNO INFANTIL DURANTE LOS AÑOS
2020-2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

DANIEL ARMANDO LAZARTE TIMANA

ASESOR

DR. JOSE FRANCISCO PARODI GARCIA

LIMA, PERÚ
2021



**Reconocimiento
CC BY**

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO PREVIA A
LA PANDEMIA Y DURANTE EN EL HOSPITAL MILITAR,
HOSPITAL VITARTE Y CENTRO MATERNO INFANTIL
DURANTE LOS AÑOS 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
DANIEL ARMANDO LAZARTE TIMANA**

**ASESOR
DR. JOSE FRANCISCO PARODI GARCÍA**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: MG. Alejandra Parhuana Bando

Miembro: M.E. Víctor Emilio Cubas Vásquez

Miembro: M.E. Ramón Romel Silva Romero

DEDICATORIA

Dedicada a mis Padres, mis hermanos, mis abuelos (los que están y los que partieron) y mi familia en general. Fueron años complicados, lamento haberme perdido momentos con ustedes, pero en cada paso que doy los llevo siempre en mi corazón.

Va dedicada a todas las personas que perdieron o siguen en su lucha contra el COVID-19.

Daniel Armando Lazarte Timaná

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios, Jesús y la Virgen María de La Merced por darme fuerzas cuando pensaba que no podía, gracias a mis padres que con tanto esfuerzo pudieron sacarnos adelante y enseñarnos, a mis hermanos y a mi, que lo mas importante es la familia y el amor que nos tenemos entre nosotros, gracias a mi familia que siempre estuvo presta a ayudarme, gracias a todos los que formaron parte de mi crecimiento personal como profesional.

No fue un año sencillo, pero siempre supe levantarme frente a las adversidades al recordar sus consejos, es por ello que hoy gracias a ustedes estoy, perdón, ESTAMOS por cumplir esta meta que tanto añoraba y deseaba.

ÍNDICE

Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación: Ginecología	6
1.2 Rotación: Pediatría	8
1.3 Rotación: Medicina Interna	10
1.4 Rotación: Cirugía	13
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	16
2.1 Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber	16
2.2 Hospital Emergencia Ate Vitarte	16
2.3 Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo	17
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	19
3.1 Ginecología	19
3.2 Pediatría	20
3.3 Medicina Interna	22
3.4 Cirugía	24

CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRITICA DE LA EXPERIENCIA	27
4.1 Ginecología y Obstetricia	27
4.2 Etapa Cuarentena	28
4.3 Medicina Interna	29
4.4 Cirugía General	30
4.5 Pediatría	30
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
BIBLIOGRAFIA	34
ANEXOS	39
1. Certificado de la Universidad Nacional de Moquegua.	40
2. Certificdo de la Universidad San Martin de Porres	41

RESUMEN

El inicio de un internado en un centro hospitalario al verse forzado su paralización debido a una pandemia, llevando a que su reanudación sea en un centro de primer nivel de atención. Las diferencias entre ambos sectores son enormes, donde se aprecia en primera persona los pocos recursos de un sector olvidado, dejando a una población huérfana de una mejor atención, distante de un centro de tercer nivel de atención. Un internado médico muy enriquecedor al pasar por los distintos niveles de atención con casos clínicos como sarampión, apendicitis, diarreas, abscesos de la Glándula de Bartholino. Llevando a la conclusión que es importante en la formación del médico peruano poder experimentar el trabajo en el primer nivel de atención en un tiempo más prolongado que un curso de 4 meses.

Objetivo: Describir e identificar las habilidades adquiridas en cada rotación para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano, basado en el internado Médico desarrollado durante el periodo de diciembre del 2019 a abril del 2021.

Metodología: Recopilación de información según medicina basada en evidencias y experiencia propia del investigador en manejo de salud.

Conclusiones: Siendo un año atípico para el internado médico, se llegó a realizar las 4 rotaciones y poder ver de primera mano la parte preventiva y promocional que ofrece un primer nivel, además de tener la oportunidad de rotar en hospitales donde su principal característica es la recuperación y rehabilitación.

Palabra clave: internado médico, centro hospitalario, primer nivel, niveles de atención, formación.

ABSTRACT

The beginning of an internship in a hospital center when it was forced to stop due to a pandemic, leading to its resumption in a first-level care center. The differences between the two sectors are enormous, where the few resources of a neglected sector can be seen first-hand, leaving a population orphaned from better care, far from a third-level care center. A very enriching medical internship when going through the different levels of care with clinical cases such as measles, appendicitis, diarrhea, abscesses of the Bartholino Gland. Leading to the conclusion that it is important in the training of the Peruvian doctor to be able to experience work at the first level of care in a longer time than a 4-month course.

Objective: Describe and identify the skills acquired in each rotation to obtain the Professional Title of Surgeon, based on the medical internship developed during the period from December 2019 to April 2021.

Methodology: Compilation of information according to evidence-based medicine and the researcher's own experience in health management.

Conclusions: Being an atypical year for the medical internship, the 4 rotations were carried out and being able to see first-hand the preventive and promotional part that a first level offers, in addition to having the opportunity to rotate in hospitals where its main characteristic is the recovery and rehabilitation.

Key word: medical internship, hospital center, first level, levels of care, training.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se refiere al internado médico visto desde distintas etapas a lo largo de un año que pudo ser típico a volverse un internado atípico, donde se aprecia como se fue rotando por las distintas especialidades para poder consolidar y adquirir nuevos conceptos. Pasando desde un centro hospitalario como el Hospital Militar Central y Hospital Emergencia Ate Vitarte a un centro de primer nivel como Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo.

Con este trabajo se quiere dar a conocer la experiencia obtenida tanto en la parte academia como pre-profesional en más de un año de internado, al recordar lo explicado por nuestros maestros en cursos como salud pública tienen bastante a cierto al decir que nos enfocamos más en centros de mayor nivel, dejando de lado las postas de salud, donde teniendo tantas deficiencias tratan de dar lo mejor a sus pacientes. Trabajar en un centro de primer nivel en un aproximado de 6 meses ayudó a entender y comprender la problemática diaria de una población en la cual no ven con gran importancia como ven a un centro hospitalario.

Los casos expuestos tienen como objetivo identificar como se actuó en cada nivel, como principal limitación fue no poder llevar un seguimiento a los pacientes atendidos en el primer nivel de atención, muy distintos a los pacientes en hospitales donde se hacía un seguimiento desde el ingreso hasta su alta médica. Con esto hacer hincapié a la necesidad de reforzar la atención en primer nivel y hacer que los médicos tengan una experiencia más cercana para cuando realicen al siguiente año su Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado medico es una parte importante en la carrera de medicina, siendo llevado en el 7mo año de carrera, luego de 3 años de ciencias básicas y 3 años de practicas hospitalarias, siendo de vital importancia esta etapa, antes de llegar a la practica profesional de la carrera de medicina humana. El internado medico es por lo cual, el año que el estudiante de medicina consolida y pone en practica todo lo aprendida, siendo un valor agregado el mayor contacto con pacientes y así poder desarrollar una relación medico paciente optima, el saber como es el manejo hospitalario, con sus virtudes y deficiencias a las que un personal de salud o pacientes se ven expuestas. Por motivos de pandemia estas características se fueron modificando y al conocer de primera mano como funciona el sistema de salud de primer nivel y con eso ayudar a entender que tan lejos estamos de un enfoque biopsicosocial, siendo uno de las estrategias de la atención primaria de la salud en el sistema de salud, cambiando la parte recuperativa y rehabilitadora por una preventiva y promocional.

La carrera de medicina a lo largo de sus 7 años de formación es demandante, requiriendo disciplina, dedicación y sacrificio, además de un estudio continuo, por las razones que un estudiante de medicina en cualquiera de sus años, se ve en la obligación de alejarse de su familia y ciertos contextos sociales para llegar a un fin, que es terminar la carrera con los conocimientos bien aprendidos, ya que es una carrera que te da la labor de tratar la vida de una persona y eso lo vuelve de suma vitalidad.

Un internado consta de practicas netamente hospitalarias, con una duración de 1 año, frente al nuevo contexto en el cual se vivió, solo se pudo aprovechar la vida hospitalaria en 2 meses, siendo el inicio del internado medico el 27 de

diciembre 2019, donde se pudo completar la primera rotación asignada a cada interno de medicina, en el caso del autor del presente informe realizo su internado medico en el Hospital Militar Central, donde su primera rotación fue en el servicio de Ginecología y Obstetricia, en el área A-3-2. El primer día se dio una inducción a todo el grupo de internos de medicina, donde se nos dio los horarios de entrada y de salida, la indumentaria de color blanco que se iba a utilizar y desde luego si se incumplía alguna falta se nos vería amonestado. Ese mismo día, el jefe de servicio de Ginecología, el Doctor Talavera, junto con el Residente de segundo año, Doctor Jara, nos hicieron una breve inducción de como se trabaja en el servicio y que se repartirían en 3 sub áreas: hospitalización, consultorio y emergencia.

En hospitalización se indico que las evoluciones de los pacientes debían estar listas para las 7am para pasar una pre-visita con el medico residente de segundo año Dr. Jara, así cuando llegue el medico asistente poder pasar la visita medica. En emergencia se encontraba obligatoriamente 2 internos a cargo, estos mismos debían hacer la anamnesis completa al paciente e identificar la patología, dar al medico un diagnostico presuntivo con el debido tratamiento, si era una emergencia quirúrgica un interno ingresaba a sala con al medico asistente y un interno quedaba en emergencia. En consultorio se procedía hacer la anamnesis al paciente y las preguntas orientadas al motivo de consulta de la paciente, donde, dependiendo de la patología se podía programar una operación según lo que dictaminaba la junta medica.

El autor al ver que la cantidad de pacientes era mínima y en 2 meses solo se había visto 2 partos vaginales, decidió hacer una rotación externa en un hospital donde pudiera desarrollar sus capacidades y aplicar lo aprendido en sus años de estudiante de medicina, por lo que accedió a una rotación externa en el Hospital Emergencia Ate Vitarte, con la duración de un mes, iniciando el 1ro de marzo.

Al ser el autor un nuevo interno en la rotación, tuvo una breve inducción a cargo del medico asistente, Dr. Arango, y la medico residente de segundo año, Dra. Gonzales, cabe recalcar que en este hospital el autor ya sabía como era su manejo, al haber rotado el curso de Ginecología y Obstetricia en dicho nosocomio. Al igual que en el Hospital Militar Central, se subdividió las áreas de rotación del servicio de Ginecología y Obstetricia, donde en el área de

hospitalización se encontraban pacientes post parto, post operadas de cesárea, hernioplastia y otras patologías. Uno de los cambios drásticos que pudo apreciar el autor fue la demanda de pacientes, donde en hospitalización la entrada era 4am para poder realizar la evolución de todas las pacientes a cargo, que, por interno tenía a cargo hasta 10 pacientes por evaluar, muy distinto al anterior hospital de rotación, donde 4 internos tenían a cargo 1 paciente.

Luego se tuvo una breve rotación en emergencia-sala de partos, donde el autor pudo atender emergencias como amenazas de abortos, abortos, partos en fase expulsiva, pre eclampsias, etc. Lamentablemente, el 15 de marzo mientras el autor realizaba su última guardia en hospitalización se dio la alarma que iniciaría la cuarentena, siendo el médico jefe del servicio el que nos alertara a los internos de retirarnos del hospital y esperar a un pronunciamiento oficial para el pronto retorno, viéndose así inconclusa esta rotación por motivos de pandemia, por virus COVID-19.

Los casos fueron en aumento y el panorama no era el más ideal para exponer a los internos a tamaña crisis que vivía el país, por lo que las autoridades se vieron en la obligación de esperar un tiempo prudente y evaluar constantemente la reanudación del internado médico. Siendo así que, en agosto del 2020, salió un Decreto de Urgencia N° 090-2020, donde se daba autorización al regreso de los internos, bajo ciertas medidas de bioseguridad que tanto el establecimiento de salud y la universidad misma debía cumplir (1). No fue hasta en noviembre del mismo año donde se permitió regresar a los centros de salud según la disponibilidad de cada establecimiento, donde en algunos casos se dio a elegir entre un centro de primer nivel o volver al centro de salud de origen. El autor tenía como prioridad regresar a su centro de salud de origen pero al presentar inconvenientes en base a la negativa del Hospital Militar de entregar equipo de protección personal a los internos, siendo estos mismos los responsables de adquirir por su cuenta la indumentaria correcta, el autor se vio en la necesidad de no exponerse a un posible contagio y aceptar ir a una sede de primer nivel de atención, ya que este mismo sí garantizaba brindar a los internos el equipo de protección personal completo, que constaba de mandilón, botas, gorro, mascarilla kn95 y guantes. Otra de las nuevas medidas que se tomó fue que cada rotación

contaría con 15 días de labor en el centro de salud y 15 días de trabajo remoto en un mes, con la posibilidad de hacer una rotación externa en los Hospitales Vitarte y Bernaldes para las rotaciones de Ginecología, Cirugía y Pediatría.

La asignación del nuevo centro de salud fue el Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo. Dicho centro de salud cuenta con los servicios de Inmunizaciones, Programa contra Tuberculosis, Anemia, Ginecología y Obstetricia, COVID-19 y emergencia de medicina y obstetricia. Cabe resaltar que no existió rotación en el área de COVID-19 por las medidas de seguridad frente a los internos.

La inducción realizada por el Dr. Mattos en el CMI-VMT consistió en como serían las rotaciones por cada servicio, la hora de entrada y salida, las guardias en el servicio de medicina y las campañas de vacunación que se realizan mensualmente.

El servicio de inmunizaciones a cargo de la Licenciada Maique se puso en práctica el calendario de vacunación, donde por el mes de noviembre apareció unos brotes de difteria, por lo que se tuvo un gran aforo de pacientes que llegaban al centro de salud para colocarse dicha vacuna, además que se pudo vivir de primera mano las campañas de vacunación donde los pacientes acudían en masas y por el otro lado se pudo observar como algunos pacientes pediátricos no contaban con todas sus vacunas, incluso se encontró regular cantidad de pacientes que no tenían ninguna vacuna aplicada.

En el Programa contra Tuberculosis a cargo de la Dra. Mariella Alor se identifica a los pacientes portadores de tuberculosis y su respectivo seguimiento al entorno para el cumplimiento del tratamiento, se veía como los pacientes evolucionaban con la enfermedad y también las medidas preventivas que se tenía, la doctora menciona que se tenía varios pacientes XDR y MDR, que en su mayoría no cumplían con el tratamiento a pesar que se les hacía un seguimiento constante y la toma de medicamentos en el mismo centro de salud.

El servicio de anemia, se realiza un trabajo junto al servicio de nutrición, donde esta a cargo el Dr. Naveda y la Licenciada de nutrición Ruth, es aquí donde primero pasan por dosaje de hemoglobina todos los pacientes provenientes de inmunización, donde se veía si el paciente necesitaba tratamiento profiláctico, medico o era continuador de tratamiento. Ya sea para tratamiento

o profilaxis, la licenciada de nutrición brindaba una charla de alimentos en los cuales los padres se les instruía en que alimentos podían ayudarlos a mejorar la anemia.

En el servicio de Ginecología y obstetricia estaba a cargo de los doctores Conde y Arellano donde se atendía emergencias obstétricas o consultas ginecológicas y obstétricas. A fines de diciembre el Doctor Arellano dio positivo a COVID-19, donde fue internado en el hospital Rebagliati, quedando a cargo el Doctor Conde, esta rotación fue de mucha ayuda para el autor, ya que pudo volver a tocar los temas llevados a inicios de año.

Finalizando con el servicio de emergencia de medicina, donde los doctores Mattos, Pastor, Flores e Inga eran los encargados de atender cualquier emergencia de resolución en el primer nivel de atención, siendo provechoso y una de las rotaciones mas esperadas, ya que se podía ver como era el manejo del primer nivel de atención, cuando ameritaba una referencia, algo que se vera mucho en el servicio rural próximo a realizarse.

En el mes de diciembre se dio la oportunidad de hacer una rotación externa en el Hospital Emergencia Ate Vitarte, para la rotación de cirugía y traumatología, iniciando el 16 y culminando el 31 de diciembre, donde el jefe de cirugía, Dr. Medrano, nos dios la bienvenida junto a los residentes de segundo año, la indicación era dividirnos en 2 grupos, estando en emergencia y hospitalización, por motivos de pandemia no se realizaba consultorio. La indicación en hospitalización fue tener las historias con su respectiva evolución a las 7am y pasar una pre-visita con el residente de guardia, para luego hacer la visita medica con el medico de guardia, luego de ello se tenia que hacer las altas, interconsultas y curaciones de heridas operatorias de los pacientes. Mientras que el servicio de emergencia se atendía a los pacientes que por lo general eran apendicitis, poli-traumatizados, heridas por arma blanca o de fuego y sutura de heridas, en estos casos no se sabia si los pacientes a quienes estabas tratando era COVID-19 positivo, ya que solo se les hacia pruebas a los ingresos a hospitalización.

Además, en el hospital de vitarte se hizo una rotación de 5 días por el área de traumatología, donde se vieron casos de fractura del boxeador, de clavícula, luxación acromio clavicular, etc. Siendo de gran impacto en el autor al ver como se realizaba las reducciones de las propias luxaciones.

Cabe recalcar que el hospital no brindaba equipo de protección personal completo, por lo cual y de gran consideración, nuestro centro materno infantil entregó EPP para algunos días.

Nuevamente en el Centro Materno Infantil de Villa María del triunfo se concluyo con las rotaciones faltantes y a la espera de rendir el Examen Nacional de Medicina.

1.1 Rotación: Ginecología

CASO 1:

Paciente sexo femenino, con fecha de ultima regla 16/02/2020, acude a consulta por presentar un flujo mal oliente en área genital, refiere haber tenido hace unos días relaciones sexuales con su pareja, con la cual manifiesta usar implante subdérmico, con el cual lleva 1 año.

Signos vitales: Temperatura: 37°C Presión Arterial: 120/70mmHg
Saturación de Oxígeno: 96% Frecuencia Cardiaca: 90lpm Frecuencia Respiratoria: 22rpm

Antecedentes: Fecha de ultima regla 15-01-2020, niega antecedentes médicos, niega RAMS, G0P0, ultimo PAP negativo en 2019, método anticonceptivo implante subdérmico, niega antecedentes quirúrgicos.

Al examen físico se encuentra con funciones biológicas:

- Apetito: normal
- Sed: normal
- Deposiciones: semilíquidas
- Sueño: normal
- Orina: amarilla

Ectoscopia: paciente despierto, orientado en tiempo espacio y persona

Piel: elástica, hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos.

Ojos: conjuntivas hidratadas

Orofaringe: Coloración uniforme, rosáceo, no presenta sequedad.

Cardiopulmonar: tórax simétrico expansible, ruidos respiratorios presentes en ambos hemitórax sin agregados ruidos cardiacos rítmicos normofonéticos sin soplos ni galope.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, distendido, depresible, timpánico, no doloroso a la palpación superficial y profunda.

Mamas: simétricas, no presentan secreciones, ni masas.

TV: pelvis ginecoide, cérvix retroverso, se evidencia flujo de aspecto amarillento verdoso.

Especuloscopia: con presencia de flujo amarillento verdoso, mal oliente.

El cérvix se encuentra un punteado rojizo aframbuezado.

Extremidades: moviliza 4 extremidades sin fasciculaciones

Neurológico: despierto, irritable, relacionado con el entorno.

Impresión Diagnóstica: *Trichomona vaginalis*

CASO 2:

Paciente mujer de 32 años de edad, acude por emergencia refiriendo que aproximadamente 4 días presento prurito en área genital, por lo que tomo un antihistamínico y no le dio importancia, hace 24 horas indica que siente una tumoración en región genital, por lo que decide acudir al servicio de emergencia del Hospital Militar Central.

Temperatura: 37°C Presión Arterial: 120/70 mmHg Saturación de Oxígeno: 99% Frecuencia Cardíaca: 80lpm Frecuencia Respiratoria: 16rpm

Antecedentes: Fecha de última regla 12-12-2019, niega antecedentes médicos, niega RAMS, G0P0, último PAP negativo en 2019, método anticonceptivo niega, niega antecedentes quirúrgicos.

Al examen físico se encuentra con funciones biológicas:

- Apetito: conservado
- Sed: conservada
- Deposiciones: normales
- Sueño: aumentado
- Orina: amarilla

Ectoscopia: paciente despierto, facie dolorosa

Piel: tibia, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos

Ojos: conjuntivas hidratadas.

Orofaringe: Coloración uniforme, rosáceo, no presenta sequedad.

Cardiopulmonar: tórax simétrico expansible, ruidos respiratorios pasan bien en ambos campos pulmonares, ruidos cardiacos rítmicos normofonéticos sin soplos ni galope.

Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, abdomen blando, no doloroso a la palpación superficial y profunda

Genitales: se evidencia herida de 2x2cm en 1/3 inferior de labio menor, con signos de flogosis. Doloroso a la palpación.

Extremidades: moviliza las 4 extremidades, sin fasciculaciones.

Neurológico: despierta, ubicada en tiempo, espacio y persona

Impresión Diagnóstica: Absceso de la Glándula de Bartholino

1.2 Rotación: Pediatría

CASO 3:

Paciente de 6 años acude a centro materno infantil junto a su madre, con tiempo de enfermedad de 4 días, Cursa con fiebre no cuantificada, madre indica que le administro paracetamol 1 tableta vía oral, al ver que no bajaba la fiebre decide traerlo al centro materno. Además, refiere que su menor hijo presenta unas manchas rojizas en su torso que generalizan al tercer día después de iniciada la fiebre.

Temperatura: 38.5°C Presión Arterial: 110/60mmHg Saturación de Oxígeno: 95% Frecuencia Cardíaca: 105lpm Frecuencia Respiratoria: 26rpm

Antecedentes perinatales: inmunizaciones incompletas, lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Niega hospitalizaciones previas y viajes en los últimos 15 días, amigo con quien suele jugar cerca a su casa presenta la misma sintomatología aproximadamente hace 5 días.

Al examen físico se encuentra con funciones biológicas:

- Apetito: disminuido
- Sed: aumentado
- Deposiciones: aparentemente normales

- Sueño: disminuido
- Orina: amarilla oscura

Ectoscopia: paciente despierto, irritable, alerta, ventila espontáneamente.

Piel: hidratada, se evidencia eritema maculo papular eritematoso en tórax y brazos

Ojos: hiperemia conjuntival

Nariz: con secreción nasal transparente

Orofaringe: congestiva, se aprecian lesiones blanquecinas perladas en cara interior de mejilla, manchas koplick.

Cardiopulmonar: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores, no tirajes, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Abdomen: no distendido, blando y depresible, no impresiona dolor a la palpación superficial como profunda, ruidos hidroaereos presentes.

Genitales: de acuerdo a edad y sexo, se observa eritema de pañal.

Extremidades: moviliza 4 extremidades, rangos articulares conservada

Neurológico: ubicado en tiempo, espacio y persona

Impresión Diagnostica: Sarampión

Síndrome febril

CASO 4:

Paciente menor de 5 años traído a emergencia del CMI-VMT por su madre, con tiempo de enfermedad de 2 días, refiere que su hijo presenta leve febrícula no cuantificada de forma diaria que persiste a pesar que se le dio un paracetamol hasta el ingreso. Caracterizado por vómitos (3 veces/día) y deposiciones liquidas con sangre (5 veces/día). A día de hoy a presentado la misma sintomatología, agregando dolor abdominal.

Temperatura: 37.5°C Presión Arterial: 100/60 mmHg Saturación de Oxígeno: 95% Frecuencia Cardíaca: 150lpm Frecuencia Respiratoria: 38rpm peso: 17kg

Al examen físico se encuentra con funciones biológicas:

- Apetito: disminuido
- Sed: aumentado

- Deposiciones: líquidas sanguinolentas
- Sueño: disminuido
- Orina: amarilla, conservada
- Peso: 16

Ectoscopia: paciente despierto, activo.

Piel: caliente, elástica, llenado capilar <2 segundos, mucosas secas, signo de pliegue negativo.

Ojos: lágrimas escasas, ojos hundidos

Orofaringe: presenta leve sequedad

Cardiopulmonar: tórax simétrico expansible, ruidos respiratorios presentes en ambos hemitórax sin agregados ruidos cardíacos rítmicos normofonéticos sin soplos ni galope, presenta taquicardia

Abdomen: Ruidos hidroaéreos incrementados, blando, depresible, timpánico. (niño no colabora para la palpación superficial y profunda)

Genitales: de aspecto y configuración normal

Extremidades: moviliza 4 extremidades sin fasciculaciones.

Neurológico: despierto, ubicada en tiempo, espacio y persona

Impresión Diagnóstica: Diarrea aguda disintérica por *S. flexneri*

Deshidratación leve-moderada

Síndrome doloroso Abdominal

Síndrome febril

1.3 Rotación: Medicina Interna

CASO 5:

Paciente de aproximadamente 60 años acude al CMI – VMT a las 11 de la mañana por leve cefalea y tinitus. Paciente refiere que tomó un paracetamol a las 8am, durante su desayuno al presentar cefalea, que con el paso de las horas no calmó, al presentar tinitus acude de emergencia al centro de salud. Como antecedentes de importancia el paciente es hipertenso, diagnosticado aproximadamente 5 años atrás. Paciente refiere que seguía estricto tratamiento antihipertensivo, pero por motivos de pandemia no le fue posible conseguir sus medicamentos y una vecina le recomendó ciertas hierbas que

lo ayudaría a controlar su presión y lo “curarían”. Paciente tomaba losartan 10mg una tableta diaria.

Examen físico:

Temperatura: 37°C Presión Arterial: 200/120 mmHg Saturación de Oxígeno: 96% Frecuencia Cardíaca: 100lpm Frecuencia Respiratoria: 22rpm

Paciente lucido orientado en tiempo espacio y persona; AREG, AREN, AREH.

Al examen físico se encuentra con funciones biológicas:

- Apetito: conservado
- Sed: conservado
- Depositiones: normales
- Sueño: disminuido
- Orina: amarilla

Ectoscopia: paciente despierto, fascie dolorosa

Piel: elástica, turgente, hidratada, llenado capilar <2 segundos.

Ojos: foto reactivas, no presentan alteración

Cardíaco: presenta ruidos cardíacos taquicárdico, regulares, rítmicos. No soplos.

Pulmonar: vibraciones vocales, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonar, sin ruidos agregados

Abdomen: blando, depresible, simétrico, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, ruidos hidroaéreos presentes.

Extremidades: moviliza las 4 extremidades sin ninguna alteración.

Neurológico: despierto, ubicado en tiempo espacio y persona, Glasgow 15/15.

Impresión Diagnóstica: Crisis Hipertensiva de Urgencia

Hipertensión Arterial

CASO 6:

Paciente de sexo femenino, 45 años, quien acude a emergencia del CMI-VMT refiriendo presentar escalofríos, fiebre de 38°C a la cual no tomo medicamentos al pensar que se le pasaría, lumbalgia a predominio izquierdo de aproximadamente 7 días de evolución, además que siente ardor al miccionar. Refiere que estuvo en contacto con su pareja que dio positivo a

COVID-19, para lo cual una vecina le recomendó tomar ivermectina 60 gotas como profiláctico. Niega náuseas y vómitos.

HTA: Niega Diabetes: Niega TBC: curada en 2015

Asma: Niega RAMs: niega Antecedentes Quirúrgicos: Niega

Funciones Vitales:

Temperatura: 39.5°C Presión Arterial: 100/60mmHg SatO₂: 98%

Frecuencia Cardíaca: 112lpm Frecuencia Respiratoria: 22rpm

Al examen físico se encuentra con funciones biológicas:

- Apetito: conservado
- Sed: conservada
- Deposiciones: líquidas sanguinolentas
- Sueño: disminuido
- Orina: amarilla

Ectoscopia: paciente despierto, facie dolorosa,

Piel: elástica, tibia, no presenta edemas.

Pulmonar: vibraciones vocales, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonar, sin ruidos agregados.

Cardíaco: ruidos cardíacos taquicárdicos, regulares, rítmicos. No soplos.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda. Ruidos hidroaéreos presentes. No visceromegalia.

Genitales: Puño perfusión lumbar (+).

Neurológico: ubicado en tiempo espacio y persona, Glasgow 15/15,

Exámenes auxiliares:

Hb: 11.5 g/dl Leucocitos: 26000mm³ plaquetas 100,000mm³

Urianálisis: nitritos + esterase leucocitaria y cultivo 10'3

Impresión Diagnóstica: ITU de vía urinaria baja: Cistitis

ITU de vía urinaria alta: Pielonefritis

1.4 Rotación: Cirugía

CASO 7:

Paciente varón de 21 años refiere cuadro diarreico de 24 horas aproximadamente, presenta dolor a nivel de epigastrio de tipo cólico de moderada intensidad asociado a nauseas y vómitos de contenido liquido alimenticio, no hiporexia.

Refiere auto medicarse con ibuprofeno, no habiendo mejoría del cuadro, 6 horas antes del ingreso acude a EsSalud donde le informan que su seguro no esta activo, motivo por el cual acude al Hospital Vitarte; al momento del ingreso el paciente refiere que el dolor se localiza en fosa iliaca derecha de moderada intensidad.

Antecedentes personales:

HTA: Niega. Diabetes: Niega TBC: Niega. Asma: Niega

Covid-19: prueba rápida negativa RAMs: niega

Antecedentes Quirúrgicos: Niega

Funciones Vitales:

Temperatura: 37°C Presión Arterial: 110/60mmHg Saturación de Oxígeno: 98% Frecuencia Cardiaca: 110lpm Frecuencia Respiratoria: 20rpm

Al examen físico se encuentra con funciones biológicas:

- Apetito: disminuido
- Sed: conservada
- Deposiciones: deposiciones conservadas
- Sueño: disminuido
- Orina: amarilla

Ectoscopia: paciente despierto, facie dolorosa, aparente regular estado de hidratación, aparente regular estado general, aparente regular estado nutrición.

Piel: elástica, turgente, llenado capilar <2seg

Pulmonar: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, ruidos agregados.

Cardiaco: ruidos cardiacos rítmicos regulares, no se auscultan soplos.

Abdomen:

Inspección: se aprecia abdomen simétrico, poco móvil

Auscultación: ruidos hidroaereos presentes (5 en 1 minuto)

Percusión: matidez hepática, timpanismo conservado.

Palpación: resistencia difusa, doloroso a la palpación superficial y profunda, Blumberg (+), Rovsing (-).

Genitales: de aspecto y configuración normal

Extremidades: moviliza 4 extremidades sin fasciculaciones.

Neurológico: localiza en tiempo, espacio y persona. Escala Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.

Exámenes: Se solicita hemograma completo, perfil de coagulación, perfil hepático, examen de orina, AGA, Glicemia. EKG.

Interconsulta: Cardiología, Anestesiología.

Impresión Diagnostica: Apendicitis Aguda

Abdomen agudo quirúrgico

Diverticulitis

CASO 8:

Paciente de 28 años aproximadamente, acude a emergencia por dolor en mano derecha, paciente refiere que hecho se ocurrió mientras jugaba futbol con sus amigos, menciona que ocurrió un altercado, donde al propinar un golpe sintió en la mano derecha perdida de la movilidad, cambio en su volumen y forma de la mano, paciente indica que en su casa se coloco compresas de hielo y tomo un naproxeno, viendo que el dolor no pasaba y no bajaba la inflamación, acude a centro de salud al servicio de emergencia

Temperatura: 37°C Presión Arterial: 120/70mmHg Saturación de Oxígeno: 99% Frecuencia Cardiaca: 100lpm Frecuencia Respiratoria: 26rpm

Antecedentes: Niega antecedentes médicos, niega RAMS, niega antecedentes quirúrgicos.

Al examen físico se encuentra con funciones biológicas:

- Apetito: conservado
- Sed: conservado
- Deposiciones: normales
- Sueño: disminuido
- Orina: amarilla

Ectoscopia: paciente despierto, facie dolorosa

Piel: tumefacción en mano derecha, cambio de coloración y forma

Ojos: conjuntivas húmedas

Orofaringe: Coloración uniforme, rosáceo, no presenta sequedad

Cardiopulmonar: tórax simétrico expansible, ruidos respiratorios presentes en ambos hemitórax sin agregados ruidos cardiacos rítmicos normofoneticos sin soplos ni galope.

Abdomen: ruidos hidroaereos presentes, abdomen blando, no doloroso a la palpación superficial y profunda.

Genitales: De aspecto y configuración normal

Extremidades: mano derecha presenta deformidad, perdida de la función y dolor intenso.

Neurológico: ubicado en tiempo, espacio y persona

Impresión Diagnostica: fractura de la diáfisis del 5to metacarpiano.

Examen clínico: toma de placa radiográfica para confirmar diagnostico

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

2.1 Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber

Su inauguración fue el 1 de diciembre de 1958, siendo un hospital que paso por una remodelación en 1974, con la categoría III-1 (Nivel III de complejidad y Nivel 1 de Atención). Ubicado en la avenida José Fausto Sánchez Carrión, en el distrito de Jesús María, en la ciudad de Lima. Actualmente el director general del Hospital Militar Central es el General de Brigada Herbet Dávila Ramírez.

Cuenta con los servicios de: cardiología, dermatología, gastroenterología, hematología, medicina interna, nefrología, neurología, oncología medica, cirugía general, cirugía plástica, oftalmología, otorrinolaringología, urología, ginecología y obstetricia, medicina física y rehabilitación, traumatología y ortopedia, neurocirugía, reumatología, neumología, alergia y endocrinología (2).

2.2 Hospital Emergencia Ate Vitarte

El Hospital Vitarte, fundado inicialmente como Posta de Salud, tiene como categoría II-1. Ubicado en el kilometro 7 de la carretera central, av. Nicolás Ayllon 5880 – Ate Vitare. Bajo la dirección general actualmente por la Doctora Rosa Gutarra Vílchez.

Inició como un puesto de salud, un 20 de marzo de 1957, según resolución N° 443-1957, basa su existencia legal en la Resolución Ministerial N° RM. 00217-69- SA/DS. Con el tiempo dicho nosocomio aumentaba su demanda y no fue hasta 1991, a raíz de los acontecimientos ocurridos por la epidemia del cólera,

La AIS – SBS El Agustino, dependencia administrativa de la DISURS Lima Este, dispuso que se atendiera las 24 horas del día, progresivamente se incorpora médicos especialistas, logrando atender partos naturales y realizando cirugías menores. El 5 de Agosto del 2003 es reconocido como Hospital Vitarte.

Actualmente el hospital Vitarte cuenta con un total de 924 trabajadores, de los cuales 142 son Médicos de diferentes especialidades como Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General, Cirugía Plástica, Anestesiología, Medicina General, Urología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología, Dermatología, Gastroenterología, Radiología, Traumatología, Psiquiatría, Intensivo, Especialidad en Medicina Familiar, Especialidad en Planes y Desarrollo –COE.

Se cuenta con 78 camas como se observa en la tabla N°1, 2 salas de operaciones, equipo de rayos X, ecografos. Se atiende las 24 horas del día en Emergencia, Laboratorio, Rayos X, Hospitalización (3).

Tabla N° 01. Número de camas en Hospital Vitarte

Servicio	Número de Camas
Medicina	10
Cirugia	16
Pediatría	15
Neonatología	11
Ginecología	6
Obstetricia	21

Fuente: Elaborado por el autor

El Hospital Vitarte atiende pacientes de los distritos: Por el Norte a Lurigancho, por el Sur a La Molina y Cieneguilla, por el Este a Chaclacayo y Oeste a Santa Anita y El Agustino.

2.3 Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo

El Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo es de categoría I-4, ubicado en Av. Pedro Valle s/n Alt. Av. El triunfo 18 en el distrito de Villa María del

Triunfo. La Dirección del centro esta a cargo por el Dr. Miguel Ángel Matos Arroyo.

Cuenta con atención las 24 horas del día en emergencia obstétrica y medica, la atención de consultorio se vio afectada por la pandemia, motivo por el cual se hacen tele consultas.

Actualmente el Centro Materno Infantil cuenta con un total de 98 trabajadores, de los cuales 13 son Médicos Generales, 2 Médicos Ginecologos y 1 Médico Pediatra, ademas de contar con 4 médicos que solo trabajan en area COVID-19. Se tienen las areas de inmunizacion, anemia, plan de control de transmision de Tuberculosis, servicio de Gineco-Obstetricia, servicio de Medicina, Consultorio por teleconsulta y area COVID-19

Se cuenta con 4 camas en el area de Obstetricia, 1 sala de parto no Covid-19, 1 sala de parto Covid.19, 1 consultorio odontologico (fuera de servicio por tema de pandemia), 1 carpa de vacunacion, 1 carpa de dosaje de hemoglobina, 1 consultorio de anemia.

Se cuenta con laboratorio desde las 8am hasta las 4pm. Se atiende las 24 horas del dia en Emergencia. (4)

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Ginecología

CASO 1 – *Trichomona Vaginalis*

Plan: La prueba de elección para llegar al diagnóstico de una trichomoniasis es tanto el examen clínico como sus pruebas Gold standard que son la técnica de amplificación de ácidos nucleicos (TAAN) y el cultivo por medio de Diamond modificado, el cual viene en presentación de tubos de vidrio (5). Por otra parte, a la Especuloscopia se puede apreciar un punteado rojizo aframbuezado en el cérvix y una secreción fétida de coloración amarillo verdoso, siendo estas pruebas características de una *trichomona vaginalis* (6). El tratamiento según la norma técnica y por el cual se brindó el tratamiento fue de metronidazol 2gr vía oral a dosis única. Al ser una enfermedad de transmisión sexual, también debe ser tratada a los contactos sexuales. De llegar a presentar alguna reacción alérgica, el metronidazol puede ser cambiado por otro medicamento de los nitroimidazoles (7). Se le solicitó a la paciente pasar por consultorio externo en 7 días para ver la evolución y si presenta mejoría darle el alta correspondiente. Según la experiencia del médico tratante, una alternativa es el tinidazol, siendo un antibiótico más potente y menos tóxico, también bajo la misma dosis de 2gr vía oral.

CASO 2 – Absceso de la Glándula de Bartholino

Plan: El doctor indicó al autor que el tratamiento incluso se puede realizar en consultorio, ya que al ser un absceso menor de 3cm podría incluso tratarse

con baños de asiento o compresas tibias. Para realizar incisión + drenaje, se le da tratamiento antibiótico doxiciclina 100mg 1 tableta vía oral cada 12 horas por 7 días, además analgésicos como ketorolaco 10mg 1 tableta vía oral cada 8 horas por 3 días (8, 9).

Para realizar la incisión y drenaje, previamente se coloca anestesia local, para luego realizar una pequeña incisión en el anillo himenal, esta ubicación evita las cicatrices vulvares. A continuación, el líquido comienza a drenar espontáneamente y se hace presión suave para retirar todo el líquido, esta incisión y drenaje es un procedimiento sencillo y bien conocido que proporciona un alivio inmediato de la presión (10).

3.2 Pediatría

CASO 3 – Sarampión

Plan: El diagnóstico de sarampión es principalmente clínico, al ser altamente sugestiva, por lo que las pruebas de laboratorio solo confirman el caso clínico, siendo este mismo la razón por la cual se llegó al diagnóstico en el Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo. (11)

Las pruebas diagnósticas son mediante exámenes serológicos para anticuerpo IgM anti-sarampión en suero, mientras que el aumento de IgG nos indicaría un proceso agudo y convaleciente o una prueba de reacción en cadena de la polimerasa de transcripción inversa (RT-PCR) siendo una prueba sensible y específica. (11)

Tiene como diagnósticos diferenciales rubeola, al tener una clínica muy parecida, pero diferenciada por las adenopatías y las manchas de Forchheimer, ya que ambas presentan un exantema maculopapular eritematoso y conjuntivitis con descamación fina.

Según la resolución directoral, del expediente N°18-005803-001, se debe hacer un plan de diagnóstico individualizado, teniendo control de glucemia, gases sanguíneos arteriales, hemograma completo, bilirrubina total sérica, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, INR, dímero D,

análisis de orina y urocultivo. Además, examen de imágenes como radiografía de tórax o una ecografía general. (12)

Tratamiento no existe uno específico para el sarampión, pero lo que se puede tratar son las complicaciones graves que esta misma lleva mediante una buena nutrición e ingesta de líquidos. La vacunación es una importante estrategia de mitigación de riesgos. (13)

El uso de inmunoglobulina ha demostrado ser eficaz para modificar o prevenir la enfermedad, de manifiesto que si una persona expuesta que presentan mayor de 3 días post exposición, pero menos de 6 días de exposición se puede llegar a considerar el uso de inmunoglobulina, solo para los contactos susceptibles al sarampión, siendo en personas inmunocomprometidas y mujeres embarazadas. (12)

Es por ello que en el Centro Materno Infantil se le brindo tratamiento sintomático y se le indico a la madre que los exantemas iban a comenzar a desaparecer.

CASO 4 – Diarrea leve a moderada

Plan: El paciente al presentar una diarrea leve-moderada se le administra el plan B, según la puntuación Gorelick modificada en 4 puntos, teniendo 2 puntos, por lo que necesita rehidratación oral (tiene un aproximado de 5-10% de deshidratación) (14).

Se administra la rehidratación vía oral las SRO según su peso que es de 17kg, dando 30-80ml/kg/4hrs, por lo cual se le administra 850cc.

Al sospechar que sea *Shigella* por la clínica, se inicia tratamiento antibiótico con ciprofloxacino 340mg cada 12 horas (tratamiento es entre 30-40mg/kg/día), teniendo como dosis máxima 1.5gr/día (15, 16).

El autor sugirió al medico si era recomendable darle zinc de 20mg al paciente, para reducir la gravedad y duración de los síntomas, además de tener propiedades anti secretoras, ya que según el Manual de Urgencias y emergencias en Pediatría del INSN (16).

3.3 Medicina Interna

CASO 5 – Crisis Hipertensiva

Plan: El paciente al presentar una presión arterial de 200/120mmHg y leve cefalea acompañada de tinnitus es catalogado como una crisis hipertensiva de urgencia, al no presentar algún signo de alarma que indicara una emergencia. En estos casos el doctor menciona que por lo general en estos pacientes el tratamiento es ideal es la administración de captopril sublingual ya que tiene un inicio de acción de aproximadamente 15 minutos. Se le receto al paciente 25mg de captopril y quedó en observación (17).

El autor busco información en guías sobre el tratamiento y medidas en una crisis hipertensiva de Perú pero no se logro encontrar gran información, por lo cual se busco en revistas internacionales, según UpToDate no esta claro aun el manejo optimo de estos pacientes, indicando que el manejo ambulatorio de pacientes con HTA de urgencia es deficiente y que en la mayoría de pacientes se pierden por el poco seguimiento que se les hace posteriormente al evento, por lo general son pacientes hipertensos mal controlados. (18)

Se indica que tras la administración del agente hipertensivo el paciente quede en observación, como se hizo en este caso con el paciente, con un aproximado de 1 horas que es cuando el medicamento llega a su máximo potencial por 4 a 6 horas y en cuando se vuelve a evaluar al paciente. Se recomienda que se le de un antihipertensivo de acción larga como un calcio antagonista como amlodipino, para que la presión arterial no vuelva a dispararse. (18, 19)

Al tomarle nuevamente la presión arterial se noto que había disminuido a 150/90mmHg, lamentablemente el paciente no contaba con dinero suficiente para comprarse sus antihipertensivos.

Algo que el autor puede rescatar de este caso es la calidad de personas con las cuales uno trabaja, un co-interno siempre llevaba en su carro varias cajas de antihipertensivos que se las regalaban a su familiar, por lo que se pudo brindar un tratamiento para varios días hasta que el paciente pueda regularizar su situación con EsSalud.

CASO 6 – ITU

Plan: Con la clínica de la paciente, sus exámenes de laboratorio y sus comorbilidades se llegó en el establecimiento de salud de ser una infección de tracto urinaria alta no complicada: pielonefritis. Según la guía una ITU no complicada es aquella infección limitada a mujeres que no se encuentran en estado de gestación sin anomalías anatómicas. (20).

Una de las principales causas de ITU tenemos la *Escherichia coli*, en menor proporción tenemos a los microorganismos como *Proteus*, *Pseudomona*, *Klebsiella* (21, 22, 23).

Según la guía uno de los apoyos por imágenes que se puede solicitar es una ecografía renal, así poder descartar alguna obstrucción del tracto urinario o litiasis renal (20), pero el establecimiento no cuenta con ecógrafo, por lo que el médico en ese momento optó por guiarse de la clínica y laboratorio que se tenía a la mano.

Una de las medidas generales que se indicó como parte del tratamiento es el aumento de la ingesta de líquidos lo que produce una rápida dilución de bacterias y eliminación de la orina infectada de la propia vejiga por vaciado frecuente. Al revisar la guía en el tratamiento de una ITU, mencionan acidificar la orina con dietas, como restringir alimentos que alcalinicen y agregando leche, jugo de frutas, vitamina C, metionina. (20)

En el tratamiento terapéutico que se indicó fue la administración de 1gr vía intramuscular de ceftriaxona con ciprofloxacino 500mg vía oral por 7 días cada 12 horas (24). Al comparar el tratamiento con la guía coincidía con el tratamiento dado por el médico. (20) Sin ninguna otra medicación la paciente fue dada de alta, cumpliendo su tratamiento ambulatorio, debido a que no hay consultas no se hizo interconsulta a ginecología, además que en el CMI-VMT no están siempre los ginecólogos y por lo general las pacientes tratan de llamar previamente cuando estos se encuentran atendiendo para hacer consultas ginecológicas por emergencia.

3.4 Cirugía

CASO 7 – Apendicitis

Plan: Paciente al tener un Alvarado 8/10 se le procedió a realizar riesgo quirúrgico con el pre-operatorio:

- NPO
- Hidratación endovenosa: cloruro de sodio al 9%
- Al estar seguros del diagnóstico se le brinda tratamiento analgésico.
- No se rasura a los pacientes ya que podría generar alguna lesión en piel.

Los análisis pre-operatorios

- Hemograma, hematocrito y recuento de plaquetas
- Grupo sanguíneo y factor Rh
- Tiempo de coagulación y sangría
- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax
- Riesgo quirúrgico

Se le hace firmar al paciente y al familiar que lo acompaña del consentimiento informado respectivo, donde se le indica de las probables complicaciones que podrían suceder.

Se le hizo una apendicectomía laparoscópica por una apendicitis aguda necrosada, donde según la evidencia científica es un tratamiento eficaz para la apendicitis no complicada y puede ser una alternativa frente a la cirugía abierta estándar (25).

Ya en el post-operatorio

- Hidratación parenteral
- NPO por 6 a 12 horas
- Probar tolerancia oral con líquidos claros y continuar dieta blanda.
- Tratamiento analgésico horario endovenosa el primer día y continuar luego a vía oral.
- Deambulación precoz, como mínimo posterior a las 24 horas para evitar íleo o casos de trombosis de miembros inferiores.

Al cabo de 2 días posterior a la operación y sin presentar fiebre, buena tolerancia oral, movilización sin problema, habiendo ya realizado deposiciones

y con una herida operatorio en buenas condiciones el doctor de guardia indica alta medica junto a un descanso medico de 4 días (26).

CASO 8 – Fractura del quinto metacarpiano (fractura del boxeador)

Plan: El diagnostico se llega por una radiografía, donde se aprecia la fractura del cuello del metacarpiano, siendo una radiografía simple. Esto se suma a clínica y forma en como se produjo la lesión se lleva a dar con dicho diagnóstico.

La bibliografía resalta que al ser una fractura no desplazada puede hacerse una reducción cerrada e inmovilización o fijación quirúrgica para restaurar la alineación, en caso si se estuviera en un primer nivel de atención y el medico no tuviera experiencia en el manejo de la misma, lo mas ideal es hacer referencia, también si se comprueba que no se puede realizar una reducción adecuada (27).

El procedimiento que se realizo en por el medico traumatólogo fue la aplicación de anestesia, bloqueando el nervio cubital en la muñeca. Para la aplicación de este nervio, se ve su localización entre la arteria cubital y flexor cubital del carpo (es el tendón mas medial de la muñeca) siendo este tendón superficial al nervio cubital. Se coloca la aguja debajo del tendón y se avanza de 5 a 10mm, donde se coloca de 3 a 5ml de lidocaína, se puede inyectar 2 a 3ml adicionales por vía subcutánea por encima del tendón para anestesiar las ramas cutáneas del nervio cubital (28).

Una vez aplicado la anestesia, se procede a realizar la reducción, conocida por el método 90-90 para reducir este tipo de fracturas. Se procede a flexionar la articulación metacarpiana, interfalángica proximal e interfalángica distal a 90 grados, luego se ejerce una presión axialmente a través de la articulación interfalángica proximal flexionada, para crear una fuerza dorsal sobre la fractura del fragmento distal. A la vez, se aplicó una fuerza volar sobre el sitio de la fractura hasta que el doctor sintió una reducción anatómica (29).

Una vez terminado la reducción, se procede a inmovilizar la fractura con una férula, para luego tomarle una radiografía posterior a la reducción, para comprobar que la reducción y alineación están adecuadas (30, 31).

En vista que la rotación era de 15 días, no se pudo apreciar la evolución de la misma, por lo que el autor busco información, dando que el tiempo de curación tiene un aproximado de 4 a 6 semanas, donde se le toma a la 4ta semana una placa radiográfica para corroborar si ya hay formación de callo óseo alrededor del sitio de la fractura (32).

CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRITICA DE LA EXPERIENCIA

El inicio del internado medico se dio el 27 de diciembre del 2019, en el Hospital Militar Central. En el mes de marzo el autor accedió a realizar una rotación externa en el Hospital Emergencia Ate Vitarte, lugar donde posteriormente se dio inicio de la cuarentena en Perú. En el retorno se cambio de sede por un centro de categoría I-4, Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo, donde también se pudo acceder hacer una rotación externa en el Hospital Emergencia Ate Vitarte.

4.1 Ginecología y Obstetricia

Las rotaciones en el servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Militar Central eran tranquilas ya que la afluencia de pacientes no era masiva como en otros centros hospitalarios, se podía llegar a tener en hospitalización un total de 7 pacientes a cargo de 15 internos, por lo general se acordó dividir a los internos en grupos para poder hacer las evoluciones respectivas. Por otro lado, el autor en 2 meses rotando por dicho servicio pudo presenciar 2 partos vaginales, 3 cesáreas y 1 hernioplastia. En consultorio, fue donde al autor le llamo la atención que la mayoría de pacientes de la escuela del ejercito del Perú consumían la píldora de emergencia, levonorgestrel, de manera frecuente y manifestando que era su método anticonceptivo de elección, el autor junto al médico se les explicaba cuales eran los métodos anticonceptivos ideales a las cuales ellas podían acceder.

Al ver que la cantidad de pacientes era mínima y el autor no podía desarrollar sus habilidades decidió hacer una rotación externa en el mes de marzo 2021,

donde el Hospital brindo las facilidades para hacer dicha rotación en el Hospital Emergencia Ate Vitarte.

El 1ro de marzo se inicio la rotación en el servicio de hospitalización, donde la cantidad de pacientes era muy superior, teniendo a cargo entre 8 a 10 pacientes por interno, además se pudo hacer unas guardias en emergencia y sala de parto donde en una sola noche se atendió 5 partos vaginales y 3 legrados. Durante el tiempo de rotación llego al Hospital Vitarte el primer caso de covid-19, donde aislaron al paciente y cerraron toda forma de ingreso donde se encontraba, a la par que el propio Hospital entrego mascarillas N95 a todos los trabajadores. Llegando al 15 de marzo donde en el autor estaba de guardia diurna cuando el presidente Martin Vizcarra declaro estado de emergencia y cuarentena total a nivel nacional por los casos de covid-19 presentados ya en territorio peruano, inmediatamente los médicos asistentes retiraron a todos los internos del nosocomio, con la idea de que era probable que el retorno sea a corto tiempo.

4.2 Etapa Cuarentena

Con el internado suspendido, el autor decidió aprovechar el tiempo en avanzar con su preparación para el ENAM. Además de ello recibió un curso para formar parte de la Brigada Comunitaria de la Molina. No obstante, decidió aplicar sus conocimientos en crear contenido medico para la población en general de característica preventiva y promocional de la salud, además de hacer breves entrevistas a médicos que laboran en área COVID-19 y puedan explicar a la comunidad de como el virus afectaba nuestro organismo.

En el transcurrir de los meses salió la resolución donde se aprobaba el reingreso de los internos a las instalaciones hospitalarias, donde se daba la opción del retorno en ciertos Hospital o en su defecto a centros de primer nivel. El autor decidió no regresar al Hospital Militar Central debido a que se les indico a los internos que el retorno solo se daría bajo la condición que el nosocomio no entregaría equipo de protección personal, contrastando con los Centros de Primer Nivel de Atención que se comprometían a entregar juegos completos de EPP. La elección fue en el Centro Materno Infantil Villa María

del Triunfo, siendo el centro mas cercano y de mayor complejidad (I-4). Previo al ingreso se llevo un curso sobre bioseguridad contra COVID-19 (anexo 1) y además la Universidad San Martin realizo un curso de “Prevención de Enfermedades infectocontagiosas y medidas de bioseguridad en estudiantes de medicina” (anexo 2) con el fin de prepararnos para el reingreso a nuestros centros médicos.

4.3 Medicina Interna

Iniciando el 1 primero de noviembre por disposición de la Universidad San Martin de Porres y oficialmente el 15 de noviembre por disposición de la DIRIS-SUR. La rotación que mas se relacionaba con Medicina Interna eran las áreas de Prevención y Control de Tuberculosis y Emergencia. El autor pudo ver de cerca el tratamiento y evolución de varios pacientes con tuberculosis. Ya en emergencia llegaban distintas patologías, como apendicitis, crisis hipertensiva, diarreas, mordeduras de perros y celulitis.

Por motivos de pandemia se cerraron varias áreas y no había atención en consultorio, era de carácter obligatorio el uso de mascarilla y uso de protector facial.

Una de las experiencias que le toco vivir al autor fue al aparecer en el mes de noviembre unos casos de difteria, donde la población se aglomeraba a las afueras de las instalaciones para la colocación de la vacuna, donde las licenciadas en enfermería se vieron en la necesidad de pedir apoyo por parte de los médicos e internos. Se dividieron en grupos de vacunación, teniendo a los que aplicaban la vacuna y los que registraban al paciente, tanto en el sistema como la entrega de la cartilla de vacunación. Gracias a las enseñanzas de la madre del autor, que es licenciada en enfermería, se tenia noción de como aplicar las vacunas, siendo de gran ayuda a las licenciadas. A partir de ese momento las licenciadas de enfermería invitaron a los internos de medicina a participar de las campañas de vacunación que se realizaban en mercados o en lozas deportivas, cabe mencionar que la experiencia de poder conocer otra realidad a la que esta acostumbrado fue gratificante para el autor.

4.4 Cirugía General

Al tener la rotación de cirugía y no poderla realizar en un centro de primer nivel, la universidad dio las facilidades de realizar una rotación de 15 días en el Hospital Vitarte. Por lo que el autor vivió una tercera etapa en dicho hospital, la primera como estudiante en su rotación de ginecología en 6to año en el año 2019, la segunda como interno pre-pandemia en el año 2020 y la tercera como interno en plena pandemia en el año 2020-2021.

Inicio la rotación el 16 de diciembre del año 2020, las primeras impresiones fue encontrar un hospital totalmente cambiado, algunas áreas se habían mudado al nuevo Hospital Vitarte y otras permanecido en el antiguo.

A pesar que el hospital no entregaba EPP, los residentes y la posta a la cual el interno pertenecía, le brindaron los EPPs necesarios para poder realizar sus actividades sin tener el riesgo de contagiarse.

El autor pudo realizar sus primeras suturas y curaciones, entrar a sala de operaciones después de varios meses. La experiencia ayudo al interno a poder desarrollar sus habilidades tanto en la parte clínica como quirúrgica, además que al estar próximo a las fechas de fiestas por año nuevo y los residentes solicitar ayuda para acompañarlos a la guardia nocturna del 31 de diciembre, ya que por lo general son fechas en las cuales hay mayor cantidad de accidentes, se accedió a asistir. Anécdota del autor es que mientras suturaba a una paciente dio el año nuevo, donde la paciente en aparente estado de ebriedad le deseo un feliz año al autor y el mismo a la paciente.

4.5 Pediatría

La rotación de pediatría el autor no la realizo en un área especifica, pero si pudo apreciar casos de pediatría en el Centro Materno Infantil. En el área de anemia recibió una inducción de como dar tratamiento a los pacientes pediátricos que venían al tener su hemoglobina en rangos de anemia y en algunos casos pacientes continuadores, además en el área de medicina llegaban pacientes pediátricos por diarrea de etiología distinta, exantemas y al contar con centro obstétrico se atendía a los neonatos, pudiendo hacer las primeras maniobras en ellos.

El autor tiene como objetivo hacer una rotación post internado en el Hospital Vitarte, donde fue invitado por los residentes de esa área para poder ver a primera mano pacientes de esa área faltante.

CONCLUSIONES

1. Luego de un internado atípico, donde tuvo una duración mayor de un año y donde el centro de trabajo vario en 3 oportunidades, y siendo el internado medico de vital importancia para la formación del medico cirujano, dándole una formación académica, moral e humano, se puede llegar a la conclusión que fue muy enriquecedor ya que el autor pudo experimentar la vida hospitalaria sin pandemia y en plena pandemia
2. Se pudo conocer la realidad de un primer nivel, que si bien es cierto cuenta con deficiencias, el personal redobla esfuerzos para brindar una excelente atención, muy distante de un centro hospitalario donde la escasas de EPP era diaria, mostrando el pobre sistema de salud con el que se cuenta, sin mencionar que el pago por el retorno fue de 5 meses, cuando se laboro 6.
3. Los casos expuestos como parte de la experiencia del autor muestran como son tratados los distintos casos, teniendo la parte de rehabilitación y recuperativa en un inicio y llegando a ver de cerca la parte preventiva-promocional.
4. Se logra apreciar en las rotaciones patologías muy comunes como en ginecología con una infección de transmisión sexual, pediatría con el exantema del sarampión, cirugía con la identificación de una apendicitis y medicina interna con una crisis hipertensiva.

RECOMENDACIONES

Debido al corto tiempo para la realización de este trabajo no se pudo llegar a tener una mejor descripción de los casos clínicos, teniendo como dificultad el llenado de ciertos datos de cada caso reportado. Una rotación hospitalaria lleva a apreciar mayor cantidad de casos que en un centro de primer nivel, siendo también un punto en contra del autor a la hora de querer elegir un caso, ya que en su mayoría se repiten o son escasos.

Se recomienda a futuras promociones en las cuales realizan su internado en centro de primer nivel, hacer rotaciones externas en lo posible de las 4 especialidades para poder enriquecer la experiencia y conocer la realidad de nuestro sistema de salud. Además de estar pendiente de todo contrato que se tenga, ya que en su mayoría el pago era a destiempo e incluso había problemas con los datos de cada uno.

BIBLIOGRAFIA

1. Hospital Militar Central [Internet]. Hospital Militar Central del Perú - HMC. Disponible en: <https://hmc.ejercito.mil.pe/index>
2. MINSA. decreto de urgencia que dicta medidas extraordinarias destinadas a garantizar la respuesta sanitaria para la atención de la emergencia producida por el COVID 19. 2020 abr.
3. Del Carmen Moya Naveda J. Centro de Atención Materno Infantil : la flexibilidad espacial para la adecuación de nuevos usos en los espacios terapéuticos. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2013. Disponible: <https://www.gob.pe/8890-hospital-emergencia-atevitarte-que-hacemos>
4. Mazzetti PE. Lineamientos para el inicio o la reanudacion progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del Decreto de Urgencia N°090-2020 [Internet]. 2020 ago. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237051/RESOLUCIÓN_MINISTERIAL_N_622-2020-MINSA.pdf
5. Núñez-Troconis José T.. Diagnóstico de la Tricomonas vaginalis en la mujer. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2020 Abr [citado 2021 Abr 14] ; 85(2): 175-184. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000200175&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000200175>.
6. Dirección General de Salud de las Personas DE de AI de S. Guías Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. 2004. Disponible: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf

7. Diéguez IS. Tricomoniasis: una visión amplia. Scielo. junio de 2014;27(2)(Abril-Junio 2014):7. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v27n2/v27n2a07.pdf>
8. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Everett ED, Dellinger P, Goldstein EJC, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections. Clin Infect Dis. 2005;41(10):1373–406. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16231249/>
9. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Everett ED, Dellinger P, Goldstein EJC, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections. Clin Infect Dis. 2005;41(10):1373–406.F. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16231249/>
10. Downey MD Theresa Becker DO K. Techniques for skin abscess drainage. uptodate [Internet]. marzo de 2021;(Feb 2021). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/techniques-for-skin-abscess-drainage?search=absceso%20bartholino&topicRef=5492&source=see_link
11. Palacios-López CG, Durán-Mckinster C, Orozco-Covarrubias L, Saéz-de-Ocariz M, García-Romero MT, Ruiz-Maldonado R. Exantemas en pediatría. Acta pediátr Méx. 2015;36(5):412. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912015000500412
12. Dra. Zulema Tomás Gonzales DJLR. Guía de Practica Clínica de Sarampión en Niños. 2018 mar.
13. Delpiano Luis, Astroza Leonor, Toro Jorge. Sarampión: la enfermedad, epidemiología, historia y los programas de vacunación en Chile. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2015 Ago [citado 2021 Abr 14]; 32(4): 417-429. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182015000500008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182015000500008>

14. Casado-Méndez PR, Santos-Fonseca RS, Enamorado-Piña GV, et al. Tiempos de aplicación de las escalas de deshidratación clínica y de Gorelick en la emergencia pediátrica. *Mediciego*. 2019;25(2):15-25
15. Mejia Salas Hector. Opciones de tratamiento en shigelosis. *Rev. bol. ped.* [Internet]. 2007 [citado 2021 Abr 14]; 46(1): 80-84.
Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752007000100014&lng=es.
16. Carlos Orellana Siuce, Dr Raúl Bernal Mancilla, Dra. Pamela Azabache Tafur, Dra. Gabriela Lopez Lavado. *Manual de Urgencias y Emergencias en Pediatría*. 2017.
17. Souza LM, Riera R, Saconato H, Demathé A, Atallah AN. Oral drugs for hypertensive urgencies: systematic review and meta-analysis. *Sao Paulo Med J*. 2009;127(6):366–72.
18. Preston RA, Arciniegas R, DeGraff S, Materson BJ, Bernstein J, Afshartous D. Outcomes of minority patients with very severe hypertension (>220/>120 mmHg). *J Hypertens*. 2019;37(2):415–25.
19. Grassi D, O’Flaherty M, Pellizzari M, Bendersky M, Rodriguez P, Turri D, et al. Hypertensive urgencies in the emergency department: evaluating blood pressure response to rest and to antihypertensive drugs with different profiles. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008;10(9):662–7.
20. Agustin Murga Lopez, Dr. Humberto Izaguirre Lucano, Dr Luis Carpio Guzman, Dra. Raquel Orihuela Tovar, Dr. Jose Quispe Zuñiga, Dr. Carlos Perez Melgarejo. *Guías de Practica Clinica y de Procedimientos en Ginecologia*. 2020 may.
21. Fihn SD. Clinical practice. Acute uncomplicated urinary tract infection in women. *N Engl J Med*. 2003;349(3):259–66.
22. Hooton TM. Recurrent urinary tract infection in women. *Int J Antimicrob Agents*. 2001;17(4):259–68.
23. Ronald A. The etiology of urinary tract infection: traditional and emerging pathogens. *Dis Mon*. 2003;49(2):71–82.
24. Echevarría-Zarate Juan, Sarmiento Aguilar Elsa, Osoros-Plenge Fernando. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. *Acta méd*.

- peruana [Internet]. 2006 Ene [citado 2021 Abr 14] ; 23(1): 26-31.
Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000100006&lng=es.
25. Hernández-Cortez Jorge, León-Rendón Jorge Luis De, Martínez-Luna Martha Silvia, Guzmán-Ortiz Jesús David, Palomeque-López Antonio, Cruz-López Néstor et al . Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir. gen [revista en la Internet]. 2019 Mar [citado 2021 Abr 14] ; 41(1): 33-38. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033&lng=es. Epub 02-Oct-2020
26. Manuel Vilchez Zaldivar, Dr Oscar Becerra, Dr Augusto Dulanto, Dr Luis Vega Beraun, Dr Victor Contreras. Guías de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Apendicitis Aguda [Internet]. 2011 may. Disponible en:
<https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0107/14062011100927.PDF>
27. Stadius Muller MG, Poolman RW, van Hoogstraten MJ, Steller EP. Immediate mobilization gives good results in boxer's fractures with volar angulation up to 70 degrees: a prospective randomized trial comparing immediate mobilization with cast immobilization. Arch Orthop Trauma Surg. 2003;123(10):534–7.
28. Benítez D., Aragón F., Torres L. M.. Bloqueo mediohumeral selectivo bilateral para anestesia de amputación de las falanges distales de ambas manos. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2008 Sep [citado 2021 Abr 14] ; 15(6): 414-416. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462008000600008&lng=es.
29. Wiesel SW, editor. Operative techniques in orthopaedic surgery: An illustrative approach. Filadelfia, PA, Estados Unidos de América: Lippincott Williams and Wilkins; 2010.
30. Meals C, Meals R. Hand fractures: a review of current treatment strategies. J Hand Surg Am. 2013;38(5):1021–31; quiz 1031. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23618458/>

31. Poolman RW, Goslings JC, Lee JB, Statius Muller M, Steller EP, Struijs PAA. Conservative treatment for closed fifth (small finger) metacarpal neck fractures. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(3):CD003210. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16034891/>
32. van Aaken J, Fusetti C, Luchina S, Brunetti S, Beaulieu J-Y, Gayet-Ageron A, et al. Fifth metacarpal neck fractures treated with soft wrap/buddy taping compared to reduction and casting: results of a prospective, multicenter, randomized trial. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2016;136(1):135–42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26559192/>

ANEXOS

ANEXO N°1

UNAM UNIVERSIDAD NACIONAL DE MOQUEGUA
Dirección de Proyección Social y Extensión Cultural

CERTIFICADO
Otorgado a:

LAZARTE TIMANÁ DANIEL ARMANDO

Por su participación como **Asistente** en el Curso Internacional **Webinar Bioseguridad anti Covid19**, organizado por la **Escuela Profesional de Ingeniería Ambiental**, durante el mes de Agosto, con una duración de 32 horas académicas.

Moquegua, 9 de octubre del 2020

Temario
Microbiología, virología y sociedad
Bioseguridad, niveles, riesgos biológicos e importancia
Diagnóstico Moleculares, Inmunología y desarrollo de vacunas
Ética e investigaciones en tratamientos, vacunas, estudios clínicos y perspectivas futuras de la bioseguridad

Dr. ALBERTO JOSPE COHALA
Vicepresidente Académico

Dr. ALEJANDRO ECOS ESPINO
Director Escuela Académica Profesional de Ingeniería Ambiental

Dr. MARIS ESPAZA MANTILLA
Curso Bioseguridad
Comité Organizador

Dr. ROBINSON ALBANZA CABE
Dirección de Proyección Social y Extensión Cultural

REGISTRO N° 2024, FOLIO N° 114 – 134, DEL LIBRO 2020 - I

ANEXO N°2

