



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

COMPETENCIA PROFESIONAL EN EL HOSPITAL CENTRAL PNP LUIS N.
SAENZ Y CENTRO MATERNO INFANTIL TABLADA DE LURIN EN EL AÑO 2020
Y 2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

WENDY LUCIA MORALES RUELAS

ASESOR

MG. JOSÉ RODOLFO GARAY URIBE

LIMA, PERÚ
2021



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**COMPETENCIA PROFESIONAL EN EL HOSPITAL CENTRAL
PNP LUIS N. SAENZ Y CENTRO MATERNO INFANTIL
TABLADA DE LURIN EN EL AÑO 2020 Y 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
WENDY LUCIA MORALES RUELAS**

**ASESOR
MG. JOSE RODOLFO GARAY URIBE**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M. E. Edgar Kelvin Espinoza Tarazona

Miembro: Mg. Hugo Rojas Olivera

Miembro: M.E. Guigliana Ayllón Bulnes

DEDICATORIA

En primera instancia a Dios por haberme guiado durante toda la carrera universitaria y así también en mi vida personal

A mis padres por el amor, la paciencia, la fortaleza que tienen para apoyar cada uno de nuestras decisiones, a mi hermano que llena de alegría y risas cada espacio en el que se encuentre y a mi sobrino David que es el motor y motivo de cada uno de mis pasos, a ellos que son y serán mi mayor tesoro.

Wendy Lucia Morales Ruelas

AGRADECIMIENTO

- A la Universidad San Martín de Porres, mi alma mater, por acogerme en sus salones de clase durante mi formación profesional.
- Al Hospital Central PNP Luis N. Saenz que me acogió los 3 primeros meses del internado de medicina, que fueron tan gratificantes.
- Al Centro Materno Infantil Tablada de Lurin Diris Lima Sur, quien me abrió las puertas, para poder completar el internado de medicina y mostrarme la realidad y la importancia del primer nivel de atención en salud.
- A todos los Doctores que han impartido sus conocimientos a lo largo de estos años para la formación de mi carrera

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	ix
INTRODUCCIÓN	xi
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Cirugía	1
1.2 Rotación de Ginecología y Obstetricia	5
1.3 Rotación en Pediatría y Neonatología	7
1.4 Rotación en Medicina Interna	8
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	11
2.1 Hospital Central PNP Luis N. Saenz	11
2.2 Centro Materno Infantil Tablada de Lurin	12
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	13
3.1 Rotación de Cirugía	13
3.2 Rotación de Ginecología y Obstetricia	15

3.3 Rotación de Pediatría y Neonatología	18
3.4 Rotación de Medicina Interna	21
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	24
CONCLUSIONES	26
RECOMENDACIONES	27
FUENTES DE INFORMACIÓN	28
ANEXOS	31
1. Hernias de la pared abdominal	32
2. Ejemplos de hallazgos comunes en la microscopía húmeda de secreciones vaginales	33
3. Anatomía del oído medio	34
4. Plan de tratamiento en niños menores de 2 años con otitis media aguda	35
5. Niño o niña con EDA plan A	36

RESUMEN

Debido a la gran importancia del internado médico para cada estudiante, el presente trabajo busca evidenciar en cada capítulo, el conocimiento logrado en cada una de las rotaciones que se ha realizado durante esta etapa además de mostrar las diferencias que pueden existir entre la realización del internado en un hospital y en un establecimiento de primer nivel de atención en relación a los recursos disponibles en cada uno de estos, además del grado de complejidad con respecto a las patologías que se pueden ver y estudiar dentro de cada uno de los establecimientos ya mencionados; sin embargo lo que más ha cambiado es la pandemia por el covid 19 durante nuestro internado, modificando incluso la manera en la que el personal de salud trata a sus pacientes.

Objetivo: evidenciar la importancia del internado para el desempeño profesional y personal en cada médico.

Materiales y métodos: informe de suficiencia profesional. La población de estudio fueron pacientes que acudían al Hospital Central PNP Luis N. Saenz y al Centro Materno Infantil Tablada de Lurin. Los casos expuestos fueron 8 en total, 2 casos por cada rotación realizada en el internado 2020.

Conclusiones: es el internado de medicina la etapa mas influyente en la carrera profesional. la realización del internado de medicina en un hospital de alta complejidad permite la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos de mayor nivel académico. Los establecimientos de primer nivel de atención

han sido claves para los pacientes con enfermedades crónicas. Es de importancia que los estudiantes de medicina puedan realizar rotaciones en establecimientos de primer nivel de atención antes del internado.

ABSTRACT

Due to the great importance of the medical internship for each student, the present work seeks to show in each chapter, the knowledge achieved in each of the rotations that has been carried out during this stage in addition to showing the differences that may exist between the completion of the internship in a hospital and in a first-level care facility in relation to the resources available in each of the facilities, in addition to the degree of complexity with respect to the pathologies that can be seen and studied within each of the aforementioned facilities ; However, what has changed the most is the COVID-19 pandemic during our hospitalization, even modifying the way in which health personnel treat their patients.

Objective: to show the importance of the internship for the professional and personal performance of each doctor.

Materials and methods: professional sufficiency report. The study population were patients who attended the PNP Luis N. Saenz Central Hospital and the Tablada de Lurin Maternal and Child Center. The cases exposed were 8 in total, 2 cases for each rotation carried out in the 2020 boarding school.

Conclusions: the medical internship is the most influential stage in the professional career. The completion of the medical internship in a highly complex hospital allows the acquisition of theoretical and practical knowledge

of a higher academic level. First level care facilities have been key for patients with chronic diseases. It is important that medical students can perform rotations in first level care facilities prior to internship.

INTRODUCCION

El presente trabajo está estructurado en capítulos, cada uno de los cuales versara acerca de las experiencias, logros, conocimientos que se han alcanzado en el internado 2020.

El internado de medicina se dio inicio el primero de enero del año 2020, en el Hospital Central PNP Luis N Saenz, al cual se pudo acceder según el ponderado que uno poseía, dicho hospital cuenta con una gran cantidad de especialidades, y cada una cuenta con renombrables médicos, licenciados, técnicos y más, que fueron importantes para nuestra formación a nivel profesional y personal.

Antes de ingresar al internado, el hospital nos brindó inducciones tanto en bioseguridad, así como también se nos instruyó según la rotación a realizar, para un mejor desenvolvimiento tanto con nuestros pacientes y con nuestros superiores, ya que es de gran importancia que desde el primer día los pacientes no tuviesen inconvenientes en su recuperación, debido a que nosotros como internos de medicina, somos los que estamos día a día con nuestros pacientes, con sus exámenes de laboratorio, con sus curaciones, con su monitoreo, buscando su pronta recuperación.

El internado de medicina es la etapa más importante para cada estudiante de medicina, ya que en este aprendemos que un paciente no es una enfermedad, no es solo síntomas, no es un porcentaje de morbilidad o mortalidad, aprendemos que nuestro paciente es una persona que padece una patología, que merece respeto, pero sobre todo merece la mejor calidad de atención en

salud que muchas veces el médico quiere dársela, sin embargo la situación en nuestro país tanto administrativa, recursos materiales, e incluso el poco acceso a hospitales o establecimientos de primer nivel de atención ya sea por el costo o por lo lejano que les puede quedar, no permiten que nuestros pacientes accedan procedimientos, a medicamentos, o a terapias que ellos necesitan para poder recuperar su salud.

El año 2020 ha sido muy complicado para todos los internos de ciencias de la salud, debido a la pandemia por el COVID 19, ya que debido a que somos aun estudiantes, el estado suspendió nuestras labores el día 15 de marzo del 2020 ya que se ponía en riesgo nuestra salud y la de nuestras familias, además de que los hospitales en los que realizábamos nuestros internados, no contaban con equipos de bioseguridad para el personal de salud que trabaja en dichos hospitales y por ende no podían brindarnos la seguridad necesaria para afrontar una pandemia mundial, es por tal razón que no solamente se suspendió las practicas pre profesionales, sino también se hizo una reorganización en la atención a la salud al enfocar y dar prioridad a los pacientes que padecían Covid19, y suspender toda atención en salud que no sea de emergencia, ya que se buscaba evitar la propagación del virus en los pacientes que acudían al hospital para citas en consultorio externo, terapias físicas, curaciones, cirugías electivas, nebulizaciones, etc.. siendo los pacientes con enfermedades crónicas, neoplasias los más afectados durante la primera ola.

El primero de octubre se reanudo el internado de medicina como de otras ciencias de la salud por medio del artículo 5 del Decreto Supremo No. 021-2005-SA, sin embargo muchos de los hospitales no pudieron reanudar las practicas pre profesionales, es por tal motivo que muchos tuvimos que culminar el internado en establecimientos de primer nivel de atención como el centro materno infantil tablada de Lurín, que se ubica en villa maría del triunfo, al cual se pudo acceder por ponderado sin embargo, a pesar de que es la primera vez que acontece esta situación, fue una gran experiencia de la cual se ha obtenido muchos conocimientos para nuestra formación tanto académica como humanística, siendo estos establecimientos de primer nivel de atención, tal cual su nombre lo indica, la primera atención que deben tener

los pacientes, y por medio de estos ser referidos o transferidos según la patología, la gravedad del paciente a establecimientos de mayor complejidad, de esta forma se evita las aglomeraciones y las citas que demoran tanto en acceder, que pueden ser muy bien resueltas en los establecimientos de primer nivel de atención.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Mi persona realizo el internado medico 2020 en el Hospital Central PNP Luis N. Saenz, el cual nos permitió acceder a importantes especialidades como cirugía, medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, siendo especialidades de gran importancia para nuestra formación académica, y es que el internado es uno de los escalones más importantes en un médico para su formación, debido a que en esta etapa se adquieren nuevos conocimientos, se refuerzan los que ya teníamos al estudiar durante los 6 años previos dentro de salones y la medicina pasa de ser solo teórica a una medicina que necesita tanto teoría como práctica, la cual la adquirimos durante un año en las diferentes rotaciones.

Esta etapa nos prepara no solo en conocimientos teóricos y prácticos, sino también nos prepara para un mejor desenvolvimiento con nuestros pacientes, debido a que el interno de medicina es el que tiene mayor contacto con ellos, con sus familias, con sus propias historias, y es ese contacto el que nos permite realizar una buena historia clínica, la cual nos guía para realizar certeros diagnósticos y por ende a un buen tratamiento.

1.1 Rotación de Cirugía

La primera rotación en el Hospital Central PNP Luis N. Saenz que se realizo fue la especialidad de cirugía, en la cual se tuvo acceso al área de

hospitalización de cirugía general, emergencia de cirugía, y a procedimientos quirúrgicos.

En hospitalización se mantenía contacto directo con los pacientes en sus preoperatorios como en sus post operatorios, siendo ambos de gran importancia para el pronóstico del paciente, y es que la especialidad de cirugía no solo se basa en procedimientos quirúrgicos perse, sino que es necesario la preparación a los pacientes antes de cualquier intervención quirúrgica, estabilizarlos para que no tengan ninguna complicación durante o posterior a la cirugía, no solo físicamente sino también la estabilidad mental y emocional, ya que puede jugar un papel importante en la recuperación de los pacientes el tener una red de soporte familiar.

El hospital mencionado cuenta con exámenes auxiliares al alcance de los pacientes, ya sean laboratoriales, como de imagen, y el contar con dichos exámenes era beneficioso tanto para los pacientes, como para nosotros, ya que se adquiere conocimiento en la lectura de dichos exámenes, como tomografías, resonancias, radiografías y ecografías.

Además del área de hospitalización, también se obtuvo acceso al área de emergencias, en la cual se hacían turnos de 12 horas, en estos turnos se atendían desde suturas menores hasta cirugías de riesgo vital, las cirugías que más frecuentemente se realizan por emergencia, son las apendicectomías y colecistectomías, sin embargo aunque no eran muy frecuentes, si se llegaban a ver pacientes con intususcepción intestinal con el famoso signo de heces en jalea de grosella, o pacientes politraumatizado, etc.

Uno de los primeros casos al cual se tuvo acceso, fue de un varón adulto mayor de aproximadamente 75 años, el cual entro por emergencia, refiriendo dolor intenso en epigastrio tipo urente con intensidad 9/10 que tuvo un inicio insidioso y un curso progresivo. Paciente en posición antalgica menciona que el dolor inicio hace 2 días aproximadamente, por tal razón estuvo alimentándose con dieta blanda, es importante mencionar que ya en el pasado había presentado dicho dolor repetidas ocasiones, pero de una intensidad mucho menor a la actual.

Las funciones vitales del paciente estaban dentro del rango normal, sin embargo, la frecuencia cardíaca y respiratoria estaban al límite superior siendo relacionado al dolor que presentaba el paciente.

Al examinar al paciente, se evidencia que abdomen es simétrico, pero distendido, los ruidos hidroaéreos estaban disminuidos, timpanismo a la percusión, a la palpación superficial y profunda se evidencio dolor intenso a predominio de hemiabdomen superior, signo de Murphy negativo, blumberg positivo.

Es de importancia mencionar que paciente contaba con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, además de contar con una colecistectomía hace 10 años aproximadamente, además de tener como antecedente a madre que falleció con diagnóstico de cáncer gástrico.

En los exámenes auxiliares realizados se evidenciaba una leucocitosis con desviación a la izquierda, así como también un PCR elevado, además de presentar anemia.

Debido a la clínica de paciente y al blumberg positivo se postula el diagnostico de abdomen agudo quirúrgico, por posible perforación de víscera hueca.

Es por tal motivo que paciente se somete a una intervención quirúrgica laparoscopica exploratoria. En la cual se encuentra perforación gástrica de aproximadamente 1 cm en cuerpo distal, cara anterior, con presencia de fibrina, sin embargo, se evidenciaron adherencias de epiplón hacia hígado, pared abdominal anterior y hacia perforación gástrica. No se encuentra liquido libre en cavidad, es por tal motivo que se realiza una liberación de adherencias, más una rafia gástrica con un parche de epiplón. Cabe resaltar que se le realizo la toma de biopsia de los bordes de la perforación gástrica las cuales se enviaron a laboratorio para su exanimación.

En el post operatorio el paciente no presento complicaciones. Se le realizo curaciones diarias de herida operatoria, además de que paciente tuvo indicación de "NPO" nada por la vía oral los primeros días, superado estos se inició la tolerancia oral, dieta blanda hasta llegar a dieta completa. El paciente

evoluciona bien, siendo apto para el alta médica, con control en 7 días por consultorio y en espera de resultados de biopsia.

El siguiente caso es de gran importancia, debido a la evolución que presento el paciente. Se trata de varón de aproximadamente 50 años, postrado crónico, que es referido por el servicio de medicina debido a que presenta masa en región umbilical, la cual presenta cambios en el color tornándose eritematosa a cianótica y dolor que aumenta gradualmente.

Al examen físico se evidencia abdomen, asimétrico con presencia de masa violácea en regio umbilical de aproximadamente 4 por 5 cm, y muy dolorosa a la palpación superficial, no reductible.

Paciente llega al servicio de cirugía con exámenes de laboratorio alterado, con presencia de leucocitosis, desviación a la izquierda, reactante de fase aguda aumentado.

Es por tal motivo que se plantea diagnóstico de hernia umbilical encarcelada, a descartar hernia umbilical estrangulada, es por tal motivo que se decide la intervención quirúrgica del paciente, realizándose una laparotomía exploratoria, en la cual se encontró defecto herniario de 6 centímetros, con saco herniario de 10 por 10 centímetros, con contenido herniario de asa intestinal delgada necrosada y epiplón, es por tal motivo que se realiza resección de asa delgada aproximadamente de 12 cm y se le realiza anastomosis termino terminal, además de la reducción del contenido a cavidad abdominal, se le realiza una rafia de saco herniario. Paciente tolera acto quirúrgico y pasa al servicio de hospitalización de cirugía.

El primer día post operatorio el paciente presenta evolución favorable, es por tal motivo que se le realiza curación de herida operatoria, sin embargo, pasada las horas, el paciente presenta leve distensión abdominal, además de dolor en herida operatoria. Los días siguientes paciente luce mal estado general, mayor dolor, alza térmica y emesis de color verde oscuro, con mal olor, el abdomen se encontraba más distendido y la herida operatoria empieza con secreción serohemática purulenta. Los exámenes de laboratorio evidenciaban leucocitosis con desviación a la izquierda.

Se plantea el diagnóstico de obstrucción intestinal. Por tal motivo se le realiza laparotomía exploratoria, en la cual se evidencia bridas y adherencias entre asas delgadas y hacia pared abdominal anterior, líquido purulento aproximadamente 2000cc en los cuatro cuadrantes más dehiscencia del 80% de anastomosis a 2 metros del ángulo de treitz y a 60 cm de válvula ileocecal; por tal motivo se le realiza la liberación de dichas bridas y adherencias, lavado de cavidad y yeyunostomía mikulicz en flanco derecho.

Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a recuperación con funciones vitales estables, es importante mencionar que el área de cirugía contaba con ambientes de hospitalización y área de críticos la cual contaba con monitoreo 24 horas, es en esta área de críticos donde el paciente se hospitalizó y mostró mejoría.

El día 15 de marzo del 2020, se paralizó el internado en todos los hospitales, debido a la aparición de casos de COVID 19 en nuestro país, con la finalidad de salvaguardar la salud de los internos de medicina, así como de otras facultades, por aproximadamente 6 meses. Debido a que habíamos pasado la primera ola y los casos nuevos habían descendido, se reanuda el internado mediante el decreto: N 090-2020 sin embargo muchos internos de medicina no pudieron regresar a sus hospitales correspondientes debido a que no podían salvaguardar la seguridad en las prácticas preprofesionales, es por tal motivo que muchos tuvimos que culminar nuestro internado en centros de primer nivel de atención. Mi persona pudo acceder al Centro Materno Infantil Tablada de Lurin, del cual se pudo adquirir muchos conocimientos para la carrera profesional, pero sobre todo se pudo notar la gran importancia de un establecimiento de primer nivel de atención en la salud pública de nuestro país.

1.2 Rotación de Ginecología Y Obstetricia

La siguiente rotación fue ginecología y obstetricia, la cual se pudo realizar ya que el centro cuenta con sala de partos, hospitalización, consultorios de obstetricia donde se realiza el control prenatal de las gestantes al cual pudimos acceder; sin embargo nuestro labor se basaba más en el diagnóstico

y tratamiento de patologías que pueden afectar la salud tanto de la gestante como del feto, los cuales los realizábamos en los consultorios de medicina, siendo las más frecuentes las infecciones del tracto urinario sobre todo las bacteriurias asintomáticas, así como también vaginitis; también se llegó a diagnosticar casos de preemclampsia con y sin signos de severidad dentro de consultorio de medicina basados en la clínica de la paciente además de los exámenes de laboratorio, no obstante dentro del área de obstetricia se les realizaba la prueba de ácido sulfasalícilico en orina, para posteriormente referirlas a hospitales de mayor complejidad como el hospital María Auxiliadora donde siguen su control y su posterior parto.

Uno de los casos vistos en consultorio de medicina fue el de una paciente mujer de 34 años, primigesta de 36 semanas de edad gestacional, que acude a consultorio por presencia de síntomas como dolor de cabeza holocraneana, escotomas ya que paciente refiere ver lucecitas en campo visual; dentro de los antecedentes de importancia con los que se cuentan son que padre y madre de la gestante son hipertensos hace más de 10 años, gestante refiere no presentar antecedentes patológicos. Cabe mencionar que paciente no cuenta con controles prenatales anteriores.

Dentro de sus Funciones vitales cuenta con una frecuencia cardiaca de 75, frecuencia respiratoria de 17, saturación 97%, presión arterial de 160/110, temperatura 36.5°C.

Al examen físico impresiona presencia de edemas ++/+++ en miembros inferiores por encima de tobillo con rangos de movilidad conservados.

Se plantea el diagnostico de preeclampsia severa, debido a que paciente presenta más de 20 semanas y cuenta con una presión arterial de 160/110, además de presentar síntomas premonitorios de severidad como la cefalea y los escotomas, la presencia de edemas en miembros inferiores que no sobre pasan tobillo, nos inclinaría a pensar en proteinuria a pesar de no contar con orina en 24 horas que nos lo demuestre, y debido a las severas complicaciones que presentaría la paciente sin una estabilización y posterior finalización de la gestación, se le hace una referencia de emergencia al hospital más cercano que es el Hospital María Auxiliadora.

Es importante mencionar que, debido al nivel del Centro Materno Infantil Tablada De Lurín, los casos que impliquen gravedad o complicaciones en los

pacientes son referidos a los hospitales más cercanos que pueden ser el Hospital María Auxiliadora o el Hospital De Emergencia Villa El Salvador.

El siguiente caso a continuación es en mujer de 25 años, que acude a consultorio, debido a que presenta flujo vaginal desde hace 3 días de color verdoso, con mal olor, además de presentar prurito vaginal, no sensación de alza térmica, no náuseas ni vómitos. No antecedentes de importancia.

Funciones vitales dentro del rango normal: frecuencia cardíaca de 80, frecuencia respiratoria de 15, saturación de 98%, temperatura: 36.5%

Al examen físico: abdomen simétrico, no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación profunda ni superficial en hipogastrio, ni en fosas ilíacas.

Se plantea el diagnóstico de vulvovaginitis, por tal motivo se le indica metronidazol 2g vía oral única dosis y clotrimazol 500mg vía tópica y se le indica control en 7 días.

1.3 Rotación de Pediatría y Neonatología

Pediatría fue la siguiente rotación, la cual la realizamos en el área de inmunizaciones, nutrición que contaba con el descarte y profilaxis de anemia, así como también el consultorio de medicina en el cual se atendía con mayor frecuencia los casos de enfermedades diarreicas agudas, rinofaringitis, otitis media aguda. Los casos vistos fueron:

Paciente de 3 años, el cual acude a consultorio con madre, refiriendo que desde hace 2 días menor presenta dolor en oído izquierdo, y sensación de alza térmica no cuantificada, además de mencionar que paciente inicio hace 1 semana con estornudos y congestión nasal.

Paciente cuenta con funciones vitales de frecuencia cardíaca alza térmica de 38°C, frecuencia cardíaca de 100, saturación de 98%.

Al examen físico de oído, pabellón auricular sin alteraciones, sin embargo, a la tracción de este paciente presenta dolor, trago positivo, no se logra evidencia supuración de oído. Cabe mencionar que en centro de salud no se cuenta con otoscopio.

Se plantea con diagnóstico de otitis media aguda, debido a la edad del paciente, el antecedente de rinofaringitis, irritabilidad por aparente otalgia, además de alza térmica cuantificada de 38°C

El tratamiento que se planteo fue de amoxicilina 6ml cada 12 horas, la dosis planteada fue de 80mg/kg/día en suspensión de 500mg/5ml ya que el niño pesaba 15 kg. También se le prescribió 9 ml cada 8 horas de paracetamol por 3 días, se calculó dosis de 15mg/kg/dosis en jarabe de 120mg/5ml.

El siguiente caso es parte de la gran mayoría que acude al centro. Se trata de paciente de 10 años que acude a consultorio con madre, por presencia de heces de consistencia líquida y aumentadas en frecuencia desde hace 3 días, con inicio insidioso y curso estacionario, es importante mencionar que durante entrevista se recolecta información acerca de las características en la deposición de menor, el cual refiere que son de contenido alimenticio, no presencia de sangre ni moco, no sensación de alza térmica.

Al examen físico abdomen simétrico no distendido con ruidos hidroaéreos aumentados, leve dolor a la palpación profunda de manera difusa, ya que dolor no tiene predominancia en ningún cuadrante. Se debe señalar que al examen físico piel y mucosas lucen tibias, hidratadas y elásticas, llenado capilar, menos de 2 segundos, signo del pliegue negativo.

Se plantea el diagnóstico de enfermedad diarreica aguda, para el cual se toma en cuenta el estado general del paciente el cual era favorable, las características de las deposiciones, y el examen físico. Por tal motivo se le explica a madre de paciente el plan terapéutico que será con sales de rehidratación oral y paracetamol condicional a fiebre, además se le cita en 7 días para control y resultados de reacción inflamatoria en heces.

1.4 Rotación de Medicina Interna

La última rotación es medicina, la cual se pudo realizar en el servicio de "PCT" que es el programa de tuberculosis en el centro del salud, en el cual se

realizaba el control de los pacientes pertenecientes a dicho programa, tal control incluía la monitorización del cumplimiento del tratamiento de los pacientes, mensualmente se les pedía un esputo para realizarse la baciloscopia, además de sus chequeos semanales que incluían un examen físico completo; el programa no solo se basaba en el tratamiento de la tuberculosis, sino también que todos los pacientes debían pasar por el área de nutrición, psicología, y servicio social.

Dentro de los casos vistos en consultorio fue de paciente mujer de 55 años con un tiempo de enfermedad de 6 meses, en el cual presenta dolor constante en rodillas de intensidad 7/10 que empeora cuando camina rutas largas, o cuando sube escaleras y calma al reposo, además refiere que siente constantes mareos y cansancio. Paciente menciona no presentar antecedentes patológicos.

Las funciones vitales de paciente son frecuencia cardiaca de 70, frecuencia respiratoria de 15, saturación de 97%, temperatura 36.5%.

Al examen físico: piel y mucosas tibias, hidratadas, elásticas, con llenado capilar menos de 2 segundos, no impresiona palidez, ni ictericia. A nivel cardiovascular presenta ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. Tórax y pulmones con murmullo vesicular que pasa bien en ambos campos pulmonares. Abdomen simétrico globuloso, con ruidos hidroaereos positivos, no doloroso a la palpación profunda ni superficial. Miembros inferiores: con eje simétrico, no genu valgo, no genu varo, no impresiona edemas, con rangos articulares conservados, reflejos conservados.

El diagnostico planteado es gonartrosis, por la clínica de la paciente, debido a que es un dolor que empeora al esfuerzo y mejora al reposo, lo que nos descartaría que sea de causa inflamatoria, además la paciente tiene 2 factores de riesgo que son la edad, y la obesidad ya que presenta un IMC 31,1 ya que mide 1.50 y pesa 70 kg el cual se considera como obesidad tipo 1; por tal motivo se le prescribe ibuprofeno 400mg condicional a dolor y se le pide placa radiográfica de rodillas proyección anteroposterior y lateral. Además, debido a la obesidad de la paciente y los mareos constantes, se le pide un

hemograma completo para descartar anemia, además de un perfil lipídico y una glucosa basal en ayunas. Se le cita con resultados

El siguiente caso es uno de los más frecuentes que se presentan en consultorio de medicina.

Paciente mujer de 26 años, con tiempo de enfermedad de 3 días, acude a consultorio de medicina con molestias urinarias, refiere “ardor al orinar, sensación de retención de orina, aumento de frecuencia de micción”, no refiere sensación de alza térmica, no náuseas, no vómitos. Sin antecedentes de importancia.

Funciones vitales dentro del rango normal: frecuencia cardíaca de 75, frecuencia respiratoria 15, presión arterial de 120/80, saturación de 98%.

Examen físico conservado, se le realiza puño percusión lumbar el cual es negativo también se le realiza puntos reno ureterales los cuales también salen negativos.

Debido a la clínica que presenta la paciente como la disuria, tenesmo, polaquiuria se plantea el diagnóstico de infección del tracto bajo, debido a que paciente no presenta alza térmica, puño percusión lumbar negativo y puntos renoureterales negativos.

Por tal motivo se decide pedir examen de orina completo para confirmar el diagnóstico, además se le da tratamiento de cefalexina de 500mg cada 8 horas por 7 días. Y control con resultados de examen de orina completa, es importante mencionar que tratamiento debe iniciar posterior a la toma de muestra de orina.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

2.1 Hospital Central PNP Luis N. Saenz

El Hospital Central PNP Luis N. Saenz que pertenece al nivel 3, el cual se ubica en la Av Brasil 26 en el distrito de Jesús María, Lima, Perú, el cual tiene como población objetivo a todos los afiliados al Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú– SALUDPOL, el cual incluye tanto al personal policial en actividad o en retiro con derecho a pensión, a los cadetes de la escuela de oficiales, alumnos de las escuelas técnico superiores de la Policía Nacional del Perú, así como también al conviviente o conyugue por ley, hijos menores de edad y a los hijos mayores de edad con discapacidad total, además de los padres del personal policial.

El Hospital Central PNP Luis N. Saenz compone un centro de referencia y contrareferencia, siendo las referencias de niveles inferiores con más frecuencia de segundo nivel, los que más llegan a dicho hospital dependiendo de la gravedad del paciente o de algún equipamiento dentro del hospital que sea necesario para el diagnóstico o tratamiento del paciente.

Con la llegada de la pandemia el Hospital Central PNP Luis N. Saenz ha priorizado la atención a los pacientes COVID, así como procedimientos de emergencia. (1)

2.2 Centro Materno Infantil Tablada De Lurín

El Centro Materno Infantil Tablada de Lurín es nivel I-4 ya que cuenta con sala de partos, nutrición, psicología, odontología, farmacia, internamiento de corta estancia, consultorio de atención ambulatoria y emergencias las 24 horas, dicho centro se ubica en Av. República S/N, Mz. 60, distrito de villa maría del triunfo, Lima, Perú.

El centro cuenta con destinos de referencias al Hospital María Auxiliadora, Centro Materno Daniel Alcides Carrión, Hospital de emergencias Villa el Salvador de acuerdo con el estado del paciente y la capacidad resolutive del centro.

Durante la pandemia el centro se dividió en área covid y no covid, separando el ingreso de los pacientes según al área que correspondían, para evitar los contagios ellos, sin embargo, los servicios de nutrición, inmunizaciones, CRED, psicología fueron paralizados durante la cuarentena, a pesar de eso el consultorio de medicina continuo en la atención de pacientes y en el control de sus patologías, así como de la entrega de medicamentos en el caso de patologías crónicas. Con la reapertura y flexibilización de la cuarentena también se reabrió los servicios anteriormente mencionados que habían sido paralizados. Actualmente el centro continua con la atención en el 100% de sus servicios, pero con medidas de bioseguridad para salvaguardar la salud de los pacientes y del personal que trabaja en dicho centro (2)

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

El presente capitulo busca contrastar el método de trabajo que se realiza en el centro de salud con las normas técnicas, guías o bibliografía disponible, en cada uno de los casos expuestos en el capítulo 1.

3.1 Rotación de Cirugía

El primer caso se expone a paciente de 76 años que acude a emergencia por intenso dolor en epigastrio, con alza térmica, y exámenes de laboratorio que muestran reacción inflamatoria. Dentro del examen físico se evidencia abdomen distendido, con ruidos hidroaereos disminuidos, además de timpanismo a la percusión, menciona mucho dolor a la palpación profunda y superficial. Debido al examen físico y a la historia clínica, se planteó diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico, por lo cual se hace laparoscopia exploratoria, encontrándose perforación gástrica de aproximadamente 1 cm en cara anterior, cubierto por fibrina, además de estar cubierta de epiplón por tal motivo se realiza perforación.

Según bibliografía revisada, nos señala que el diagnóstico de perforación gástrica se sospecha con la historia clínica realizada y con el examen físico, sin embargo, no será suficiente debido a que se es necesario el uso de exámenes auxiliares de imagen siendo la radiografía una de las primeras en

usar debido a su bajo costo y su accesibilidad, en esta se podrá evidenciar gas fuera del espacio intraluminal, pero la desventaja que esta presenta es no puede mostrar donde está la perforación. Otro examen accesible y de gran utilidad es la ecografía ya que muestra claramente la presencia de gas en el peritoneo. No obstante, el examen de elección es la tomografía computarizada abdominal ya que posee mayor sensibilidad a comparación de los anteriores exámenes ya mencionados, debido a que puede evidenciar menores cantidades de gas intraluminal, además de guiar el diagnóstico al sitio y la etiología de la perforación ya que se puede incluso ver la presencia de soluciones de continuidad en las paredes gastrointestinales.

El tratamiento que se le realizó al paciente fue la rafia de la herida operatorias, además de liberación de bridas y adherencias. Sin embargo, es necesario mencionar que de acuerdo a la bibliografía revisada se deben de seguir pasos ordenados, como por ejemplo el iniciar con fluidoterapia endovenosa, restricción de ingesta por vía oral, antibioticoterapia que dependerá del sitio de la perforación, además de asociarlo con un inhibidor de bomba de protones vía endovenosa en el caso de las perforaciones gástricas. Se plantea el tratamiento conservador en el caso de que el paciente tenga la perforación contenida, no presente sepsis, o que hayan formado una fistula gastrointestinal; y es debido a que se ha visto que el tratamiento conservador que consiste en antibioticoterapia con drenaje además de un apoyo provisional en la nutrición como en el caso de una gastrostomía o yeyunostomía de alimentación, han mostrado una reducción de morbilidad y mortalidad.

Sin embargo, plantea también que la mayoría de perforaciones a nivel gástrico o duodenal terminan en tratamiento quirúrgico, donde se realiza una rafia de la perforación o el uso de un parche de Graham que es muy útil para el caso de úlceras gástricas debido a la inflamación que presenta que dificulta una rafia de la perforación.

Es importante mencionar que se debe tomar biopsia del borde de la perforación gástrica para descartar carcinoma gástrico. (3)

En el segundo caso se habla de una hernia umbilical estrangulada, la cual acude a consultorio por la presencia de dolor intenso que agrava con las horas, con cambios en el color el cual se torna violácea debido al examen físico mencionado, a los exámenes de laboratorio alterados, nos llevan a plantear el diagnóstico de hernia encarcelada y se realiza laparotomía exploratoria donde se encuentra asa intestinal delgada necrosada por tal motivo se le realiza anastomosis término terminal.

Las hernias umbilicales están dentro del grupo de hernias ventrales, siendo unas de las más frecuentes en adultos que presentan un aumento de la presión intrabdominal ya sea por la obesidad, distensión, ascitis e incluso por una gestación; se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en varones con una relación de 3/1 (ver anexo 1).

El diagnóstico se basa en la clínica del paciente y en el examen físico a la palpación de masa blanda que protruye a través del anillo umbilical, estas pueden subdividirse en reductibles e irreductibles, además de su tamaño, siendo consideradas pequeñas cuando miden menos de 1cm y son grandes cuando miden más de 4cm.

El tratamiento se definirá de acuerdo a la clínica, ya que, si el paciente no ha sentido molestias e incluso desconocía la presencia de la hernia por su pequeño tamaño, no necesitara reparación quirúrgica. Sin embargo, los pacientes con clínica presente serán tratados quirúrgicamente para la reparación herniaria, dicha intervención quirúrgica podrá ser abierta o por vía laparoscópica dependiendo del estado del paciente y de la condición de la hernia. (4)

3.2 Rotación De Ginecología Y Obstetricia

En el tercer caso expone el caso de una gestante de 36 semanas que acude por primera vez al centro para hacerse un control debido a los síntomas que presentaba los cuales eran cefalea, escotomas y edema de miembros

inferiores que sobrepasaban los tobillos, además de contar con una presión de 160/110, por tal motivo se plantea el diagnóstico de preeclampsia severa, basándonos en la clínica de la paciente, sin embargo debido a la complejidad del caso, la paciente fue referida de emergencia al hospital más cercano.

La preeclampsia se define a toda gestante con más de 20 semanas de gestación con elevación de la presión arterial. Esta se puede dividir en preeclampsia leve o sin signos de severidad la cual cuenta con una presión arterial más de 140/90 pero menor de 160/110 tomada 2 veces con un intervalo de 4 horas además de la presencia de proteinuria de más de 300mg en orina de 24 horas o medida con proteinuria cualitativa medida con ácido sulfasalícilico 1+ o tira reactiva 2+. La preeclampsia severa cuenta con una presión arterial superior a 160/110 con proteinuria cuantitativa mayor a 300mg en orina de 24 horas, o con daño de órgano blanco que se puede evidenciar con exámenes de laboratorio como: creatinina más de 1,1mg/dl que evidencian daño renal, elevación de enzimas hepáticas como TGO>70mg/dl o que evidencia falla de la función hepática, la presencia de edema pulmonar, trombocitopenia <100 000 /mm³ o presencia de signos premonitorios como la cefalea, escotomas y epigastralgia.(5)

La Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de preeclampsia y eclampsia menciona la importancia de los controles prenatales, ya que en el caso de que la gestante tuviese factores de riesgo para desarrollar preeclampsia, se puede manejar desde las 14 semanas con ácido acetil salicílico y calcio como preventivos.

Sin embargo, en el caso de esta paciente que tiene diagnóstico de preeclampsia con signos de severidad, se deberá hacer control de la diuresis, las funciones vitales cada 15 minutos debido a las complicaciones que presenta.

Al ser una preeclampsia severa estarán indicados el uso de antihipertensivos, de los cuales la primera elección es labetalol 20mg por vía endovenosa con infusión lenta por 1 a 2 minutos, el cual se repetirá duplicando la dosis después de 10 minutos, en el caso de que no se llegue a controlar la presión arterial, siendo la máxima dosis de 220mg, posterior al control se continuará con

100mg cada 6 horas vía endovenosa en perfusión continua. También se cuenta con otros antihipertensivos como metildopa, hidralazina, y nifedipino

Además, se deberá iniciar por sulfato de magnesio al 20%, 4g por vía endovenosa como bolo y 1g /hora como prevención de una futura eclampsia, es importante recalcar la monitorización de reflejos rotulianos, diuresis, frecuencia respiratoria y saturación mientras se da la infusión endovenosa. Sin embargo, el tratamiento definitivo será terminar la gestación, la vía de parto se prefiere la vía vaginal a la cesárea. En las gestantes con preeclampsia severa se consultará a anestesiología debido a que la anestesia regional presenta buen control de la presión arterial es por tal motivo que se la prefiere. (6)

En el cuarto caso se trata acerca de mujer de 25 años que acude a consultorio con tiempo de enfermedad de 3 días con flujo vaginal verdoso con mal olor y prurito vaginal. Se plantea el diagnóstico de vulvovaginitis por tricomoniasis y candida aparentemente, debido a las condiciones y acceso a materiales de forma complicada, se empieza tratamiento de forma empírica con metronidazol 2g vía oral única dosis y clotrimazol 500mg vía tópica y se le indica control en 7 días.

Según bibliografía estudiada, los métodos de diagnóstico cuando se sospecha de tricomoniasis pueden ser la microscopia donde se evalúa el flujo vaginal y se puede evidenciar a los trofozoitos móviles ya que tras la recolección de la muestra estos pueden permanecer móviles por 10 a 20 minutos. Pero el Gold estándar para el diagnóstico de tricomoniasis está la prueba de amplificación de ácidos nucleicos ya que se detecta el ARN, sin embargo, los materiales y el costo que implica hace que no sea la prueba más utilizada. (ver anexo 2).

El tratamiento que se recomienda es el metronidazol o el tinidazol ya que tienen alta tasa curativa debido a su alta sensibilidad a estos fármacos; el metronidazol es el fármaco accesible que se usa en el centro de salud, el cual según se nos muestra lo podemos administrar como dosis única si son 2 gramos de metronidazol o por 7 días con 500mg cada 12 horas de metronidazol, siendo este último el que ha presentado mayor eficacia a comparación con la dosis única, sin embargo es de importancia mencionar

que el tratamiento se debe basar en la historia clínica del paciente es por tal motivo que si sospechamos que la paciente no tendrá adherencia al tratamiento, será preferible darle la dosis única, que será todo lo contrario con las pacientes que si tendrán adherencia al tratamiento y cumplirán con la toma de medicación. Se nos menciona la alternativa que es el tinidazol, del cual se refiere que ha tenido mayor eficacia con respecto al metronidazol, además de no tener los efectos secundarios gastrointestinales del último, sin embargo, no contamos con este fármaco en los centros debido a su alto costo. En el centro de salud añade al cotrimazol tópico de 500mg ante la presencia de prurito vaginal. (7)

3.3 Rotación De Pediatría y Neonatología

En el quinto caso se expone el caso de un niño de 3 años el cual acude a consultorio con otalgia desde hace 2 días y sensación de alza termina, con el antecedente de rinofaringitis aguda hace una semana. En el presente caso se plantea el diagnostico de otitis media aguda y se trata al paciente con amoxicilina 80 – 90 mg /kg/ día, más paracetamol condicional a fiebre.

La otitis media aguda se define como la infección bacteriana que involucra el oído medio con o sin perforación timpánica que es causado por 3 bacterias que son el streptococcus pneumoniae, haemophilus influenzae y moraxella catarralis. Se da con mayor frecuencia en lactantes entre los 6 meses y 24 meses de edad, siendo el sexo masculino los más afectados.

Dentro de los factores de riesgo están la edad debido a la anatomía presente en este grupo etario ya que estos presentan una trompa de Eustaquio de menor longitud, mucho más flácida con un eje más horizontalizado a comparación con los adultos y es la razón por la que facilita el pasaje de secreciones nasales hacia el oído medio. Otro factor de riesgo son los antecedentes familiares de otitis media aguda recurrente o tener hermanos aumenta el riesgo, el uso de chupetes, el acudir a guarderías aumenta el

riesgo debido a la transmisión de patógenos ya sean virales o bacterianos (ver anexo 3)

Debido a las condiciones con las que se cuenta en el centro de salud el diagnóstico se realizó con la clínica del paciente, los factores de riesgo además del antecedente de rinofaringitis. Sin embargo según la guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de otitis media aguda del Hospital Cayetano Heredia departamento de cirugía servicio de otorrinolaringología del 2019, el diagnóstico se basa en la clínica del paciente y estudios de laboratorio, no obstante la guía recalca que los exámenes auxiliares no sustituyen la historia clínica ni la exploración física realizada en el paciente, ya que el diagnóstico de otitis media aguda se fundamenta en la comprobación de secreción purulenta en el oído medio mediante otoscopia simple o neumática además de la presencia de algún signo o un síntoma que evidencie enfermedad aguda. (8)

Para el tratamiento la guía nos menciona el uso de analgésicos como paracetamol 15mg/kg/dosis, ibuprofeno 10mg/kg/dosis o metamizol 15mg/kg/dosis desde el inicio de la enfermedad. Sin embargo, en el tratamiento antibiótico menciona que existen dos posibilidades, una de ellas es la observación por 24 a 48 horas según la gravedad de los síntomas, la edad del paciente, la certeza que se tiene en el diagnóstico y la otra opción es el iniciar con antibióticos desde el primer día, por lo que se usara amoxicilina 80-90mg/kg/día de 7 a 10 días, otras opciones están la amoxicilina con ácido clavulánico, y si es alérgico a las penicilinas se dará cefuroxima 30mg/jg/día (ver anexo 4)

Según bibliografía revisada también nos menciona que el tratamiento de primera línea es amoxicilina 90mg/kg/día dividido en 2 dosis, en los pacientes que no hayan usado betalactámicos los últimos 30 días, que no presenten conjuntivitis concomitante o que tengan antecedente de Otitis media aguda recurrente. En el caso que no se así, se usara amoxicilina 90mg/kg/día con ácido clavulánico 6,4mg/kg/día divididas en 2 dosis. El tiempo de antibioticoterapia se basará en la edad, ya que si son menores de 2 años será por 10 días, y en los mayores de 2 años será de 5 a 7 días. (9)

En el sexto caso se trata de paciente de 10 años que acude a consultorio por presentar heces de consistencia líquida con contenido alimenticio, no moco, no sangre y aumentadas de frecuencia, desde hace 3 días, no se le agregan más síntomas. Por tal motivo se le diagnostica como enfermedad diarreica aguda, para la cual se le prescribió sales de rehidratación oral y paracetamol condicional a fiebre.

La enfermedad diarreica aguda se define como la presencia de deposiciones de consistencia disminuida ya sean líquidas o acuosas con un aumento de frecuencia en las deposiciones de aproximadamente 3 veces por día, las cuales pueden ir acompañadas de náuseas y vómitos; la duración debe ser menos de 14 días para considerarse aguda.

Dentro de los patógenos que pueden causar enfermedad diarreica aguda con mayor frecuencia son los virus como norovirus, rotavirus, adenovirus, astrovirus. Dentro de las causas bacterianas encontraremos a la shigella sp, campylobacter jejuni, e. coli enterotoxigenica, ect. Los agentes parasitarios que también podemos encontrar son guardia lamblia, cryptosporidium, isospora belli, etc.

Según la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños y niñas, el tratamiento se evocara principalmente en la prevención o tratamiento de la deshidratación, en evitar el daño nutricional fomentando la alimentación durante y después de las diarreas, por último se buscara reducir los episodios de diarrea tanto en la duración como en la gravedad de estos.

En el caso presentado el paciente no presentaba signos de deshidratación, por tal motivo se le indica sales de rehidratación oral. La guía mencionada indica el aumento de ingesta de líquidos en casa dentro de la alimentación, además nos proporciona la cantidad de sobres de sales de rehidratación oral según edad del paciente, el paciente del caso presentado tiene 10 años por tanto le corresponde 1 a 2 sobres por día, también nos menciona la cantidad a tomar posterior a la evacuación según grupo etario que en este caso le correspondería 100 a 200 ml (ver anexo 5). Es importante mencionar que se le debe indicar a madre cuales son los signos de alarma por los que debería

regresar al establecimiento, como los signos de deshidratación, o aumento de frecuencia de deposiciones a más de 10 al día o más de 4 deposiciones en 4 horas con gran volumen, la presencia de irritación, somnolencia o letárgica, sangre en las heces, etc (10)

3.4 Rotación de Medicina Interna

En el séptimo caso se presenta a mujer de 55 años con tiempo de enfermedad de 6 meses en el cual acude por dolor en rodillas que empeoran al esfuerzo físico y que calma al reposo, paciente presenta un IMC de 31, considerándose en obesidad tipo 1. Por la clínica de la paciente se plantea el diagnóstico de gonartrosis para el cual se le pide una radiografía de rodillas de proyección antero posterior y proyección lateral. Se le receta ibuprofeno 400mg condicional al dolor.

La osteoartrosis se define como la pérdida de cartílago articular de forma progresiva, además se le añade cambios inflamatorios o reactivos a nivel de los márgenes articulares y posteriormente se genera una afectación subcondral.

Para el diagnóstico se nos menciona que puede ser clínico radiológico, el cual consta de 3 criterios diagnósticos como la edad mayor de 50 años, presencia de crujido a la movilización, rigidez matutina menos de 30 minutos, pero al menos 1 de los mencionados deberá estar acompañado de dolor intenso en articulación, presencia de osteofitos y sospecha fuerte del diagnóstico en base a la historia clínica realizada.

Para el tratamiento, no solo nos indica una terapéutica farmacológica, ya que nos menciona la importancia de la educación al paciente acerca de la enfermedad, así como el control del peso del paciente. Dentro de la medicación se basará principalmente en analgésicos tópicos como el diclofenaco y la capsaicina tópica los cuales reducen el dolor generado en las articulaciones, también se mencionan a los AINES como la primera opción en

analgésicos sistémicos los cuales reducen la inflamación, además de la analgesia y alza térmica (11)

En el octavo caso se presenta a mujer de 26 años que acude a consultorio de medicina por la presencia de disuria, tenesmo, polaquiuria, no alza térmica, puño percusión lumbar y puntos renoureterales negativos, por lo cual se plantea el diagnóstico de infección del tracto urinario baja. Se le pide examen de orina completo y empíricamente se le da tratamiento de cefalexina de 500mg cada 8 horas por 7 días.

La infección del tracto urinario se define como la presencia de bacterias en orina de forma significativa, con presencia de signos y síntomas que solo se atribuyan a la infección del tracto urinario. Esta se puede clasificar en complicada en el caso de que se presente en varón o mujer que presente anomalías funcionales o estructurales a nivel del aparato genito urinario, enfermedad renal o inmunosuprimidos; las no complicadas son las que se presentan de forma esporádica y se adquieren en la comunidad, además los pacientes no cuentan con comorbilidades ni alteraciones genito urinarias. También se le puede clasificar en bajas en el caso de que comprometa uretra y/o vejiga donde los síntomas serán disuria, polaquiuria, tenesmo, urgencia, turbidez además del olor fétido; las infecciones del tracto urinario también pueden ser altas en el caso de que afecte uréteres, y parénquima renal, y se acompañe de signos y síntomas sistémicos como la fiebre, escalofríos, náuseas, vómitos, puño percusión lumbar positivo, puntos renoureterales positivos, etc.

El agente patógeno más frecuente que barca el 70 a 80% de infecciones del tracto urinario tanto en varones como en mujeres, es la E. coli; los restantes que corresponden al 20% de infecciones del tracto urinario como el staphylococo saprophyticus, proteus mirabilis, etc.

El diagnóstico se basa en la clínica con un cultivo de orina en el cual para ser positivo debe presentar más de 10^5 unidades formadoras de colonias por 1 ml en una sola medida, nitritos positivos, etc.

El tratamiento que se nos recomienda según la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de infecciones del tracto urinario en el hospital santa rosa. En primera línea se prescribirá nitrofurantoina 50 a 100mg, cada 6 horas, por 7 días o nitrofurantoi macrocristales 100mg cada 12 horas por 5 a 7 días, como segunda línea encontramos a la fosfomicina trometanol 3 gramos, diluido en agua, como única dosis, la tercera alternativa tratará con trimetropin- sulfametoxazol 160/800mg cada 12 horas, por 3 días. (12)

CAPITULO IV. REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La experiencia del internado es esencial para cada médico, ya que consta de 1 año entero en el cual se aplica la medicina en su máxima expresión, es decir la aplicación teórica que se ha obtenido en los años anteriores, y la aplicación práctica la cual se aprende día a día en el internado; además que durante ese año, se realizan rotaciones en las 4 especialidades más importantes y es en esas rotaciones donde el interno de medicina se proyecta y perfila para su futura especialización ya que consta de 3 meses en cada rotación donde se tiene acceso a hospitalización, emergencia, consultorios además se cuenta con exámenes auxiliares a disposición, de los pacientes y de los médicos.

Mi persona tuvo acceso al Hospital Central PNP Luis N Saenz, en el cual se realizó los primeros 3 meses aproximadamente del internado, y la primera rotación afortunadamente fue cirugía, la cual hizo que pudiese emplear todos los servicios que ofrecía el hospital, desde hospitalización para el pre y post operatorios de los pacientes, el área de críticos del servicio de cirugía en el cual se hacía un monitoreo más riguroso a los pacientes post operados debido a la complejidad de la intervención y del estado del paciente. El tópico de emergencia donde se hacían guardias de 12 horas ya sean nocturnas o diurnas de las cuales se aprendía mucho más que de un libro, debido a la gran cantidad de pacientes y las diversas patologías que los aquejaban, los cuales podían venir de uno en uno o en grupos y llenar todo el tópico de emergencia. Según las patologías quirúrgicas que se presentaban, se empleaban los exámenes auxiliares necesarios, ya que se tenía acceso a ecografía,

radiografía, tomografía con o sin contraste y resonancia magnética, las cuales estaban disponibles las 24 horas. En consultorio de cirugía se hacían los controles de los pacientes dados de alta después de una semana, así como también diagnósticos y programación de cirugías que no eran de emergencia de las cuales las más frecuentes eran las colecistectomías por cálculos en la vesícula que ocasiona cólicos crónicamente, hernias reductibles y más.

Sin embargo, con la pandemia del covid 19, hizo que el internado tenga otra modalidad y sobre todo se implemente los establecimientos de primer nivel de atención, los cuales muchos internos acudimos. En estos establecimientos lamentablemente no se acceden a casos complicados o graves como en un hospital, sin embargo los establecimientos de primer nivel de atención tienen una gran importancia, ya que idealmente deberían ser el primer contacto que debe tener un paciente con la salud, sin embargo en nuestro país aún no se tiene una adecuada educación en los pacientes debido a que ellos acuden a hospitales de alta complejidad para patologías que muy bien pueden ser resueltas en dichos centros de primer nivel de atención y de este modo se evitaría las largas demoras en conseguir una cita o atención en hospitales de alta complejidad para pacientes con patologías que realmente requieren especialistas y servicios más complejos.

La pandemia ha evidenciado las grandes fallas que hay en el sector salud, y son hoy las centros de primer nivel de atención las que están ejerciendo una atención importante en aquellos pacientes crónicos, que requieren sus medicamentos mensualmente y control según la patología que los aqueja, también los pacientes con patologías agudas como una rinofaringitis o una enfermedad diarreica aguda viral, e incluso en el área de emergencia donde hay atención las 24 horas y dependiendo de la gravedad de los pacientes se hace las consultas por telemedicina con médicos especialistas y referencias al hospital más cercano a la posta.

CONCLUSIONES

- Es el internado de medicina la etapa más influyente en la carrera profesional de todo estudiante de medicina en su último año, ya que es en este último año en el que decide su futuro profesional al tener la oportunidad de recorrer por las 4 rotaciones más importantes.
- La realización del internado de medicina en un hospital de alta complejidad permite la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos de mayor nivel académico por la misma capacidad resolutive que tiene un hospital de alta complejidad, el personal médico especializado, y los exámenes auxiliares que puedan ser necesarios en el diagnóstico los cuales son más accesibles en dichos hospitales.
- Los establecimientos de primer nivel de atención han sido claves para muchos pacientes con enfermedades crónicas ya que no se afectaron en el control de sus enfermedades y en su medicación mensual que debían recibir, así también fue de importancia en pacientes con patologías agudas que muy bien se podían resolver en estos establecimientos de primer nivel de atención.
- Es de importancia que los estudiantes de medicina puedan realizar rotaciones en establecimientos de primer nivel de atención antes del internado para lograr interiorizar la importancia que tienen estos establecimientos en patologías que no necesitan un hospital de mayor complejidad, así como también la importancia de reconocer los déficits que pueden tener muchos pacientes y el mismo establecimiento por falta de apoyo.

RECOMENDACIONES

- Se requiere más apoyo a los establecimientos de primer nivel de atención a nivel económico e infraestructura para mejorar el desempeño en estos establecimientos.
- Es necesario instaurar educación a nivel de salud, que la población sepa que el primer contacto con el personal de salud, debe ser en sus establecimientos de primer nivel de atención más cercanos a sus domicilios
- Se debe dar respaldo al interno de medicina en su desempeño, permitiéndole hacer rotaciones en hospitales de alta complejidad para un mejor desarrollo académico.

FUENTES DE INFORMACION

1. Ollanta Humala Tasso, Cesar Villanueva, et. al, Ley del régimen de salud de la Policía Nacional del PERU - decreto legislativo 1175, El peruano, 2013, [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/200306/197037_DL1174.pdf20180926-32492-11u5gig.pdf
2. Centro Materno Infantil Tablada de Lurín, Análisis situacional de salud, 2016.
3. Michael J Cahalane, MD, Overview of gastrointestinal tract perforation, [citado 14 de Abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gastrointestinal-tract-perforation?source=history_widget
4. David C Brooks, MD, Overview of abdominal wall hernias in adults, 2020, [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-abdominal-wall-hernias-in-adults?search=hernias%20umbilicales&source=search_result&selectedTitle=1~52&usage_type=default&display_rank=1
5. Enrique Guevara, Luis Meza, Manejo de la preeclampsia y eclampsia en el Perú, revista peruana de ginecología y obstetricia, [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n4/a15v60n4.pdf>

6. Instituto nacional materno perinatal, Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de preeclampsia y eclampsia, junio 2017, [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en:<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4220.pdf?fbclid=IwAR1ljPKq6qbzQe27fQvtxnrQ794lqc2ujNETg3aMsUpDbVPHF-vp2N2-lc8>
7. Dr. Jack D. Sobel, Caroline Mitchell, MD, MPH, Trichomoniasis, 2020, [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en:https://www.uptodate.com/contents/trichomoniasis?search=vaginitis%20tricomona&source=search_result&selectedTitle=1~88&usage_type=default&display_rank=1#H13
8. Stephen Pelton, MD, Paula Tähtinen, MD, PhD, Acute otitis media in children: Epidemiology, microbiology, and complications, 2020, [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en:https://www.uptodate.com/contents/acute-otitis-media-in-children-epidemiology-microbiology-and-complications?search=otitis%20media%20aguda%20en%20ni%C3%B1os&topicRef=6009&source=see_link#H2
9. Hospital Cayetano Heredia departamento de cirugía servicio de otorrinolaringología, Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de otitis media aguda, resolución ministerial, 2019, [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en:http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_214-2019-HCH-DG.pdf
10. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños y niñas, resolución ministerial N° 755-2017, citado 14 de abril de 2021]. Disponible en:https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf?fbclid=IwAR0N1VPCga6zznbYWJn9icHnBSghMTeS4wW2bgPNjbFmZ7PzTkatjTu0o30
11. Departamento de medicina, servicio de especialidades médicas, guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de infecciones del tracto urinario del hospital santa rosa, [citado 14 de abril de 2021].

Disponible en:

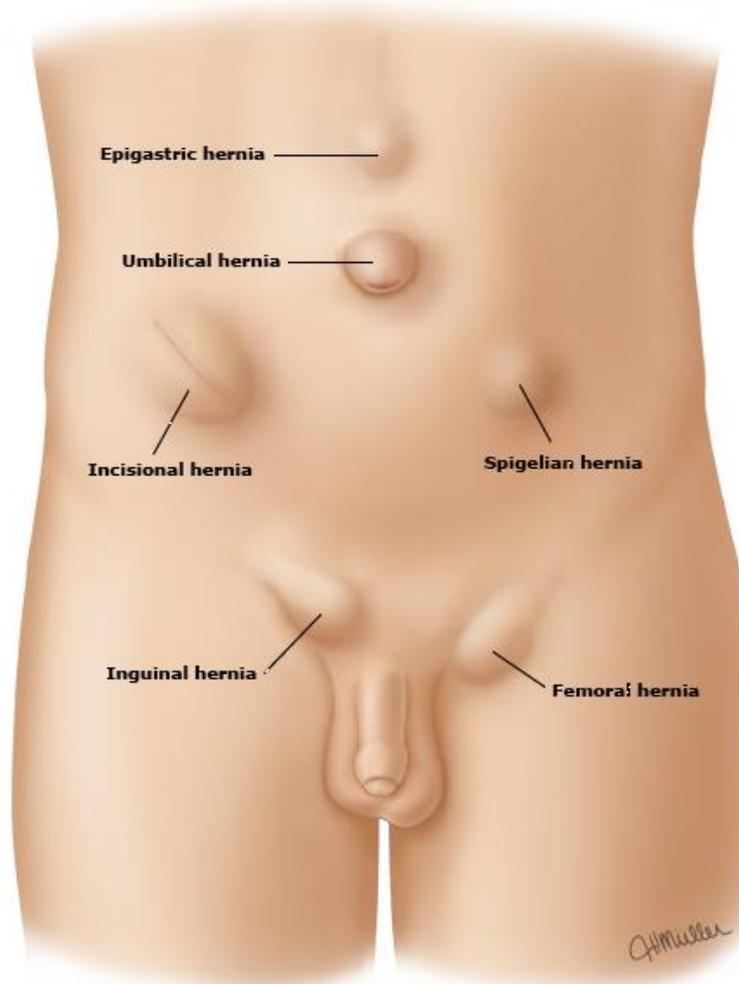
http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2020/resoluciones/RD-267-2020-INFECCION-DEL-TRACTO-URINARIO.pdf?fbclid=IwAR1R_u-l8GMrrXIZtszq9IT6M7sDa6nO3PRlbYbBKZqCUCkDFzAIP-pOEr0

12. Departamento de investigación, docencia y rehabilitación integral en unidad motora y dolor, Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento médico y rehabilitador de adultos con osteoartrosis en cadera, rodilla y manos para el tercer nivel, resolución directorial n°137-2012, [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.inr.gob.pe/transparencia/transparencia%20inr/resoluciones/2012/RD%20137-2012-SA-DG-INR%2035%20folios.pdf>

ANEXOS

ANEXO N°1

Abdominal wall hernias

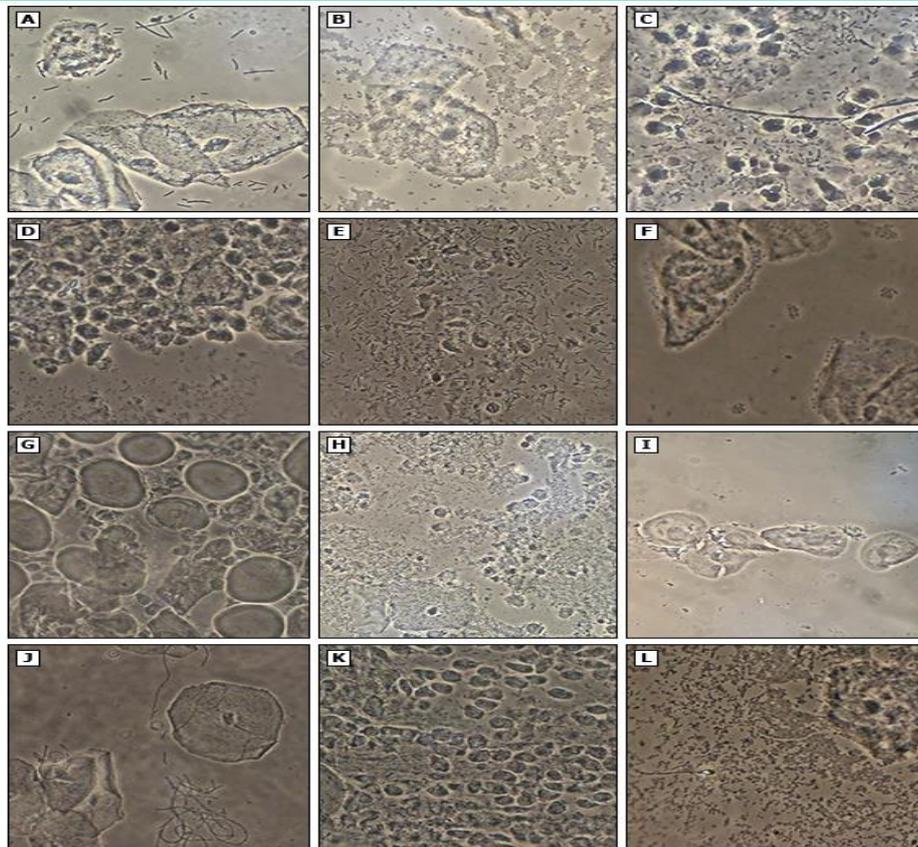


Abdominal wall hernias include incisional hernias, which occur along incisions from a prior surgery; umbilical hernias; epigastric hernias, which occur between the umbilicus and xiphoid; Spigelian hernias located at the arcuate line; lumbar hernias in the flank (not shown); and groin hernias (inguinal and femoral hernias).

UpToDate®

ANEXO N°2

Examples of common findings on wet mount microscopy of vaginal discharge



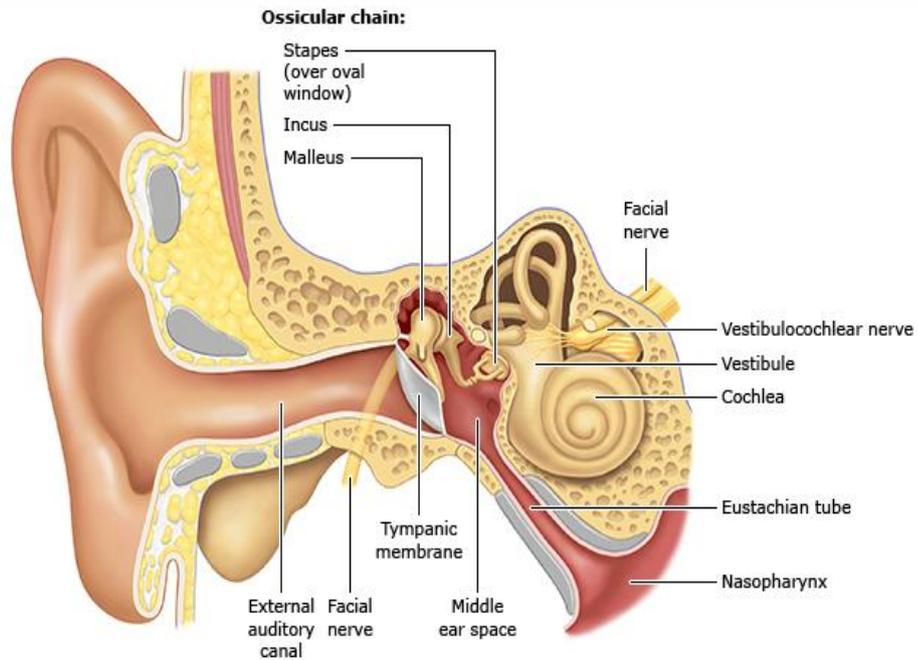
- (A) Normal (presence of pleomorphic lactobacilli and superficial cells).
 (B) Bacterial vaginosis (clue cells, absent lactobacilli, presence of granular flora).
 (C) Candida (mycelium and blastospores, moderate inflammation, lactobacilli grade IIa; the dimorphism is suggestive of *C. albicans*).
 (D) Candida and bacterial vaginosis (lactobacilli absent, granular flora, severe inflammation, blastospores).
 (E) Cytolytic vaginosis (abundant lactobacilli, bare nuclei, and cytoplasmic debris).
 (F) Aerobic vaginitis (moderate; lactobacilli grade III, cocci).
 (G) Desquamative inflammatory vaginitis (severe AV; lactobacilli grade III, cocci, atrophy, and moderate inflammation).
 (H) Trichomoniasis and bacterial vaginosis (clue cells, granular flora, lactobacilli absent, inflammation, *T. vaginalis*).
 (I) Vaginal atrophy (lactobacilli absent, cellular scarcity, parabasal cells).
 (J) Leptothrix.
 (K) Cervical mucus.
 (L) Bacterial vaginosis and sperm (sperm can be confused with blastospores, especially after the loss of the tail).

From: Vieira-Baptista P, Grincevičienė S, Oliveira C, et al. The International Society for the Study of Vulvovaginal Disease Vaginal Wet Mount Microscopy Guidelines: How to Perform, Applications, and Interpretation. *J Low Genit Tract Dis* 2021; 25:172. DOI: [10.1097/LGT.0000000000000595](https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000595). Copyright © 2021 ASCCP. Reproduced with permission from Wolters Kluwer Health. Unauthorized reproduction of this material is prohibited.

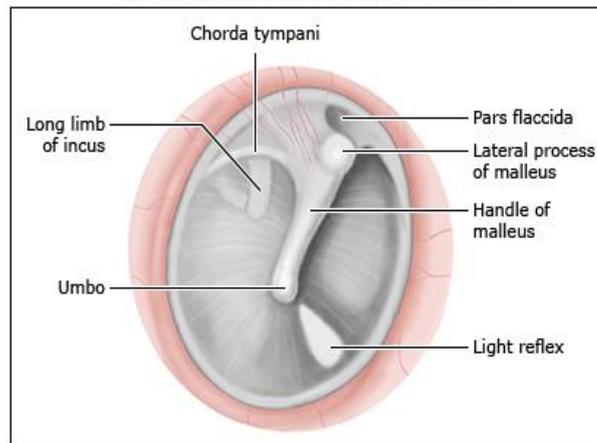
UpToDate®

ANEXO N°3

Anatomy of the middle ear

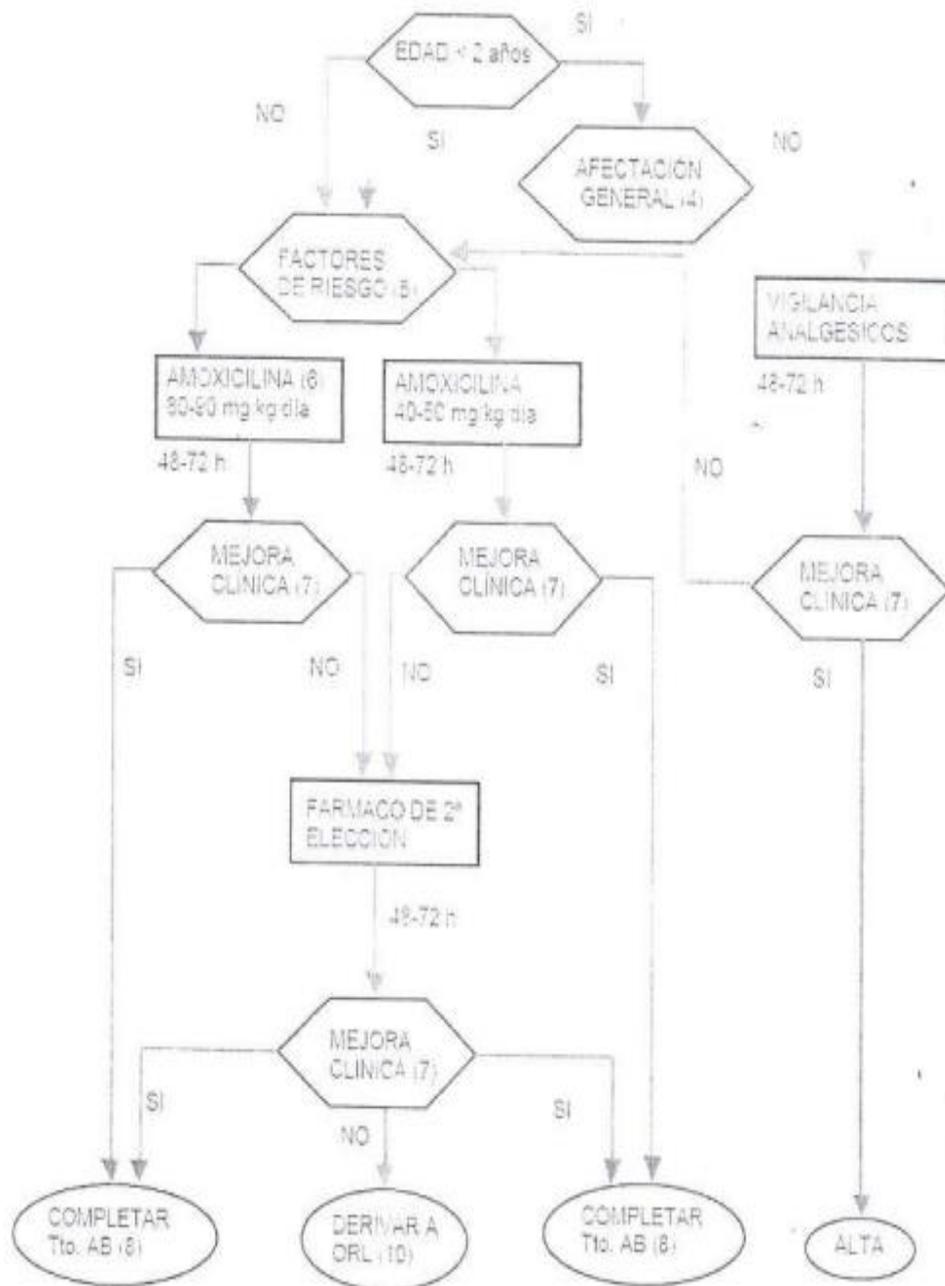


Otoscopic view of right tympanic membrane



UpToDate®

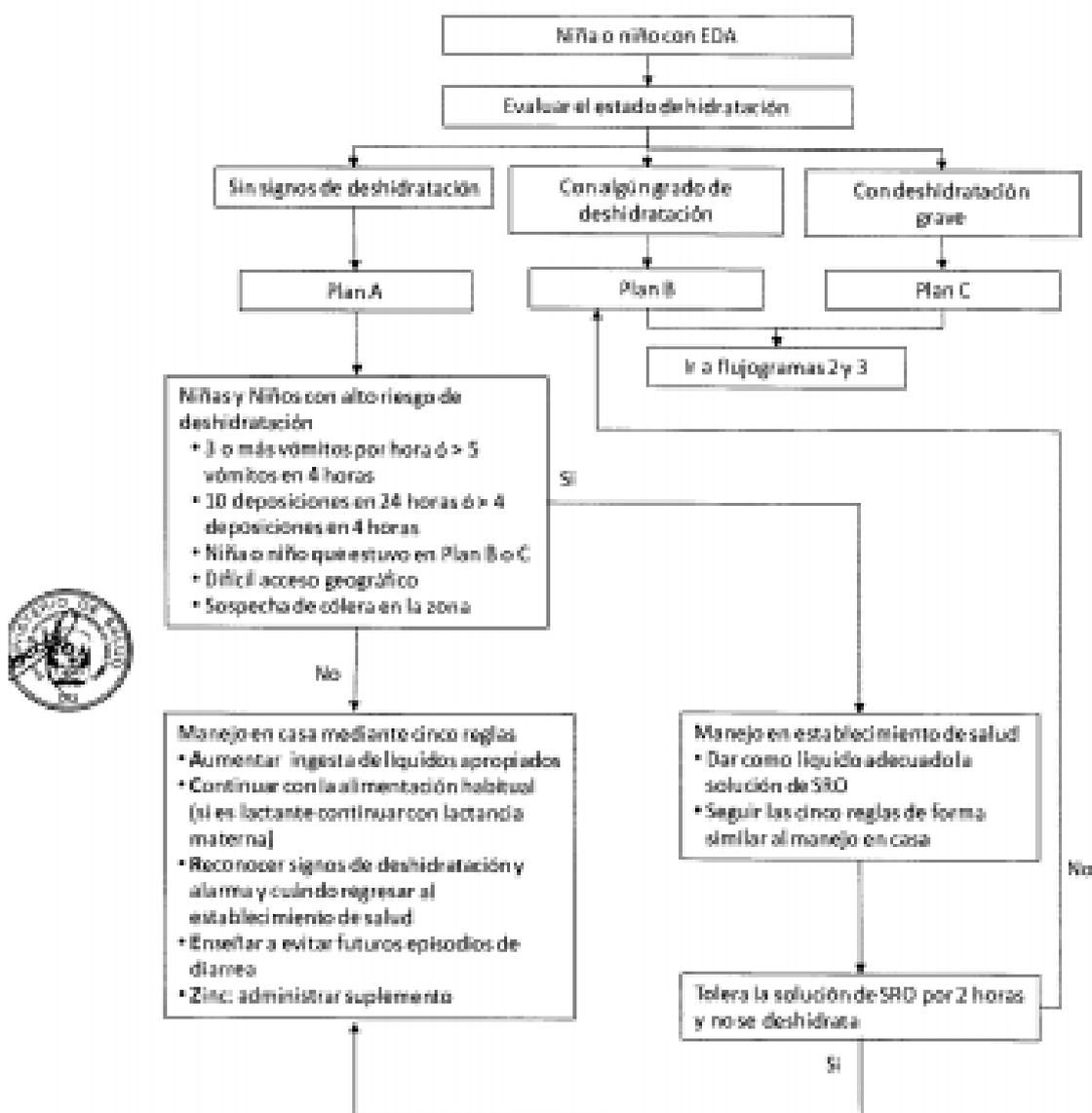
ANEXO N°4



ANEXO N°5

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA EN LA NIÑA Y EL NIÑO*

Flujograma N° 01: Niña o niño con EDA - Plan A



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (2017). Grupo elaborador de la presente Guía.