



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

TRANSCURSO DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL CENTRAL DE LA
PNP LUIS N. SAENZ Y EN EL CMI TABLADA DE LURIN DURANTE EL PERIODO
2020-2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

JUAN MOISÉS MOLINA CALDERÓN
JOHANNA ALEJANDRA PULGAR GIRIBALDI

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

**TRANSCURSO DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
CENTRAL DE LA PNP LUIS N. SAENZ Y EN EL CMI TABLADA
DE LURIN DURANTE EL PERIODO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

**JUAN MOISÉS MOLINA CALDERÓN
JOHANNA ALEJANDRA PULGAR GIRIBALDI**

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 Ayllon Bulnes

DEDICATORIA

A nuestros padres y familiares, grandes guías y forjadores del camino que hemos recorrido desde un inicio, por su incesante lucha y apoyo constante, para que, a pesar de todas las adversidades, jamás nos diéramos por vencidos.

A ellos, quienes estuvieron y están en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Universidad San Martín de Porres, que nos brindó todos los conocimientos y que hoy nos permiten elaborar este trabajo, ultimando así nuestra etapa universitaria de la mejor manera.

A nuestros familiares y profesores por todo el apoyo y consejos brindados durante todo este periodo de aprendizaje.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	x
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Ginecología – Obstetricia	2
1.2 Cirugía General	4
1.3 Pediatría	7
1.4 Medicina Interna	9
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	11
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	14
3.1 Ginecología- Obstetricia	14
3.2 Cirugía general	18
3.3 Pediatría	22
3.4 Medicina Interna	25
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	29
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES	33
BIBLIOGRAFIA	34

ANEXOS	40
1. Flujograma de manejo del síndrome de dolor abdominal bajo	40
2. Escala de Alvarado	41
3. Evaluación del estado de hidratación del niño con diarrea	42

Resumen

El internado médico es el último año de la carrera donde se ponen en práctica los conocimientos aprendidos durante todos los años de estudio, enfocando principalmente en cuatro segmentos, los cuales son: medicina interna, pediatría, cirugía general, ginecología-obstetricia, durante el periodo de 12 meses; sin embargo, dado la coyuntura respecto a la pandemia que comenzó en el 2020, esto generó modificaciones en muchos aspectos, como el retiro de los internos de medicina de los hospitales donde se realizaba este en marzo.

En agosto del mismo año se publicó el decreto de urgencia 090-2020, donde indicaba el retorno de los internos priorizando el primer nivel de atención, además la reducción de horas prácticas siendo estas solo 15 días laborables al mes. La implementación de estos nuevos lineamientos, tardaron alrededor de 2 meses en ser efectuados, por esta razón la reincorporación se efectuó en el mes de noviembre, tanto en centros de salud como en ciertos hospitales que permitieron el reingreso de sus internos.

La reintegración de los internos de medicina a los centros de salud de primer nivel trae consigo ventajas y desventajas, entre las ventajas tenemos el acercamiento a las patologías más prevalentes en la población, permitiéndonos así adquirir una mejor capacidad resolutoria ante el paciente, de igual manera permite el aprendizaje de la gestión en un centro de salud de primer nivel; en desventajas tenemos la falta de práctica quirúrgica en sala de

operaciones las cuales no se encuentran en un centro de primer nivel de atención, a la vez la reducción de áreas de hospitalización debido a la pandemia.

En conclusión, a pesar de todas las adversidades que se produjeron durante este año de internado, se pudo concretar el objetivo de consolidar los conocimientos en la práctica profesional.

Abstract

The medical internship is the last year of the career where the knowledge learned during all the years of study is put into practice, focusing mainly on four segments, which are: internal medicine, pediatrics, general surgery, gynecology-obstetrics, during the period 12 months; However, given the situation with respect to the pandemic that began in 2020, this generated changes in many aspects, such as the removal of medical interns from the hospitals where this was carried out in March.

In August of the same year, the emergency decree 090-2020 was published, where it indicated the return of the inmates prioritizing the first level of care, in addition to the reduction of practical hours, these being only 15 working days per month. The implementation of these new guidelines took about 2 months to be carried out, for this reason the reincorporation takes place in the month of November, both in health centers and in certain hospitals that allowed the re-entry of their interns.

The reintegration of medical interns to primary health centers brings with it advantages and disadvantages, among the advantages we have the approach to the most prevalent pathologies in the population, thus allowing us to acquire a better resolution capacity before the patient, in the same way allows the learning of management in a first level health center; At a disadvantage we have the lack of surgical practice in the operating room, which is not found in a first-level care center, at the same time the reduction of hospitalization areas due to the pandemic.

In conclusion, despite all the adversities that occurred during this internship year, the objective of consolidating knowledge in professional practice was achieved.

INTRODUCCIÓN

El internado médico, conforma el 7mo año de la carrera de medicina Humana, en él se ponen en práctica todos los conocimientos adquiridos durante los años anteriores, siendo este año crucial para la consolidación de las bases que regirán las aptitudes del futuro médico.

Dentro de esta etapa se realizan prácticas dentro de 4 segmentos, entre ellos ginecología-obstetricia, en esta rotación se pone en práctica los conocimientos respecto a los adecuados controles prenatales, atención de partos y asistencia en sala de operaciones en procedimientos como legrados, cesáreas, histerectomías, mastectomías, embarazos ectópicos, de igual manera en atención en consultas externa se ven patologías como enfermedad pélvica inflamatoria, enfermedades de transmisión sexual, distopias pélvicas, patologías de mama, entre otras. En cuanto a la rotación de cirugía general, se enfatiza la asistencia a sala de operaciones en procedimientos como colelap, apendilap, hernioplastia, hemicolectomía y cirugías gástricas, con el posterior seguimiento del paciente en piso de hospitalización, hasta el alta, así mismo, la practica en emergencia se puede ver heridas cortantes, heridas de bala, pacientes politraumatizados y patologías quirúrgicas de emergencia.

En medicina interna se lleva a cabo el seguimiento de patologías crónicas, crónicas reagudizadas, que aborda la mayoría de casos en piso de

hospitalización entre ellas, diabetes mellitus, insuficiencias cardíacas congestivas, neumonías, insuficiencia renal, infecciones de tracto urinario entre otras. Por último, en la rotación de pediatría, se divide en 2 partes, neonatología donde se realiza atención inmediata del recién nacido, controles neonatales, plan de vacunación nacional, y patologías como ictericia neonatal, sepsis, patologías respiratorias y gastrointestinales; respecto a pediatría entre las patologías más frecuentes tenemos diarreas, vómitos, gastroenteritis y enfermedades respiratorias.

El internado comenzó el 01 de enero del 2020, en el Hospital Central de la Policía “Luis N. Sáenz”, categoría III-1, ubicado en la cuadra 25 de la Av. Brasil, en el distrito de Jesús María, el cual cuenta con la atención de todas las especialidades, además de área de emergencia clínica y quirúrgica las 24 horas. Antes del inicio de las actividades del internado, se recibió una inducción de 2 días por parte de la Sanidad de la policía, donde se indicaron las funciones a cumplir, así mismo, se ofreció un taller de bioseguridad y adecuado trato al paciente.

En el hospital se realizó la primera rotación, aquí se asistía de lunes a domingo, se realizaban guardias diurnas y nocturnas de 12 horas, atención en consultorio externo, también se permanecía en piso de hospitalización donde se realizaba seguimiento a los pacientes post operados, pacientes con patologías complicadas, y también aquellos programados para cirugía. Durante la semana se pactaba un día en cual se exponían temas de las patologías más frecuentes en el servicio y de igual manera, se hacía la presentación un caso clínico de piso de hospitalización.

Durante los primeros 3 meses del año, la situación nacional era muy distinta a la de ahora, ya que no habían restricciones debido a la pandemia, la cual generó un cambio drástico en muchos aspectos, sobre todo en la bioseguridad, porque actualmente es de vital importancia el uso de equipos de protección personal, el cual consta de mascarilla N95, gorros quirúrgicos, mandilón y botas descartables, guantes y protector facial, de igual manera en la actualidad no se puede tener un contacto estrecho con el paciente, ya que

por normativa se tiene que mantener un metro y medio de distancia entre las personas.

En el contexto actual las consultas médicas también han cambiado, ahora estas se realizan de manera virtual a lo que conocemos como “teleconsulta”, donde el medico evalúa el caso del paciente respecto a lo que este le refiere, y si lo ve por conveniente podría citarlo de manera presencial para poder evaluarlo de manera integral.

Cabe resaltar que las áreas de hospitalización divididas por especialidad, pasaron a ser una sola para la atención de pacientes con COVID-19, debido a la saturación de los hospitales, llevando así al colapso del sistema de salud; y esto a pesar del tiempo continua sin ser solucionando, por lo que aun continuamos en estado de emergencia sanitaria.

CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado medico conforma la etapa más importante de los estudiantes de medicina, en ella se marcan las pautas para poder completar los pasos que nos llevaran a convertirnos en médicos y esto a través de las practicas clínicas, seminarios y vivencias en general, dentro del establecimiento donde se realice.

Antes de iniciarlo, esperamos completar diversos conocimientos acerca de cada rotación, poder aprovechar las enseñanzas impartidas por asistentes y residentes de cada servicio, lo cual ampliaría nuestras capacidades para diagnosticar, tratar y hacer el adecuado seguimiento a los pacientes. A pesar de lo accidentado que fue el proceso y los diversos cambios que se presentaron, logramos completar, según el silabo, las horas académicas y practicas correspondientes, y junto a esto nuestras metas personales planteadas para cada rotación.

A lo largo de esta etapa, el interno aprende a manejar las patologías más frecuentes de cada servicio, entre los que se puede mencionar:

1.1 GINECOLOGÍA- OBSTETRICIA

Caso clínico 1:

Paciente mujer de 30 años, primigesta nulípara de 10 ss de gestación, llega a emergencia por que refiere sangrado vaginal y dolor de moderada intensidad en hemiabdomen inferior, niega perdida de líquido amniótico, niega fiebre, niega vómitos, niega molestias urinarias. Al examen físico presenta PA:110/70mmHg, FC: 70 lpm, FR: 21 rpm, saturación O2 97%, T°: 37c°; piel y faneras: T/H/E llenado capilar <2ss, Cv: RCR de buena intensidad, no soplos audibles, T y P: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, Abd: RHA +, B/D no doloroso a la palpación no palidez, tacto vaginal: cérvix posterior, sin modificaciones, especuloscopia: no perdida de líquido en maniobra de Valsalva, se evidencia escaso sangrado en canal vaginal, genito-urinario: PPL-. Se solicita a la paciente: hemograma completo, examen de orina y ecografía transvaginal para observar la vitalidad del feto; todos los resultados obtenidos estuvieron dentro de los parámetros normales, por lo que se llega al diagnóstico de amenaza de aborto, teniendo como tratamiento reposo absoluto por 2 semanas y AINES para el manejo del dolor, se explica a la paciente los signos de alarma y se da de alta

Caso clínico 2:

Paciente mujer de 28 años, segundigesta de 35ss, acude a emergencia porque desde hace 4 horas presenta dolor abdominal y contracciones uterinas cada 5 minutos. Examen físico PA:120/7 mmHg. LCI, movimientos fetales presentes. Especuloscopia: no sangre, ni líquido amniótico. Tacto vaginal: Dilatación:4cm Incorporación:50% Altura de presentación: -1, consistencia: blanda, posición: anterior, membranas

integras.

Se indica al paciente monitoreo de bienestar fetal con test no estresante, el cual tiene como resultado reactivo, así mismo se solicita exámenes de laboratorio como hemograma, examen de orina, sin presentar alteración en los resultados, a la maniobra de Leopold el feto está en presentación cefálica, por lo que se decide continuar con el trabajo de parto, llegando a terminar la gestación por parto eutócico

Caso clínico 3:

Paciente mujer de 25 años, sexualmente activa, que acude a emergencia refiriendo dolor abdominal bajo desde hace 3 meses y secreción vaginal desde hace 5 días, niega fiebre, náuseas, refiere método anticonceptivo con ampolla de 3 meses; al examen físico: PA: 100/70 mmHg, T°: 36c°, FC: 80 lpm, FR: 26 rpm, Sat O2: 98%, al tacto vaginal: cérvix doloroso a la movilización, anexos dolorosos a la palpación, se evidencia secreción mucopurulenta; PPL -, resto del examen físico dentro de los parámetros normales.

Se solicita hemograma completo, examen de orina; en el cual se evidencia hb: 13, leucocitosis de 13000, examen de orina sin alteraciones, por lo que se diagnostica enfermedad inflamatoria pélvica, prescribiendo tratamiento ambulatorio con metronidazol 500mg c/12 horas x 14 días vía oral, doxiciclina 100mg c/12 h x 14 días vía oral, más ceftriaxona 1g IM.

Caso clínico 4:

Paciente mujer de 28 años, sexualmente activa, acude a consultorio externo de ginecología por presentar flujo vaginal en regular cantidad, color amarillento- verdoso, con mal olor asociado a prurito, paciente niega uso de métodos de barrera durante relaciones sexuales, niega fiebre, náuseas, vómitos. Al examen físico: PA: 120/60 mmHg, FC: 65 lpm, FR: 22 rpm, T°:36c°, Sat O2: 97%, a la especuloscopia se evidencia cuello en fresa, secreción amarillenta, mal oliente, al tacto vaginal: cérvix y anexos no dolorosos a la palpación ni movilización. Con la clinica y el examen físico se puede llegar al diagnóstico de enfermedad de transmisión sexual por Trichomona Vaginalis, generando vaginitis; por lo que se indica tratamiento con metronidazol 500mg c/12 horas x 14 días

1.2 CIRUGÍA GENERAL:

Caso clínico 1

Paciente varón de 50 años, diabético e hipertenso hace 5 años y en tratamiento con metformina y captopril, respectivamente. Llega a la emergencia con un tiempo de enfermedad de 8 horas, caracterizado por dolor en epigastrio que al pasar las horas se localiza en cuadrante inferior derecho, asociado a náuseas que no llegan a los vómitos. Niega fiebre y deposiciones líquidas. Al examen clínico: abdomen distendido, ruidos hidroaéreos aumentados, abdomen doloroso a la palpación, Blumberg +, Mc Burney +

Laboratorio: hemoglobina: 11.2 gr - leucocitos: 16,000

Usando la escala de Alvarado, se obtuvieron 7 puntos, lo cual nos indica diagnóstico probable de apendicitis y tratamiento con cirugía (apendicetomía). Además, se realizó una ecografía de abdomen inferior donde se apreció el apéndice con signos sugestivos de inflamación y leve engrosamiento de sus paredes. Se decidió preparar al paciente para poder llevarlo a cirugía, la cual se llevó a cabo una hora después de haber realizado el diagnóstico.

Durante el acto quirúrgico, se encontró en la base apendicular una tumoración indurada y de márgenes irregulares que generaba obstrucción. Ante la sospecha de malignidad y por procedimiento, se decidió realizar una hemicolectomía derecha, la cual se llevó a cabo sin complicaciones. El paciente pasó a recuperación donde evolucionó favorablemente y 10 días después fue dado de alta sin complicaciones. Se recomendó acudir a consultorio para lectura de resultado anatomopatológicos.

Caso clínico 2

Paciente femenina de 57 años, obesa, llega a la emergencia refiriendo dolor en epigastrio que se irradia a hipocondrio derecho, que aparece luego de comer "pollo a la brasa" fuera de casa. Paciente comenta que el mismo cuadro ha ocurrido anteriormente en 2 oportunidades, pero se automedico con analgésicos. niega fiebre, náuseas y vómitos.

Al examen clínico: abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda, Murphy +, Mc Burney -, Blumberg -. Se realiza ecografía de abdomen superior donde se encuentra una vesícula congestiva, conteniendo en su interior 2 litos de 2cm y 3cm, además de presencia de barro biliar. Se diagnostica colecistitis aguda calculosa y se decide llevar a la paciente a sala de operaciones.

La colecistectomía es llevada a cabo sin complicaciones, la paciente pasa a recuperación donde es dada de alta a los 5 días. Se recomienda pasar por consultorio para evaluación.

Caso clínico 3

Paciente de 48 años, acompañado por familiar, llega a la emergencia del centro de salud, con la mano derecha envuelta en un trapo de tela, el cual se ve profusamente manchado de sangre. Paciente comenta que mientras trabajaba en carpintería accidentalmente se corta la mano con circular de madera, se evalúa la mano afectada donde se ve amputación traumática de 3er y 4to dedo, además de lesión en colgajo de 2do dedo, sin fractura evidente. Se coloca lidocaína en ampolla en mano derecha y se controla la hemorragia, para trasladar al paciente inmediatamente al Hospital María Auxiliadora. Una vez en dicho hospital, es recibido por el área de traumatología, quienes deciden llevar al paciente a sala de operaciones, donde se realiza limpieza quirúrgica de dedos lesionados, se deja muñón en 3er y 4to dedo y se suturan las heridas cortantes de 2do dedo.

El paciente es dado de alta al siguiente día y acude al centro de salud para curaciones diarias. Al pasar de los días se evidencia que las suturas evolucionan favorablemente, no encontrándose infección alguna.

Caso clínico 4

Paciente de 14 años, llega a la emergencia del centro de salud, traído por su mamá, quien refiere que hace unos momentos su hijo fue mordido por perro de la calle, mientras caminaban hacia el mercado. Al examen clínico, se evidencia solución de continuidad de 3 cm, sangrante y en colgajo en cara interna de muslo izquierdo. Se empieza el manejo con un lavado profuso, mediante agua destilada y jabón, luego se procede a cierre diferido de herida. se indica tanto a la mamá como al paciente que debe acudir diariamente al centro de salud para la curación de herida por 4 días, para luego realizar el cierre por tercera intención de esta. Además, se prescribe tratamiento con ibuprofeno y amoxicilina, tanto para el dolor como para evitar la infección, respectivamente. Por último, se solicita acercarse al área de inmunizaciones para colocación de vacuna antirrábica.

En los próximos días, el paciente acude a sus curaciones, donde se evidencia una favorable evolución y al finalizar dichas curaciones, se decide el cierre de la herida por tercera intención, citando al paciente en 10 días posteriores para el retiro de puntos.

1.3 PEDIATRÍA

Caso clínico 1

Paciente de 6 meses, pesando 7.5 kg llega a la emergencia traído por mama, la cual refiere que desde hace 12 horas presenta fiebre cuantificada de 39.5°C, que se acompaña con irritabilidad, niega vómitos, diarrea y tos. Al examen físico no se encuentra alguna alteración, se le coloca metamizol intramuscular 0.5 ml, dosis de acuerdo con su peso, y se solicita examen de orina en bolsa colectora, el cual resulta negativo. Se realiza nueva medición de temperatura, la que ahora es 38°C, por lo que se decide usar medios físicos. Se prepara una tina con agua tibia y se coloca al paciente efectuando el baño por 10 minutos. Luego de este procedimiento se realiza una tercera medición, ahora es 37°C, calmando así la fiebre y la irritabilidad del paciente.

Se prescribe paracetamol 14 gotas, de acuerdo con la dosis por peso y se explica a la mama los signos de alarma.

Caso clínico 2

Paciente de 14 de años, es traído a la emergencia en estatus convulsivo por sus padres, ellos refieren que el cuadro no cesa desde hace 10 minutos, niegan otros síntomas o antecedentes de importancia. Se coloca diazepam intramuscular 1gr como primera medida de elección, al notar que cuadro no cesa, se coloca mascarilla con apoyo ventilatorio y se traslada inmediatamente en ambulancia al paciente al hospital maría auxiliadora

Caso clínico 3

Niño de 6 años de 20kg, es traído por su madre a la emergencia, la cual refiere que desde hace 1 día presenta deposiciones líquidas en 5 oportunidades de mal olor, además fiebre de 38.3° cuantificada con termómetro que cede con paracetamol.

Al examen clínico: paciente con fiebre de 38,2°C, reactivo a estímulos externos, llenado capilar <2", mucosas semihúmedas, ruidos hidroaéreos aumentados, abdomen doloroso a la palpación en epigastrio, Mc Burney -, niega molestias urinarias.

Se diagnostica gastroenterocolitis aguda, por lo que se medica metamizol intramuscular para la fiebre, amoxicilina vía oral por 7 días para las diarreas y se recomienda hidratarse con líquidos a libre demanda. Además, se explica a la mamá signos de alarma.

Caso clínico 4

Paciente de 10 años, es traído por su abuela a emergencia, quien refiere que su nieto presenta vómitos desde el día anterior en más de 3 oportunidades, además comenta que lo que ingiere en el desayuno lo vomita, no tolerando nada vía oral, niega fiebre, deposiciones líquidas y molestias urinarias. Al examen clínico: paciente con evidente decaimiento, con mucha sed, ojos hundidos, mucosa oral semihúmeda, signo del pliegue negativo, taquipneico. Ante lo anteriormente mencionado, se prescribió: dimenhidrinato para los vómitos, paracetamol condicional a fiebre y como plan de rehidratación, se recomendó el uso de sales de rehidratación oral.

Se explicó signos de alarma y se solicitó evaluación por consultorio.

1.4 MEDICINA INTERNA

Caso clínico 1

Paciente de 67 años, diabético hace 5 años con tratamiento con metformina 500mg 2 veces al día, manteniendo así la glicemia en niveles adecuados, acude a consultorio externo de medicina, refiriendo que hace más de 6 meses suspende tratamiento, agregado a esto, comenta que hace 2 meses, presenta dolor de cabeza constante, acompañado de cansancio. Además, refiere que no ha tenido una adecuada alimentación. Se solicitan exámenes de laboratorio, cuyos resultados son: Colesterol: 180, Triglicéridos: 140, Glucosa: 350

Se prescribe tratamiento con metformina para la diabetes.

Agregado a la medicación se recomienda al paciente una alimentación rica en verduras, baja de grasas y alimentos procesados, además se explican los signos de alarma; además de reevaluación en 1 mes.

Caso clínico 2

Paciente mujer de 50 años acude a emergencia por presentar tinitus y cefalea, desde hace días que no cesa con analgésicos. al examen físico presenta una presión arterial de 150/90, saturación de oxígeno: 99%, temperatura: 37°C y frecuencia respiratoria: 24 rpm. Niega fiebre, náuseas, vómitos y antecedentes patológicos. Debido al alza de la presión arterial, se indica captopril 25mg sublingual, reposo y mantener en observación media hora. Se toma la presión arterial pasada la media hora la cual se encuentra en 130/70, además la paciente refiere mejoría de síntomas, luego de esto se indica al paciente la toma de la presión arterial durante 3 días consecutivos, 2 veces al día en distintos horarios y asistir a consulta externa con sus resultados.

Caso clínico 3

Paciente mujer de 35 años, que refiere dolor en abdomen inferior, acompañado de ardor al miccionar y sensación de vaciamiento incompleto. Acude a consultorio externo por resultados de examen de orina, en el cual se evidencia leucocitosis: 13.000 y nitritos +, por lo que se diagnostica cistitis aguda, indicándole como tratamiento nitrofurantoina 100mg c/6h por 7 días y fenazopiridina 100mg c/8h por 3 días. Se aconseja volver a consultorio luego de terminar tratamiento para reevaluación.

Caso clínico 4

Paciente varón de 48 años, taxista por más de 10 años, acude a consultorio externo por presentar dolor desde hace 2 días en zona lumbar de moderada intensidad, que disminuye al reposo y aumenta con la actividad, limitando movimientos de dorsiflexión, niega molestias urinarias. Al examen físico PPL -, se palpa musculatura lumbar contracturada. Por lo que se diagnostica lumbalgia prescribiendo como tratamiento diclofenaco 75mg + orfenadrina 60mg IM cada 24 horas por 4 días, posterior a ello paracetamol 500mg cada 8 horas por 1 semana.

CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA

El Centro Materno Infantil Tablada de Lurín, ubicado en Villa María del Triunfo, pertenece a la DIRIS Lima Sur y limita con los distritos de La Molina, Pachacamac y Lurín. Este centro de salud es de categoría I-4 y entre sus servicios, ofrece atención por emergencia las 24 horas, consultorios de medicina interna, obstetricia, psicología, odontología y nutrición, también cuenta con sala de partos, puerperio, área de neonatología y hospitalización. Además de servicios de diagnóstico por imágenes, como radiografía y ecografías, y laboratorio clínico.

La población que con mayor frecuencia acude al centro de salud, varía entre niños y adultos, asimismo pacientes con enfermedades crónicas para continuación de tratamiento.

Los lugares de referencia del establecimiento dependen de la complejidad de la patología, contando entre ellos con hospitales y centros de salud pertenecientes a la micro red. En el contexto de la pandemia, se refiere a los pacientes con complicaciones por Covid 19 al Hospital de Emergencias de Villa el Salvador; mientras que los pacientes que no padecen de esta patología, son referidos al Hospital María Auxiliadora. Así mismo, pacientes que requieren atención por otras especialidades como otorrinolaringología u

oftalmología, son referidos a otros centros de salud del mismo nivel, pero dentro de la micro red.

Antes de la pandemia, cuando el internado se llevaba a cabo en el Hospital Central de la Policía, la labor del interno era ayudar a los residentes a completar los pendientes del servicio, como seguimiento de los exámenes de laboratorio, imágenes, evaluar el estado del paciente durante el día y asistir a las cirugías correspondientes si estas se presentaban. Con la pandemia esto cambio en su totalidad, ya que se redujeron las horas de asistencia, incluso priorizando el retorno a centro de salud del primer nivel de atención, donde la atención es mas de carácter ambulatorio, tanto en emergencia como para consultorio externo.

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 GINECOLOGÍA- OBSTETRICIA

Caso 1: Amenaza de aborto

Respecto al caso clínico número 1, se tuvo un abordaje y manejo adecuado, ya que en la guía del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima¹ nos mencionan que amenaza de aborto se define como metrorragias y/o contracciones uterinas, antes de las 22 semanas, pero sin presencia de modificaciones cervicales. La conducta a seguir en la paciente frente a esta patología, es realizar un adecuado examen físico donde es importante la especuloscopia para valorar el canal vaginal y cérvix uterino; de igual manera, la ecografía para precisar viabilidad del embrión o feto, así mismo, se deben solicitar exámenes de laboratorios como: hemograma completo, grupo sanguíneo y factor Rh, perfil de coagulación, examen completo de orina y urocultivo, glucosa, urea, creatinina, prueba de TORCH, los cuales no presentan alteraciones en los resultados, por esta razón el tratamiento indicado en la guía es reposo absoluto y abstención de relaciones sexuales.

Caso 2: Trabajo de parto pretérmino

En referencia al 2do caso clínico, se deben diferenciar dos conceptos importantes como lo son amenaza de parto pretérmino que se define así ante la presencia de contracciones uterinas evidenciables al tacto, por lo general 1 cada 10 minutos, con aproximadamente 30 segundos de duración, en un lapso de 60 minutos, que suele cursar con borramiento de cérvix <50% y/o

dilatación <2cm; y el otro termino importante en estos casos es trabajo de parto pretérmino, donde existe la presencia de dinámica uterina lo que produce borramiento del cérvix > 50% y dilatación de 2 cm o más.

Ante un trabajo de parto pretérmino, es importante evaluar la edad gestacional para poder tomar una decisión adecuada, debido a que si es < 34ss, se deberá realizar maduración pulmonar del feto; sin embargo, como en el caso mencionado la paciente tiene 35ss de gestación, ya no se realiza maduración pulmonar; la presentación del feto es cefálica y se cuenta con resultado de monitoreo del bienestar fetal adecuado, según la guía del Instituto Nacional Materno Perinatal¹, lo más recomendable es continuar con la labor de parto, seguir monitorizando al feto y terminar la gestación por parto vía vaginal, evitando hacer tocolisis en la paciente, por lo que la actitud tomada en este caso fue la adecuada. Así mismo, según las revisiones de Uptodate², es importante ante estos casos realizar a la gestante una ecografía transvaginal para la medición de la longitud del cuello uterino, donde una longitud < 30mm predice mayor riesgo de esta patología, siendo útil para poder excluir o confirmar el diagnóstico de trabajo de parto prematuro, lo cual no fue solicitado en el caso mencionado.

Caso 3: Enfermedad pélvica inflamatoria

El 3er caso sobre enfermedad inflamatoria pélvica (EPI), definido como infección aguda del tracto genital superior, en la que se afecta útero, trompas de Falopio, ovarios y órganos pélvicos adyacentes; las bacterias más frecuentes que generan esta patología son Chlamydia Trachomatis, Neisseria Gonorrhoeae y anaerobios, debido a que esta por lo general se presenta en pacientes sexualmente activas.

La guía del MINSA³ clasifica a la enfermedad inflamatoria pélvica dentro del síndrome de dolor abdominal bajo, en este también se encuentran diferentes patologías como embarazo ectópico, apendicitis, aborto séptico, absceso pélvico, entre otras. El tratamiento recomendado por el MINSA consta de ciprofloxacino 500mg vía oral en dosis única, más doxiciclina 100 mg vía oral

cada 12 horas por 14 días, más metronidazol 500mg vía oral cada 12 horas por 14 días, sin embargo el tratamiento que se prescribió en el caso mencionado, es el que se recomienda en UptoDate⁴ donde como primera línea se indica ceftriaxona 1g intramuscular como dosis única, más doxiciclina 100mg vía oral cada 12 horas por 14 días, más metronidazol 500mg vía oral cada 12 horas por 14 días; reportándose mejores tasas de curación clínica con esta última combinación de fármacos y asociado a la reevaluación de la paciente dentro de las 48-72 horas de iniciado el tratamiento. Se concluye que el tratamiento ambulatorio brindado fue óptimo debido a que no es un caso de EPI complicada y los fármacos dados tienen buenos resultados en la resolución de la patología.

Caso 4: Vaginal

El último caso hace referencia a una patología bastante frecuente como es la vaginitis por *Trichomona Vaginalis*, que es una de las tres causas infecciosas más comunes de molestias vaginales entre las mujeres en edad reproductiva, junto con vaginosis bacteriana y la vulvovaginitis candidiásica.

Las mujeres frente a una infección aguda presentan secreción vaginal maloliente, color verde-amarillento, espumosa, por lo general asociado a lesiones punteadas hemorrágicas visibles el cuello uterino a lo que se le conoce como “cuello en fresa”, incluso en algunos casos se puede presentar sangrado postcoital, dispareunia y disuria.

El manejo de esta patología según la guía del MINSA es con metronidazol 2g vía oral en dosis única tanto para la paciente como para el contacto sexual; en comparación con UptoDate⁵, donde el tratamiento de elección es metronidazol o tinidazol 500mg vía oral cada 12 horas por 7 días para la pareja y para el contacto sexual, teniendo en cuenta que el tinidazol tiene menos efectos secundarios gastrointestinales. Al comparar estos dos esquemas de tratamientos por ensayos clínicos, se llegó a la conclusión que se tienen mejores resultados con la prescripción ya sea de metronidazol o tinidazol por un periodo de 7 días, que a 1 dosis única como nos refiere la guía peruana.

3.2 CIRUGÍA GENERAL

Caso 1: Apendicitis aguda

En cuanto al manejo que se realizó en este caso, se utilizó la escala de Alvarado⁶, el cual es un recurso clínico de clasificación y ayuda para la sospecha y diagnóstico de la apendicitis aguda, asimismo nos permite optar una conducta de acorde a el puntaje. Los parámetros evaluados son: migración del dolor, anorexia, náuseas o vómitos, dolor en cuadrante inferior derecho, dolor al rebote, fiebre, leucocitosis, desviación a la izquierda de neutrófilos

De obtener:

- 1 – 3 pts → baja probabilidad de apendicitis, hay que buscar ~~de~~ causas del dolor
- 4 – 6 pts → la conducta es tomar una tomografía, sin embargo, si ~~no~~ se pudiera, se podría tomar una ecografía. Si no se pueden realizar los exámenes por imágenes o si estos no fueran contundentes, se realiza la observación del paciente por 12 horas y luego se vuelve a recalcular la escala de Alvarado y si esta resulta mayor o igual a 4 puntos, se optará por una conducta quirúrgica.
- > 7 pts → conducta quirúrgica (apendicetomía)

En el caso clínico presentado, el paciente resultó con una escala de Alvarado de 7 puntos, dando el diagnóstico de apendicitis que también fue apoyado por los signos inflamatorios encontrados en la ecografía de abdomen inferior que se realizó, dado todos estos hallazgos se optó por una conducta quirúrgica.

En el intraoperatorio, se encontró en la base apendicular un tumor de > 2cm de diámetro, indurado y de bordes irregulares que generaba obstrucción.

Según los principios de cirugía de Schwartz y guías clínicas sobre neoplasias apendiculares⁷, se recomienda convertir una apendicetomía a hemicolectomía derecha cuando se encuentran tumores mayores a los 2 cm, esto ya que los tumores carcinoides de base apendicular tienen alto riesgo de malignizar y dadas las características y tamaño del caso mencionado anteriormente, se debía realizar una hemicolectomía derecha.

Caso 2: Colecistitis aguda litiásica

Se nos presenta un típico caso de cólico abdominal post ingesta de alimentos grasos, lo cual nos orienta a pensar en patología pancreática o vesicular. En el examen clínico se encontró el punto de Murphy positivo, lo cual nos acerca más al diagnóstico de patología vesicular.

Continuando con la evaluación se realizó una ecografía de abdomen superior, donde se evidencia 2 cálculos mayores a 2 cm en el interior de la vesícula, además de engrosamiento de sus paredes y presencia de barro biliar⁸. Para el diagnóstico y manejo se usaron los criterios de Tokio⁹, los cuales evalúan:

- A. Signos de inflamación local:
 - a. Signo de Murphy
 - b. Masa, dolor o defensa en hipocondrio derecho
- B. Signos de inflamación sistémica
 - a. Fiebre
 - b. PCR elevada
 - c. Recuento de glóbulos blancos elevado
 - d. Recuento de glóbulos blancos elevado
- C. Hallazgo imagenológico característico de colecistitis

aguda Estos criterios se pueden explicar de la siguiente manera:

- Diagnóstico sospechoso: un ítem de A más uno de B
- Diagnóstico definitivo: un ítem de A más uno de B y uno de C

El paciente presentado en el caso, presenta un ítem de cada criterio: signo de Murphy positivo, fiebre y el examen de imágenes positivo, lo cual da el diagnóstico definitivo de colecistitis aguda calculosa y su manejo dada las circunstancias resultó en una colecistectomía sin complicaciones.

Caso 3: Amputación traumática

Ante una evidente lesión de gravedad, el manejo que se realizó en este caso fue el adecuado, como se puede constatar en la guía clínica para la atención de lesiones traumáticas de la mano, del Instituto Mexicano de Salud¹⁰, ya que primero se hizo un extenso lavado de herida, la cual se generó en un accidente laboral con una circular de madera, donde se produjo la amputación traumática del 3er y 4to dedo de la mano derecha. Ante el evidente sangrado que se presentaba se prosiguió a efectuar compresión local moderada con gasas y vendas, además de la colocación de una ampolla con lidocaína al 2% para el dolor.

Luego de terminar dichos procedimientos, se trasladó inmediatamente al paciente, vía ambulancia, al hospital de referencia que contara con emergencia traumatológica.

Ya en la atención hospitalaria, se revisó nuevamente la herida y se decidió ingresar al paciente a sala de operaciones. El corte que se produjo, amputó las falanges distales y medias de los dedos anteriormente mencionados, para lo cual el manejo fue dejar en muñón ambas falanges proximales.

Por otro lado, el 2do dedo presentaba una solución de continuidad en colgajo, sin embargo, no se encontró fractura ni lesiones tendinosas, por lo que se prosiguió a hacer una limpieza quirúrgica de la herida y posterior sutura.

El paciente no tuvo mayores complicaciones y al día siguiente fue dado de alta, con la indicación de asistir al centro de salud más cercano a su domicilio para curaciones y evaluación continua

Caso 4: Mordedura canina

La rabia forma parte de las zoonosis que aun aquejan la salud pública en nuestro país, pero afortunadamente ahora se cuenta con vacunas puestas a disposición en cada centro de salud.

En este caso, llega un niño de 14 años con herida en la cara interna del muslo izquierdo producto de una mordedura canina. El manejo realizado fue acorde a la norma técnica de salud para la prevención y control de la rabia humana en el Perú¹¹, dispuesta por el Ministerio de Salud, ya que primero se realizó el lavado de la herida con abundante agua y jabón, el cual conforma un punto clave para disminuir la contaminación bacteriana y carga viral en la misma.

Otro paso importante es que la herida por mordedura canina no debe ser suturada al instante, ya que esta presenta un enorme riesgo de infección, para esto se prefiere hacer un cierre diferido o en tercera intención, lo que significa mantener la herida con afrontamiento por al menos 4 días y luego de esto, si no se presentan signos evidentes de infección, se efectúa el cierre definitivo.

Por último, se debe indicar al paciente que acuda a el área de inmunizaciones para la colocación de la vacuna antirrábica.

3.3 PEDIATRIA

Caso 1: Fiebre

Se nos presenta el caso de un niño de 6 meses, que pesaba 7.5 kg, lo cual se encontraba dentro de los rangos normales. La mamá del paciente refirió que su hijo llevaba 12 horas con fiebre e irritabilidad, lo que se constató al tomar la temperatura con termómetro y esta resultó ser 39.5°C axilar corregido.

El manejo inmediato fue indicar una ampolla de 0.5 CC. de metamizol sódico intramuscular. Este paso fue adecuado ya que había que disminuir la temperatura como primera medida, además esto se encuentra indicado tanto en la guía de práctica clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales del niño y la niña, del MINSA¹², como las actualizaciones del manejo del paciente pediátrico sin foco, de España¹³. Posterior a esto, se evaluó clínicamente al paciente, donde no se encontró alteración alguna.

Al finalizar el examen físico y descartar alguna patología respiratoria, se continuó el estudio mediante la solicitud de análisis de laboratorio, como el examen de orina, que resultó negativo. Luego de descartar alguna patología adyacente, se realizó una nueva toma de temperatura, la que ahora resultó ser 38°C axilar corregido, por lo que se decidió el uso de medios físicos como apoyo para controlar la temperatura. La utilización de dichos medios, se encuentran también en las guías de manejo pediátrico y en estudios descriptivos en Cuba¹⁴, donde al hacer uso de ellos, se obtienen resultados favorables.

Por lo tanto, se preparó una tina acorde al tamaño del paciente, donde se vertió agua tibia, colocándose al paciente para realizarle el baño correspondiente por 10 minutos. Al cabo de dicho procedimiento, se realizó una última toma de temperatura la cual resultó 37°C axilar corregido, calmando así la fiebre e irritabilidad del paciente.

Como última medida, se prescribió paracetamol en gotas, 14 gotas, condicional a fiebre, además se explicó a la madre los signos de alarma.

Caso 2: Crisis epiléptica

En el presente caso, se recibe una paciente de 14 años, quien es traído a la emergencia por sus padres con cuadro de crisis epiléptica que no cesa por más de 10 minutos. Como primera medida a realizar se indica colocar diazepam intramuscular 1 gramo, lo cual corresponde a la medicación de primera línea para estas patologías, que se pueden encontrar en las guías de manejo de la primera crisis epiléptica y del status en urgencias de España¹⁵ y también en la guía de atención del síndrome convulsivo de Colombia¹⁶, ambas dejan indicado a los benzodicepinas como el primer paso en el manejo de urgencia de estos cuadros. Luego de aplicar este medicamento se coloca apoyo ventilatorio con mascarilla y al notar que la epilepsia continua, se traslada rápidamente al paciente, vía ambulancia, al hospital de referencia más cercano para un manejo más oportuno por la especialidad de neurología.

Caso 3: Enfermedad diarreica aguda

La enfermedad diarreica aguda conforma una de las enfermedades más comunes en pediatría, siendo su agente etiológico más frecuente el rotavirus. En el presente caso, la clínica que se encontró fue típica de este agente, siendo: deposiciones líquidas en más de 5 oportunidades y de mal olor, fiebre, abdomen doloroso y ruidos hidroaéreos aumentados. Por lo general estos cuadros remiten espontáneamente en una semana, así que la indicación prescrita según la guía de procedimientos y protocolos de atención en enfermedades del aparato digestivo, del MINSA¹⁷, fue metamizol intramuscular para la fiebre e hidratación a libre demanda con líquidos en casa, además de explicar a la madre los signos de alarma.

Caso 4: Vómitos

En pediatría el riesgo de deshidratación es muy frecuente, por eso, el MINSA tiene desarrollado planes de hidratación, los cuales son A, B y C¹⁷

En nuestro caso, el paciente presenta decaimiento, mucha sed, ojos hundidos, mucosa oral semihúmeda, signo del pliegue negativo y se encontraba taquipneico, todo esto indicaba deshidratación moderada, por lo cual debía realizarse un plan de hidratación B, prescribiéndose sales de rehidratación oral.

3.4 MEDICINA INTERNA

Caso 1: Diabetes Mellitus tipo II

La diabetes mellitus es un trastorno metabólico el cual tiene diversas causas, generando hiperglicemia crónica, además de trastornos en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, todo esto producido por las anomalías de la secreción de la insulina.

El caso hace referencia a un paciente con tratamiento crónico desde hace 5 años el cual suspende por voluntad propia, además, acude a consultorio con un resultado de glucosa en 350 mg/dl, por lo que según la guía práctica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus en Perú¹⁸, al igual que las últimas revisiones publicadas en UptoDate¹⁹, nos indican como primera línea de tratamiento a la metformina, la cual se inicia con 500mg al día y se puede ir aumentando la dosis cada 1-2 semanas hasta llegar a una dosis máxima de 2000mg; así mismo se enfatiza en la educación nutricional del paciente, para poder lograr los objetivos como glicemia en ayunas de 70-130 mg/dl, hemoglobina glicosilada a menos de 7%, colesterol total < 200 mg/dl, triglicéridos < 150 mg/dl. Cuando el paciente con diabetes llega a cumplir con los objetivos propuestos se reduce el riesgo de complicaciones a largo y corto plazo como el daño en la macro y microcirculación.

Por lo que continuar con el tratamiento con metformina en el caso del paciente e indicar reevaluación en un mes, es un abordaje adecuado, así como el posterior seguimiento con hemoglobina glicosilada cada 3 meses.

Caso 2: Hipertensión arterial

De acuerdo a la última guía de la Asociación Americana de Cardiología (AHA) publicada en el 2020²⁰, se define hipertensión como el aumento de la presión arterial sistólica \geq 140 mmHg. y/o presión diastólica \geq 90 mmHg.

Así mismo, se recomienda para el diagnóstico la monitorización de la presión de manera ambulatoria o domiciliaria, debido a que las mediciones de rutina realizadas en el entorno clínico se deben usar para la detección.

Tanto las revisiones actualizadas de UptoDate²¹ como la última guía de la AHA, recomiendan la modificación del estilo de vida como por ejemplo bajar de peso, restricción de la ingesta de sal en la dieta, realizar ejercicio aeróbico, de resistencia isométrica y dinámica, así como el consumo moderado de alcohol, asociado a terapia farmacológica.

El abordaje de primera línea en los pacientes con hipertensión es la monoterapia con los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina II (IECAS), los bloqueadores de los receptores de angiotensina II (ARA II), los B-bloqueadores, bloqueadores de canales de calcio y los diuréticos tipo tiazidas, como enalapril, losartán, hidroclorotiazida, amlodipino.

Por lo que el manejo que recibió el paciente del caso clínico, fue el adecuado ya que, al tratarse de un caso presentado en emergencia, lo primero que se debe realizar es disminuir la presión, para estabilizarla, y reevaluar al paciente en consultorio para hacer seguimiento de la presión, poder confirmar el diagnóstico y tener un abordaje oportuno, evitando así complicaciones²².

Caso 3: Infección de tracto urinario bajo

Los casos de cistitis aguda se definen como la infección e inflamación de la vejiga, con sintomatología del tracto urinario inferior como disuria, polaquiuria, tenesmo, urgencia urinaria, dolor suprapúbico, sin fiebre en la mayoría de los casos; siendo la etiología más frecuente E. Coli.

Basándonos en las actualizaciones en UptoDate²³ ante un caso sospechoso de cistitis aguda, por lo general aquellas con síntomas clásicos, no requieren pruebas adicionales para el diagnóstico; por el contrario, los casos en los que no tiene clínica típica o aún se tiene la duda diagnóstica, se debe solicitar un análisis de orina, ya sea por tira reactiva o por microscopía, confirmando el diagnóstico con la presencia de ≥ 10 leucocitos/ml y nitritos +; siendo los cultivos innecesarios en pacientes con cistitis aguda.

Por lo que se puede concluir que el manejo que se le brindó a la paciente fue el adecuado, tanto para el diagnóstico de la patología como para el tratamiento, porque basándonos tanto en la guía de manejo de infecciones del tracto urinario del Hospital Nacional Santa Rosa de Lima del 2020²⁴, como en las actualizaciones de UptoDate, recomiendan el uso en primera línea de nitrofurantoina 100 mg cada 6 horas por 7 días o nitrofurantoina macrocristales 100mg cada 12 horas por 5-7 días, dando como alternativa de segunda línea fosfomicina trometamol 3 gramos, diluido en agua, 1 sola toma.

Caso 4: Lumbalgia mecánica

La lumbalgia, se define como sensación dolorosa que se percibe a nivel lumbar. La lumbalgia mecánica se relaciona con la actividad física, que mejora con el reposo; se incrementa a lo largo del día.

Según las últimas revisiones de UptoDate²⁵, al igual que en la guía práctica del manejo de lumbalgia del Instituto Nacional de Rehabilitación²⁶, el manejo adecuado de esta patología es con AINES, los cuales se pueden asociar a opioides o relajantes musculares; así mismo, el uso de paracetamol está indicado sobre todo en adultos mayores; por lo general, el tratamiento es por 2 semanas, por lo que el manejo farmacológico que se indicó fue adecuado ya que se usó la combinación de un AINE en este caso diclofenaco, más un relajante muscular como la orfenadrina vía intramuscular, adicionando al término de esto paracetamol por 1 semana.

Se recomienda también en las guías acompañar el tratamiento farmacológico con terapia física como hidroterapia, electroterapia, aplicar compresas frías, así mismo se indica al paciente reposo y evitar posibles actividades que generaron esta patología²⁷.

CAPITULOIV: REFLEXIÓN CRITICA DE LA EXPERIENCIA

El internado este año marco un antes y después en cuanto al contexto histórico de esta etapa. Antes de la pandemia, no había restricciones, la práctica era continua y no había miedo de poder contraer una enfermedad altamente peligrosa, ya que esta aún no cuenta con un tratamiento específico.

El iniciar el internado en un hospital es una experiencia enriquecedora en el ámbito profesional porque nos permite adquirir conocimientos y habilidades practicas al realizar procedimientos durante el paso de los días, así mismo, la convivencia diaria con el personal de cada servicio, hace que el tiempo que se transcurre en el hospital, sea mucho más llevadero y confortable, de igual manera, la confianza brindada por los residentes y asistentes, hace que te sientas más seguro de tus capacidades con el transcurso del tiempo.

Al momento de retornar a las actividades, se generó cierta incertidumbre porque se pensaba que no se iba a lograr los objetivos planteados en el syllabus para cada rotación, debido a que un centro de salud de primer nivel, no cuenta con la infraestructura, ni los servicios ofrecidos por un hospital; sin hacer mención a la distancia en la que se encuentran ubicados estos centros y el alto riesgo de exposición en transporte público que existe en la actualidad.

Sin embargo, al momento de reiniciar en un centro de salud I-4, se pudieron cumplir los objetivos planteados, debido a que se cuenta con servicio de emergencia 24 horas, atención de partos, consultorio externo al cual acude gran cantidad de pacientes; pero a pesar del número de personas que acuden para atención, se tiene como desventaja que no se puede enfocar las rotaciones como pediatría, cirugía y ginecología de manera específica, debido que en un turno de emergencia o consultorio externo se atienden tanto pacientes pediátricos como adultos, con diversas patologías.

Por la razón antes mencionada, se buscaron rotaciones externas en hospitales que habilitaban plazas para el desarrollo de estas especialidades y así complementar la teoría aprendida con la práctica.

Por otro lado, en el centro de salud se puede formar una relación médico paciente mucho más fuerte, debido a que enfoca la atención en una población determinada, lo que permite conocer al paciente de manera más integral y por parte del paciente genera más confianza y adherencia al momento de llegar a un diagnóstico.

En todo este tiempo, tanto en hospital como en centro de salud, se ha adquirido una mayor capacidad diagnóstica y resolutoria, esto mediante la práctica de atención en consultorio externo y emergencia; aprendiendo a tratar patologías frecuentes con los recursos con los que se cuentan en el centro de salud, ya que, a diferencia de un hospital, este último tiene más limitaciones tanto para ayuda diagnóstica, como en medicamentos; también durante el periodo en el centro de salud, se aprende a conocer las limitaciones que existen en el primer nivel de atención, por lo que muchos de los casos son derivados a un al hospital de referencia, para un manejo adecuado y oportuno.

Por último, al comparar la experiencia tanto en hospital como en el centro de salud, ambos se complementan dejando así una visión más global de cómo se maneja el sistema de salud en nuestro país, y las limitaciones que este presenta.

CONCLUSIONES

A pesar de los diversos cambios que se produjeron y lo accidentado que fue el internado 2020-2021, se puede concluir que hemos podido completar todos objetivos tanto teóricos como prácticos requeridos en este año, así como los objetivos personales propuestos para esta etapa.

Respecto al internado, nos permitió en primera instancia acercarnos a los pacientes, entendiendo que no solo debemos enfocarnos en la patología que aqueja, sino abordar de manera holística, no dejando de lado la parte psicológica, que con frecuencia no es tomada en cuenta.

De igual manera la práctica respecto a consultorio externo, nos permite aprender a dirigir la entrevista en la consulta, orientándonos a los que nos refiere el paciente hacia ciertos diagnósticos.

Después de haber rotado tanto en centros de salud y hospitales, se llega a la conclusión que en el primer nivel de atención se hayan muchas limitaciones como falta de insumos para ciertos exámenes de laboratorio o radiológicos, así mismo, falta de medicamentos e instrumentos para realizar ciertos procedimientos, lo cual retrasa el diagnóstico y una atención oportuna para el paciente.

Otra conclusión a la que se puede llegar es que la mayoría de pacientes en el hospital, podía costear algún procedimiento o examen con el que no se contaba, apoyándonos así para un mejor manejo, en cambio, en el primer nivel existe más limitación económica, por lo que en su mayoría solo se cuenta con los recursos de dicho centro.

Para finalizar, la experiencia vivida en el internado en ambos niveles de atención, nos enseña a como desenvolvemos frente a diversas circunstancias que se nos puedan presentar en la práctica profesional, así como a lo próximo que estamos a desarrollar que es el servicio rural y urbano marginal en salud.

RECOMENDACIONES

Un aspecto muy importante a mejorar, es la implementación de mayores insumos a los centros de primer nivel de salud, para que estas no se vean tan limitadas y puedan desarrollar una atención más óptima, de esta manera se lograría descentralizar la atención en los hospitales con mayor complejidad.

En el contexto de la pandemia se sugiere ofrecer a los futuros internos mayor cantidad de plazas en establecimientos de salud I-4, ya que en estos se puede obtener mayor práctica, ya que ofrecen un servicio más completo, acorde con su categoría.

Por otro, debido a la falta de ciertas rotaciones, se recomienda facilitar rotaciones externas en los hospitales para así lograr las competencias propuestas para esta etapa.

Sería recomendable de ahora en adelante realizar una rotación en el primer nivel de atención, ya que se adquieren conocimientos básicos que son de gran importancia para la resolución rápida y eficaz en la atención como médicos generales.

BIBLIOGRAFIA

1. Guevara Ríos E, Sánchez Gongora A, Luna Figueroa A, et al. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología [Internet]. Gob.pe. 2018 [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>
2. J Lockwood Charles, MD, MHCM. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preterm-labor-clinical-findings-diagnostic-evaluation-and-initial-treatment?search=parto%20prematuro&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5
3. Guía Nacional de Manejo de Casos de Enfermedades de Transmisión Sexual [Internet]. Gob.pe. [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2104.pdf>

4. C Wiesenfeld H MDCM. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-treatment-in-adults-and-adolescents?search=enfermeda%20inflamatoria%20pelvica&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

5. D Sobel J, MD, Mitchell C, MD, MPH. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/trichomoniasis?search=vaginitis%20por%20tricomonas%20vaginalis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

6. De Quesada Suarez L, Ival Pelayo M, Gonzales Meriño C. La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda [Internet]. Sld.cu. 2015 [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000200004&fbclid=IwAR2IF_a4patGMPCFXnJWhp3nih1IKIRMNM YzAJ169pi16w224y8agW_Y0fs

7. G. CM. Tumor carcinoide de apéndice cecal [Internet]. Sld.cu. 2012 [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932012000400009&fbclid=IwAR19RQVRFDXRruwjwCzdEmwqxxJIN-8Dc8_hQKpRpYpBTbTDrrN3XTx415Q#:~:text=El%20tratamiento%20de%20elecci%C3%B3n%20es,mayor%20cantidad%20de%20estos%20pacientes

8. Musle Acosta M, Cisneros Domínguez C, Bolaños Vaillant S, et al. Parámetros ecográficos específicos de la vesícula biliar en pacientes con colecistitis aguda [Internet]. Sld.cu. 2011 [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000800007&fbclid=IwAR1_qMgWDr7VL-elrV6ltdqb3nG2obwCd3wcnkjLGvhZijEIMxgy9ZAvkbM
9. Ramos Loza C, Mendoza lopez Videla J, Ponce Morales J. Aplicación de la Guía de Tokio en Colecistitis Aguda Litiásica [Internet]. Org.bo. 2018 [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v24n1/v24n1_a04.pdf?fbclid=IwAR3c9BV6Di-81wNhJh-bGiqiO1WKe3tw4Sx24SvJKIJoi_b8sTJAsa6cC4E
10. López Roldan V, Arenas Zavala M, Álvarez Reyna L, et al. Guía clínica para la atención de lesiones traumáticas de la mano [Internet]. Medigraphic.com. 2003 [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/ims0311.pdf?fbclid=IwAR2KXbdiDLNtdISi_dEB45aiNLDPqyYN0cgOybyq2nWkhFTPz0Zs3zM5d-1k
11. Norma técnica de salud para la prevención y control de rabia humana en el Perú [Internet]. Gob.pe. 2008 [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/770_DGSP242.pdf?fbclid=IwAR2riE15BdFLBF5uaasUNrMSgKNAH9JlmcJP5nafQ1fzr1zzAnWVly_5Qyk
12. Vilca Bengoa R, Aranda Guillen R, Iannacone Silva E, et al. Guías de práctica clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales del niño y la niña [Internet]. Gob.pe. 2006 [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2087-1.pdf>

13. Ares Alvarez J MGB. Manejo del paciente pediátrico con fiebre sin foco [Internet]. Aepap.org. 2020 [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/397-408_Manejo%20del%20paciente ...pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/397-408_Manejo%20del%20paciente...pdf)
14. Cabrera Montesinos R, Castro Arias M, Tapanes Morejon J, et al. Método físico para la regulación de la temperatura corporal [Internet]. Sld.cu. [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191997000200004
15. Manejo de la primera crisis epiléptica y del status en urgencias. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2008 [citado el 15 de abril de 2021];31:61–73. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000200006
16. Guía de Atención del Síndrome Convulsivo [Internet]. Gov.co. 2015 [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/21Atencion%20del%20sindrome%20convulsivo.PDF>
17. Guía de procedimientos y protocolos de atención en enfermedades del aparato digestivo [Internet]. Gob.pe. 2017 [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PSNB/701_MS-PSNB318-5.pdf
18. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención [Internet]. Gob.pe. 2016 [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>

19. J Wexler D MDM. Manejo inicial de la hiperglicemia en adultos con diabetes mellitus tipo 2 [Internet]. Uptodate.com. 2020 [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/initial-management-of-hyperglycemia-in-adults-with-type-2-diabetes-mellitus?search=diabetes%20mellitus%20tipo%202&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

20. Principales Mensajes de las Guías de Hipertensión Arterial de la ISH en el 2020 [Internet]. Org.co. 2020 [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://scc.org.co/boletin-no-144-principales-mensajes-de-las-guias-de-hipertension-arterial-de-la-ish-en-el-2020/>

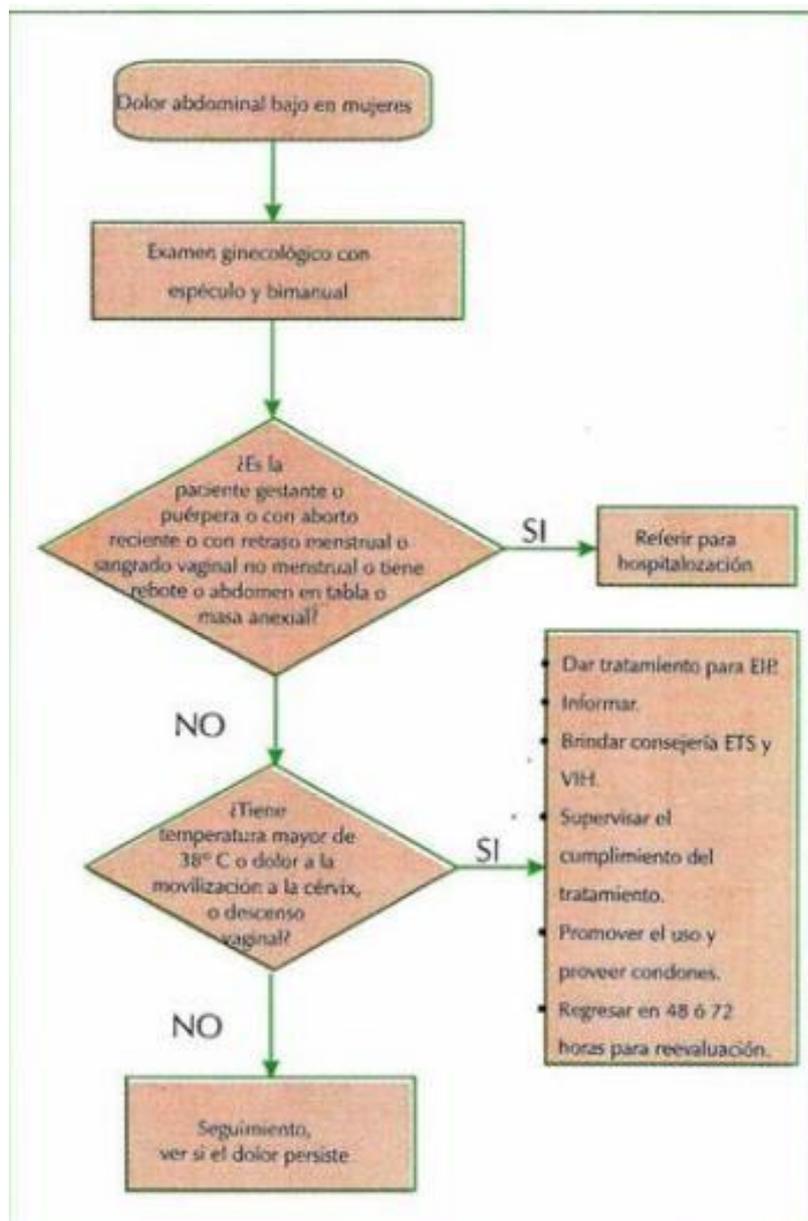
21. Basile J, MD J Bloch M, MD. et al. Recomendaciones de hipertensión arterial en adultos [Internet]. Uptodate.com. 2021 [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-hypertension-in-adults?search=hipertension%20arterial&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

22. Guía Técnica: Guía de practica clinica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva [Internet]. Gob.pe. 2015 [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.saludarequipa.gob.pe/salud_personas/archivos/GPC%202015/RM031-2015-MINSA%20Dx%20tratamiento%20y%20Control%20de%20la%20Enfermedad%20Hipertensiva.pdf

23. M Hooton T, MD. Gupta K, MD, MPH. Cistitis aguda simple en mujeres [Internet]. Uptodate.com. 2021 [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-simple-cystitis-in-women?search=cistitis%20aguda%20en%20mujeres&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
24. Guía de practica clinica para el diagnóstico y tratamiento de infección del tracto urinario en el Hospital Santa Rosa [Internet]. 131.45. 2020 [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2020/resoluciones/RD-267-2020-INFECCION-DEL-TRACTO-URINARIO.pdf>
25. L Knight C, MD. A Deyo R, MD, MPH. O Staiger T, MD. et al. Tratamiento del dolor lumbar agudo [Internet]. Uptodate.com. 2020 [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-low-back-pain?search=treatment%20of%20Low%20back%20pain&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
26. Guía de practica clinica: Lumbalgia crónica compleja [Internet]. Gob.pe. 2010 [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.inr.gob.pe/transparencia/transparencia%20inr/asistenciales/motor%20y%20dolor/guia%20practica%20clinica%20lumbalgia%20cronica%20compleja/rd297-2010.pdf>
27. Santos C, Donoso R, Ganga M, et al. Dolor Lumbar: Revisión y evidencia de tratamiento. J Med Libr Assoc [Internet]. 2020 [citado el 15 de abril de 2021];101(4):342–3. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0716864020300717?scrollTo=%23hl0000228>

ANEXOS

Anexo N°1



Anexo Nº 2

Migración del dolor	1 punto
Anorexia o pérdida de apetito	1 punto
Nauseas o vómitos	1 punto
Dolor en el cuadrante inferior derecho	2 puntos
Dolor al rebote	1 punto
Fiebre (> 37.5°C)	1 punto
Leucocitosis (> 10000)	2 puntos
Desviación a la izquierda de neutrófilos	1 punto

Anexo N°3

TRATAMIENTO	PLAN A	PLAN B	PLAN C
1.EVALÚE: ESTADO DE CONCIENCIA	Bien alerta	Intranquilo Irritable	*Comatoso Hipotónico*
OJOS	Normales	Hundidos	Muy hundidos y secos
LÁGRIMAS	Presentes	Escasas o ausentes	Ausentes
BOCA Y LENGUA	Húmedas	Secas	Muy secas
SED	Bebe normal	Sediento, bebe rápido y ávidamente	*Bebe mal o no es capaz de beber*
2.EXPLORE: SIGNO DEL PLIEGUE (&)	Desaparece rápidamente	Desaparece lentamente	*Desaparece muy lentamente *(>2 segundos)
3.DECIDA:	NO TIENE SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN	SI PRESENTA DOS O MÁS SIGNOS: TIENE DESHIDRATACIÓN	SI PRESENTA DOS O MÁS SIGNOS INCLUYENDO POR LO MENOS UN *SIGNO* TIENE DESHIDRATACIÓN CON SHOCK
4.TRATE	USE PLAN A	USE PLAN B Pese al niño	USE PLAN C Pese al niño

* La presencia de estos signos indica shock hipovolémico.

(&) El signo del pliegue debe ser cuidadosamente evaluado en niños desnutridos severos, obesos, edematosos porque puede dar datos falsos.⁽¹⁾