



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DE UN INTERNADO EN LOS DIFERENTES
NIVELES DE ATENCIÓN EN EL AÑO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

VALERIA MILAGROS CHECA SANCHEZ CARRION

ASESOR

DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA

LIMA, PERÚ

2021



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DE UN INTERNADO EN LOS DIFERENTES
NIVELES DE ATENCIÓN EN EL AÑO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
VALERIA MILAGROS CHECA SANCHEZ CARRION**

**ASESORA
DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: M.E José Antonio Galarreta Zegarra

Miembro: Dr. Luis Taxa Rojas

Miembro: Dra. Catherine Gutarra Chuquin

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mi madre, que me dió su apoyo incondicional durante todos estos años.

Valeria Milagros Checa Sanchez Carrion

AGRADECIMIENTOS

A mi familia porque siempre estuvieron para alentarme y apoyarme en los momentos más difíciles. A mi madre porque cada vez que sentía que no podía más allí estaba ella con una taza de café que me preparaba con tanto amor y una sonrisa. Finalmente, pero no menos importante, a todos mis compañeros que en algún momento rotamos juntos y a mis cointernos que hicieron de esta aventura de estudiar medicina algo único, gracias por las repasadas y las explicadas de temas que no eran fáciles de comprender. La suma de todas estas grandiosas personas que he conocido a lo largo de estos años junto con mi familia y mi esfuerzo me permiten ser el profesional que soy ahora. Eternamente agradecida.

ÍNDICE

	Págs
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPITULO I. TRATECTORA PROFESIONAL	1
1.1 Cirugía general: Caso clínico 1	6
1.2 Cirugía general: Caso clínico 2	8
1.3 Medicina interna: Caso clínico 1	9
1.4 Medicina interna: Caso clínico 2	10
1.5 Ginecología y obstetricia: Caso clínico 1	11
1.6 Ginecología y obstetricia: Caso clínico 2	15
1.7 Pediatría: Caso clínico 1	15
1.8 Pediatría: Caso clínico 2	16
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	18
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	22
3.1 Medicina Interna	22
3.2 Pediatría	24
3.3 Ginecología y obstetricia	26

3.4 Cirugía general	27
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	29
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES	32
FUENTES DE INFORMACIÓN	33
ANEXOS	36
1. ANEXO N°1	37
2. ANEXO N°2	38

RESUMEN

El internado médico es donde se podrá adquirir y consolidar los conocimientos de los seis años de la carrera con la práctica médica. A través de este año el estudiante adquiere los elementos necesarios para poder diagnosticar, tratar y prevenir las diversas enfermedades. Durante el estado de emergencia declarado a nivel nacional en Perú y las medidas que fueron tomadas por el gobierno el internado médico fue suspendido en los diferentes hospitales. Este trabajo pretende describir la experiencia de un interno de medicina desde enero 2020 hasta abril del 2021 a nivel hospitalario y en el primer nivel de atención durante la pandemia por COVID-19. Se expondrán un total de ocho casos clínicos de las diferentes rotaciones realizadas de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía general y Ginecología y Obstetricia. Se espera que este trabajo sirva como referencia a las siguientes promociones de internos de medicina al momento de elegir las sedes hospitalarias o los diferentes establecimiento de salud, así mismo, ayudará a ver la realidad de las rotaciones así como sus beneficios y sus limitaciones al realizarlas en establecimientos de diferente complejidad.

Objetivo: Describir las oportunidades y experiencias conseguidas en las diferentes rotaciones del internado médico en los diferentes niveles de atención durante el periodo de enero del 2020 a abril del 2021.

Metodología: Recopilación de información y experiencias del internado médico 2020-2021.

Conclusiones: A pesar de las limitaciones que se presentaron para la formación durante el internado médico este se pudo terminar con rotaciones en los diferentes niveles de atención los cuales permitieron conocer el amplio panorama de la situación del sector de salud. Se pudo adquirir diferentes competencias para la prevención, diagnóstico y tratamiento de diferentes patologías en función a los diferentes niveles de atención.

Palabras claves: Internado médico, Cirugía general, Gineco obstetricia, Pediatría, Medicina.

ABSTRACT

The medical internship is where you can acquire and consolidate the knowledge of the six years of the career with medical practice. Throughout this year the student acquires the necessary elements to be able to diagnose, treat and prevent different diseases. During the state of emergency declared in Peru and the measures that were taken by the government, the medical internship was suspended in the different hospitals. This work aims to describe the experience of a medicine intern from January 2020 to April 2021 at the hospitals and at the first level of care during the COVID-19 pandemic. A total of eight clinical cases of the different rotations carried out in Internal Medicine, Pediatrics, General Surgery and Gynecology and Obstetrics will be presented. It is expected that this work will serve as a reference to the following promotions of medicine interns when choosing the hospital sites or the different health establishments, likewise, it will help to see the reality of rotations as well as their benefits and limitations when performing them in establishments of different complexity.

Objective: Describe the opportunities and experiences obtained in the different rotations of the medical internship at the different levels of care during the period from January 2020 to April 2021.

Methodology: Compilation of information and experiences of the medical internship 2020-2021.

Conclusions: Despite the limitations that arose for the training during the medical internship, it was possible to end with rotations in the different levels of care, which allowed to know the broad panorama of the situation of the health sector. It was possible to acquire different skills for the prevention, diagnosis and treatment of different pathologies depending on the different levels of care.

Key words: Medical internship, General surgery, Obstetric gynecology, Pediatrics, Medicine.

INTRODUCCIÓN

Durante siete años en la universidad el estudiante de medicina adquiere conocimientos necesarios para ejercer la profesión de médico cirujano. En estos años se estudia y se aprende el funcionamiento del cuerpo humano tanto en la parte fisiológica como también en la patológica. Durante seis años el estudiante adquiere los elementos necesarios para poder diagnosticar, tratar y prevenir las diversas enfermedades. Con todos estos conocimientos se inicia el séptimo año correspondiente al internado médico en donde se podrá adquirir y consolidar los conocimientos con la práctica médica (1).

Esta etapa final del plan de estudios de la carrera de medicina además de integrar nuevos conocimientos y habilidades también otorga al futuro médico la confianza en si mismo para posterior a la finalización de los estudios pueda ejercer con seguridad. Una parte importante es la presencia de los médicos, residentes y asistentes de los diferentes servicios los cuales con su supervisión guían el aprendizaje del interno y lo supervisan durante los procedimientos que realizan, proporcionándole la seguridad y la confianza necesaria para que en su posterioridad pueda realizarlo de la manera correcta.

El aprendizaje para el interno de medicina humana no solo proviene de los médicos superiores sino también de uno mismo y de ser autodidacta. Cada paciente, a pesar de poder presentar una misma patología, siempre suponen un reto personal para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento y son

oportunidades que uno toma para poder recibir nuevos conocimientos y/o afianzar los que ya tenemos.

Anterior a la pandemia, el internado era realizado en hospitales de mayor complejidad que contaban con servicios de diferentes especialidades y múltiples ambientes como la emergencia, tópicos, hospitalización y consulta externa; en cada una de esas áreas se veían diferentes tipos de pacientes, de patologías y uno aprendía los diferentes manejos de un paciente ambulatorio y de los paciente que necesitaban quedarse hospitalizados en observación o ya sea para un mejor manejo de su enfermedad o para el manejo de alguna complicación asociada a su patología de ingreso.

Ante todo el contexto de la pandemia, la Asociación Nacional de Facultades de Medicina (ASPEFAM) siguió las indicaciones brindadas en la Resolución Viceministerial 081-2020-MINEDU y recomendó que todos los internos fueran retirados de sus sedes hospitalarias dado su condición de estudiantes y el riesgo de exposición que se tenía, además de la gran cantidad de pacientes COVID-19 que se acercaban a recibir atención hospitalaria y que no se contaban con equipos de protección ni tampoco seguros de salud (2).

Durante varios meses, todos los internos vivimos momentos de incertumbre donde no sabías que pasarían con nuestras prácticas preprofesionales, si tendríamos la oportunidad de regresar a nuestras sedes para culminar nuestro internado médico y apoyar a nuestros residentes y asistentes con la carga laboral o si es que el internado iba a ser suspendido en su totalidad.

El 15 de agosto del año 2020 es promulgado el Decreto de urgencia N° 090-2020 (3) el cual establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID-19. Con este decreto se establece la reanudación progresiva al internado, durante el cual, de manera excepcional, se les otorgarán los EPP a los internos. Además, mientras dure el estado de emergencia sanitaria tendrán derecho a un estipendio equivalente y no menor

a una remuneración mínima vital de 930 soles, un seguro de salud y un seguro de vida.

Para la reanudación del internado se nos comunicó que iba a ser imposible retornar a nuestras sedes hospitalarias dada la emergencia sanitaria y que esto solo dependía del hospital si decidía aceptar nuevamente a sus internos y la cantidad que aceptaría. Los internos que no eran aceptados fuimos inscritos para poder culminar el internado en el primer nivel de atención en establecimientos de salud supuestamente cercanos a nuestro domicilio; sin embargo, esto no pudo ser cumplido dado a la gran cantidad de internos de medicina humana inscritos y la poca cantidad de plazas con las que se contaba en los establecimientos de salud. Muchos de nosotros hemos tenido que dirigirnos a un distrito totalmente diferente al que vivimos y en muchos casos hemos sido enviados a otras DIRIS aún más lejanas pero era la única alternativa que se nos planteaba para poder culminar el año del internado.

Es así que progresivamente en el mes de octubre del 2020 se van reincorporando los internos a los diferentes establecimiento de salud de las diferentes Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) ubicadas en todo el territorio de Lima (DIRIS Centro, DIRIS Sur, DIRIS Norte y DIRIS Este) o provincia. Los internos son ubicados en los diferentes centros de salud del primer nivel y solo en algunas sedes hospitalarias con aforo disminuido para una cierta cantidad de internos.

El internado de la autora reinicia el 16 de octubre del año 2020, las rotaciones pasaron de tener una duración de tres meses a solo dos meses y la asistencia dejó de ser todos los días y casi todo el día en los hospitales; ahora las rotaciones solo serían de quince días y de seis horas cada turno acumulando un total de 90 horas por mes.

Durante los tres primeros meses del internado, la autora realizó su internado en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa donde pudo llevar la rotación de Cirugía general. Tras de la declaración del estado de emergencia producto de la llegada del SARS CoV-2 procedente de Wuhan, China es promulgado por el presidente Vizcarra el Decreto Supremo N° 044-2020-

PCM donde se declara el Estado de Emergencia Nacional por el plazo de quince días calendario y se dispone el aislamiento social obligatorio como consecuencia del brote del COVID-19 (4). Tras la reanudación de actividades el internado es asignada en DIRIS Centro en el Centro de Salud Breña ubicado en Jirón Napo 1445, Breña, Lima, Perú para poder culminar las rotaciones de medicina interna, gineco obstetricia y pediatría.

CAPITULO I. TRATECTORA PROFESIONAL

El internado es, para el estudiante de medicina, el año más esperado, anhelado pero sobre todo es el año más importante. Es un año entero donde uno puede comenzar a desarrollarse profesionalmente y aplicar todos los conocimientos que se han adquirido desde el primer año de medicina hasta el sexto año.

Todo el conocimiento de los cursos y las especialidades que se han llevado durante los seis años anteriores pueden ser consolidados en las practicas que se realizan durante todo este periodo de tiempo en las diferentes cuatro rotaciones.

No está de más decir que además de ganar experiencia y, como es mencionado anteriormente, consolidar del aprendizaje teórico y poder llevarlo a lo práctico; también uno desarrolla la confianza que se necesita en su persona y en sus conocimientos para que acabada la carrera puedas comenzar a ejercer como médico general.

Desde la elección de sede se siente la emoción por el comenzar el último año de la carrera. Poder elegir la sede que soñaste definitivamente es lo más gratificante y saber que todo lo que te han contado de esas sedes hospitalarias, todas esas oportunidades que esperan por ti te hace emocionar aún más y querer da siempre lo mejor de tu persona.

El trabajo del intero comienza con un interrogatorio hacia el paciente, continua por la inspección y examen físico correspondiente donde se evaluará al paciente en función a los diferentes sistemas: piel, tórax y pulmones,

cardiovascular, gastrointestinal, genitourinario y sistema nervioso central. Siempre es importante la observación del paciente durante la anamnesis y el exámen físico para poder identificar los signos que presenta el paciente además de poder describir adecuadamente su sintomatología.

Antes de iniciada la pandemia era de rutina poder realizar todos estos procedimientos para poder lograr un buen diagnóstico en el paciente; sin embargo, con la llegada del virus SARS-COV2 la situación ha cambiado en muchos aspectos al momento de la evaluación del paciente. Si bien es cierto es necesario continuar con atención de los pacientes, ya sea de manera presencial o de manera virtual, esta última es la modalidad de atención que más se ha incrementado durante estos últimos meses en especial para el control y seguimiento de enfermedades crónicas.

Durante la atención presencial es necesario que tanto el médico como el paciente estén protegidos de manera adecuada para poder brindar una atención óptima sin una gran exposición a su salud, es así, que el médico utiliza un EPP de acuerdo al nivel de exposición y el paciente debe de portar su mascarilla de manera adecuada y en ciertos casos de ser necesario también el uso de un protector facial. Se debe de mantener la distancia adecuada mientras se realiza el interrogatorio y la examinación al paciente, previo y posterior al examen físico es necesario, como de costumbre, realizarse un lavado de manos adecuado.

Como se había descrito previamente el internado médico cuenta con cuatro rotaciones principales: medicina interna, cirugía general, pediatría y gineco-obstetricia. Durante cada rotación el interno realiza diferentes procedimientos y evaluaciones tanto a pacientes con alguna patología como pacientes sanos que acuden a realizarse controles rutinarios.

En la rotación de cirugía general que la autora realizó, previo al estado de emergencia en el Hospital de Emergencias Jose Casimiro Ulloa, pudo realizar diferentes tipo de suturas en diversas áreas del cuerpo, limpieza y curación de heridas, manejo de las mordeduras de perros, retiro de puntos y vendajes los cuales se realizaban en las áreas de tópicos del hospital. Se realizó la

evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con diversas patologías como apendicitis, colecistitis, colangitis, perforaciones gástricas e intestinales, atención de pacientes politraumatizados, grandes quemados, heridos de bala y por arma blanca, etc. El ingreso a sala de operaciones era continuo y se podía observar y aprender las diferentes técnicas quirúrgicas para los diferentes casos quirúrgicos. Uno aprende la importancia del trabajo en equipo en todos los servicios de los hospitales pero en especial en una sala de operaciones donde es necesario el trabajo conjunto de todo el personal (médicos, enfermeras, técnicos, etc) para el manejo adecuado del paciente antes, durante y posterior al ingreso a SOP.

Además de las rotaciones de cirugía general, durante todo un mes se realizó la rotación por especialidades quirúrgicas tales como Neurocirugía, Cirugía de tórax y cardiovascular, Anestesiología y Traumatología. En cada servicio se tuvo la oportunidad de aprender a realizar diversos procedimientos; en Traumatología, reducciones, vendajes, colocación de yesos y férulas, limpieza de heridas con exposición ósea y el manejo de heridas traumáticas; en Anestesiología, evaluación de los pacientes en el preoperatorio, identificación de factores de riesgo y comorbilidades que repercutan en la evaluación del riesgo anestésico, la preparación y colocación adecuada de fármacos, intubaciones, soporte ventilatorio y el manejo del paciente durante y después de la cirugía; en Neurocirugía, identificar los diferentes traumatismos cerebrales y vertebromedulares, realizar evaluaciones del sistema nervioso central y realizar exámenes físicos neurológicos; en Cirugía de tórax y cardiovascular a pesar de ser un servicio pequeño en el Hospital Casimiro Ulloa se pudo estudiar el caso de dos pacientes politraumatizados referidos de otros departamentos, que presentaban ambos hemotórax, para hacer un manejo conjunto con otras especialidades quirúrgicas.

El resto de rotaciones dada la coyuntura nacional que se atraviesa tuvieron que ser realizadas en el primer nivel de atención de salud. Las rotaciones en los servicios de Medicina interna, Ginecología y Pediatría fueron realizadas en el Centro de Salud de Breña. Las rotaciones de Ginecología y de Pediatría fueron complementadas con una rotación, es decir quince días, en el Hospital

Sergio E. Bernales y en el Instituto Nacional de Salud del Niño sede Breña respectivamente.

En la rotación Medicina interna realizada en el centro de salud a pesar de ser limitada por los tipos de patología y el flujo de pacientes, se aprendió el correcto manejo y seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión y dislipidemias así como patologías agudas más frecuentes como infección del tracto urinario, lumbalgias, escabiosis, urticaria y anemia.

Durante la rotación de Ginecología y obstetricia realizada en el centro de salud se pudo aprender a realizar un adecuado control prenatal de las gestantes así como realizar las referencias necesarias en el momento oportuno para realizarse atenciones por consultorio externo y para atención de partos o realización de cesáreas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Es importante en el primer nivel de atención aprender a reconocer los factores de riesgo que nos podrían llevar a una posible complicación en las gestantes y de esa manera poder hacer un mejor monitoreo a aquellas pacientes que lo ameriten. Las patologías más vistas en el centro de salud fueron infecciones de tracto urinario y anemia durante la gestación.

En el Hospital Sergio E. Bernales a pesar de ser un hospital de referencia de los múltiples establecimientos de salud localizados en la periferia y con una gran cantidad de pacientes, la participación de los internos fue mínima en el servicio de emergencias y en sala de parto; debido a los bajos protocolos de seguridad que tenían, a los múltiples casos de gestantes COVID (+) y a la escasez de pruebas rápidas, los internos no podían realizar evaluaciones ginecológicas o realizar tactos vaginales para monitorear el avance del trabajo de parto y no podían atender partos. En el servicio de emergencia nuestra función era solamente la realización de la historia clínica del paciente. Posterior a la cesárea o al trabajo de parto eran pasadas al área de hospitalización que estaba dividido en puerperio (donde estaban las púerperas de parto vaginal y cesárea), alto riesgo obstétrico (donde estaban las pacientes que necesitaban una mayor observación y manejo dado que contaban con factores de riesgo presentes durante su gestación o habían

tenido complicaciones durante el parto o la gestación como preclampsia, síndrome de Hellp, ruptura prematura de membranas, entre otras y finalmente el servicio de adolescentes.

Si bien es cierto no se han podido realizar muchos procedimientos durante esta rotación ha sido fundamental el aprendizaje del manejo de una puerpera; aprender a evaluar a los pacientes según la involución de útero y la eliminación de loquios y sobretodo poder educar a las madres con la enseñanza de una técnica de lactancia adecuada.

Finalmente durante la rotación de Pediatría la mayoría de casos en el centro de salud acudían para su vacunación según el esquema de vacunación del MINSA, para sus controles de CRED y para la prevención y tratamiento de anemia. En algunas oportunidades se pudo evidenciar diferentes tipos de lesiones en piel en pacientes pediátricos relacionados con micosis o escabiosis.

Durante esta última rotación, que también fue realizada en el Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña, se pudo ver una gran variedad de patologías. La rotación realizada fue en el servicio B de medicina que contaba con doce camas las cuales actualmente están todas ocupadas. En este servicio se ha podido evaluar a pacientes con patologías crónicas y algunas agudas de debút como ejemplo epilepsias refractarias a tratamiento, sacroileitis infecciosa, leucemias linfoblásticas agudas de debút, enfermedad poliquística renal, hidronefrosis renal, trastornos de la coagulación, entre otras. En este servicio de hospitalización se retomaron muchas actividades, había mayor posibilidad de poder interactuar con los pacientes, examinarlos, realizarles su historia clínica, observar la mejoría de los pacientes y poder darles el alta para que retornen a sus hogares. Durante toda la permanencia en el servicio de Medicina B era necesario el uso del mandilón descartable, mascarilla y protector facial al igual que en el servicio de Emergencia; en este último servicio se realizó dos guardias diurnas las cuales fueron de mucha utilidad. En el servicio de consultorio de emergencia se pudo tratar las patologías más comunes como son la diarrea aguda infecciosa, intoxicación alimentaria, rinofaringitis aguda, entre otras las cuales son muy importantes conocer el manejo dado que son las patologías más frecuentes por las que se acude a

la emergencia. Con el apoyo de los residentes y asistentes del INSN-Breña se pudo fijar conocimientos en función al diagnóstico y la terapéutica de las patologías más frecuentes las cuales serán de mucha utilidad al momento de realizar el SERUMS.

A continuación se describirán algunos de los casos clínicos observados durante el desarrollo del internado en los años 2020 y 2021.

1.1 Cirugía general: Caso clínico 1

Anamnesis:

Paciente varón de 51 años de edad, llega por emergencia al Hospital de Emergencias Jose Casimiro Ulloa. Refiere dolor abdominal que desde hace más o menos 2 días presenta dolor abdominal que inicia en epigastrio y posteriormente migra a fosa iliaca derecha. Refiere además presencia de náuseas, vomitos en tres oportunidades y pérdida de apetito desde hace aproximadamente 2 días.

Antecedentes personales: Hipertensión arterial (diagnosticado hace 2 años) en tratamiento con enalapril

Antecedentes familiares: Niega antecedentes familiares al momento de realizar la entrevista.

Exámen físico:

Funciones vitales:

FC:92x min FR:17x min PA:130/60mmHg

Paciente despierto, quejumbroso, en posición antalgica. Aparente regular estado general, aparente buen estado de nutrición y aparente buen estado de nutrición.

Piel: Tibia, elástica, llenado capilar < 2 segundos

Tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa bien en ambos campus pulmonares. No se auscultan rales ni estertores

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos audibles al momento de la evaluación.

Abdomen: Doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de fosa iliaca derecha. Signo de Mc Burney positivo, Signo de Blumberg positivo.

Sistema nervioso central: Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. No presenta signos de focalización ni signos meníngeos.

Exámen de laboratorio: Leucocitos 16,000 con 5% de abastoados

Hb: 15,3gr/dl, Perfil de coagulación sin alteraciones, exámen de orina no patológico.

Ecografía abdominal: se identifica apéndice cecal de localización medial con extensión hacia pélvica ipsilateral de 78x8mm, paredes engrosadas, incremento de densidad de la grasa mesenterica circundante.

Profilaxis preoperatoria:

- Metronidazol 500mg EV
- Ceftriaxona 2gr EV

Reporte operatorio:

Hallazgos operatorios: Apéndice cecal necrozado en toda su extensión muy cercano a la base apendicular, secreción purulenta escasa periapendicular, ciego fijo a pared abdominal lateral.

Técnica operatoria: Apendicectomía abierta

1. CCE
2. Incisión transumbilical
3. Neumoperitoneo abierto
4. Colocación de trocar 1 y laparoscopia
5. Identificación de hallazgos
6. Colocación de trocar 2 y 3 bajo visión directa
7. Aspiración de secreciones
8. Electrofulguración de mesoapendicular hasta subbase con bipolar
9. Ligadura de base apendicular con vycril 1/0 realizando neobase con tracción
10. Extracción de pieza en bolsa de guante
11. Lavado local de cavidad
12. Revisión de la hemostasia
13. Retiro de trocares bajo visión directa
14. Cierre de puertos por planos

Volumen de sangrado: mínimo

Accidentes operatorios: ninguno

Hora de inicio: 22:20 Hora de termino:23:25 Tiempo: 1h5m

Tipo de anestesia: general inhalatoria

Posterior a su recuperación de anestesia, el paciente es llevado a hospitalización donde pasa las siguientes 72 horas. Durante este tiempo que permanece en el hospital se realiza limpieza diaria de la herida y observación de está para prevenir alguna infección. Se mantiene un monitoreo constante de funciones vitales, infusión de medicamentos via endovenosa y posteriormnete cambio a via oral de analgésicos y antibióticos y también, la instauración progresiva de la dieta, de blanda a una dieta completa.

El paciente evoluciona favorablemenete y es dado de alta con analgesicos. Debe regresar a la semana de su alta para poder realizar el retiro de puntos correspondiente.

1.2 Cirugía general: Caso clínico 2

Anamnesis:

Llega a tópico de emergencia paciente varón de 23 años de edad. Con un tiempo de enfermedad de más o menos 10 horas. Paciente refiere agresion física por terceros refiriendo "golpes y cuchillazos" en cabeza.

Niega perdida de conciencia y niega vómitos. Refiere presentar cefalea y mareos

Niega reacciones alergicas medicamentosas. Niega antecedentes patológicos y médicos de importancia.

Al exámen físico:

Paciente en buen estado general, buen estado de hidratación y buen estado nutricional

Cabeza: Equimosis en párpado inferior derecho.

Solución de continuidad de bordes irregulares de aproximadamente 1,5 cm localizado en tercio medio de la región ciliar izquierda, lesion de bordes irregulares que compromete todo el espeso de la piel, no presenta sangrado activo a la inspección.

Solución de continuidad de más o menos 6 cm de longitud en región interparietal que compromete todo el espesor de la piel del cuero cabelludo.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, tórax no doloroso a la palpación y sin lesiones externas a la inspección.

Abdomen: Blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda. No se evidencia lesiones externas.

Sistema osteoarticular y muscular: Moviliza cuatro extremidades sin limitación funcional. No se evidencia lesiones externas ni deformaciones.

Sistema nervioso central: Glasgow 15/15. Pupilas CIRLA

Diagnósticos presuntivos:

1. Herida contuso cortante en región ciliar izquierda
2. Herida cortante en cuero cabelludo
3. Traumatismo encefalocraneal leve

Tratamiento:

En tópico de emergencia se realiza curación y sutura tipo afronte en heridas en región ciliar izquierda y en cuero cabelludo.

Se indica el uso de antibióticos y analgésicos

Cefalexina 500mg vía oral cada 8 horas por 7 días

Paracetamol 500mg vía oral cada 8 horas por 3 días

Se le indica que el retiro de puntos se realizará en el establecimiento de salud más cercanos a su domicilio. Los puntos de la cara deben de ser retirados a los 5 días y los del cuero cabelludo a los 7 días.

Es dado de alta de cirugía general y pasa a reposo de varones para recibir atención por parte del servicio de Neurocirugía.

1.3 Medicina interna: Caso clínico 1

Paciente varón de 46 años de edad acude al centro de salud con un tiempo de enfermedad de más o menos 3 días caracterizado por dolor a nivel lumbar asociado a limitación funcional.

Paciente refiere que trabaja realizando mudanzas y hace 3 días cuando cargaba cajas para moverlas siente un "tirón" a nivel lumbar y posteriormente dolor de gran intensidad 8/10 lo cual le imposibilita la deambulacion. Un día antes toma una cápsula de ibuprofeno pero el dolor no cede motivo por el cual acude al centro de salud.

Niega antecedentes patológicos y niega reacción alérgica a medicamentos.

Impresión diagnóstica: Lumbalgia aguda

Tratamiento:

Diclofenaco 75mg intramuscular cada 24 horas por 3 días

Orfenadrina 60mg intramuscular cada 24 horas por 3 días

A partir del cuarto día:

Naproxeno 400mg tableta cada 12 horas

1.4 Medicina interna: Caso clínico 2

Paciente varón de 71 años de edad con antecedente de hipertensión arterial (diagnosticado hace 10 años y en tratamiento con enalapril).

Acude a control mensual de su enfermedad crónica y para recibir su tratamiento respectivo.

Durante su consulta refiere que en el último mes ha bajado aproximadamente 7 kg de peso, sensación de llenura precoz, dispepsia, reflujo post prandial y dolor a nivel de epigastrio. Niega otra sintomatología adicional.

Otros antecedentes patológicos de importancia: Gastritis (diagnosticado en el 2018, fue atendido en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el servicio de Gastroenterología donde recibió tratamiento para Helicobacter Pylori, no se realizó controles posteriores)

Al examen físico:

Piel: Tibia, elástica e hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos. No se aprecia cianosis ni ictericia.

Tórax y pulmones: Sin alteraciones. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.

Cardiovascular: Sin alteraciones. Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles a la auscultación.

Abdomen: blando y depresible, leve dolor a la palpación profunda en epigastrio. No se palpan masas.

Sistema nervioso central: Orientado en tiempo espacio y persona. Glasgow 15/15

Se solicita análisis de laboratorio: Glucosa en ayunas, hemoglobina glicosilada, perfil lipídico y hemograma completo.

Resultados de laboratorio:

Glucosa en ayunas: 315mg/dl

Perfil lipídico: HDL:45mg/dl LDL: 295mg/dl Triglicéridos: 180mg/dl

Hemograma: Hb:12,5gr/dl Leucocitos: 7000/mm³ Abastionados 1%

Eosinófilos 3%

Tratamiento:

Enalapril 10mg vía oral, 1 tableta cada 12 horas (7 am y 7 pm) por 30 días

Metformina 850mg vía oral, 1 tableta después de desayuno y almuerzo por 30 días

Omeprazol 20mg vía oral, 1 tableta en ayunas por 30 días

Atorvastatina 20mg vía oral, 1 tableta cada 24 horas (tomar a las 7pm)

Además, se realiza una referencia al Hospital Nacional Arzobispo Loayza al servicio de gastroenterología para que puedan realizarle una evaluación con los diagnósticos de:

1. d/c NM de estómago
2. Gastritis crónica

Paciente es citado para el próximo mes, donde se le repetirá los exámenes de laboratorio para decidir si es necesario continuar con el mismo tratamiento o si será modificado.

1.5 Ginecología y obstetricia: Caso clínico 1

Paciente mujer de 28 años de edad acude por emergencias del Hospital Nacional Sergio E. Bernales por presentar contracciones uterinas y pérdida de líquido.

Funciones vitales:

T: 37°C PA:105/72mmHg FR:18x/min FC:86x/min Peso:78kg SatO₂: 98%

Historia clínica de emergencia:**Anamnesis:**

Paciente acude referida del centro de salud para recibir atención por emergencia.

Edad Gestacional: 36ss 4/7 por ecografía del III trimestre

Fecha probable de parto: 29/03/2021

Antecedentes:

G2P1001, Parto vagina en octubre del 2018

RAM niega

Exámen físico:

Aparente regular estado general, regular estado de hidratación y nutrición.

Piel: Tibia, hidratada y elastica, llenado capilar menor a 2 segundos

Altura uterina: 38 cm

Latidos cardiacos fetales 132 por minuto

Feto en posición podálica

Dinamica uterina 3 contracciones uterinas cada 35 minutos

Dilatación: 4cm Borramiento: 85% Altura de presentación: -2. Presencia de pie fetal en canal vaginal.

SNC: Orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15

Plan de trabajo: Se solicita análisis de laboratorio: hemograma, glucosa, urea, creatinina, RPR, tiempo de coagulación, tiempo de sangria y grupo y factor.

Diagnósticos:

1. Gestación activa de 36ss 4/7 por ecografía del III trimestre
2. Prolapso de miembro inferior

Tratamiento:

1. NPO
2. CIna 9% 1000cc
3. COE + CFV
4. Preparar para sala de operaciones

Evolución a las 24 horas post operatorio

T: 37°C PA:100/70mmHg FR:19xmin FC:82xmin SatO2: 98%

Subjetivo: Paciente niega cefalea, niega náuseas, niega otras molestias. Refiere incomodidad por la sudoración que le genera el pañal.

Objetivo: Paciente de 28 años. Al exámen físico aparente regular estado general, aparente buen estado hidrico y nutricional.

Piel: Tibia, hidratada y elastica. Llenado capilar menos de 2 segundos

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agredaos, no estertores.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos de buena intensidad. No soplos.

Abdomen: Blando y depresible. Doloroso en hemiabdomen inferior. Utero contraído a nivel de la cicatriz umbilical.

Herida operatoria: Eritematosa, dolorosa a la palpación y con signos de flogosis en ambos extremos. No secreciones presentes al momento de la evaluación.

Mamas: Blandas y secretoras.

Genito urinario: Elimina loquios hemáticos en escasa cantidad.

Sistema nervioso central: Glasgow 15/15. Lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona.

Apreciación: Paciente mujer de 28 años de edad. Hematocrito control: 34,4% Hemoglobina control: 11,2gr/dl. Paciente se encuentra afebril, ventilando espontáneamente y hemodinámicamente estable, con los diagnósticos:

1. Post operada de cesárea de +/- 24 horas por feto podálico con prolapso de miembro inferior
2. Infección de herida operatoria
3. Anemia leve

Plan: Continuar con limpieza y monitoreo de herida operatoria. Analgesia y antibioticoterapia. Agregar sulfato ferroso 300mg vía oral cada 24 horas.

Evolución a las 48 horas post operatorio

T: 36,4°C PA: 110/70mmHg FR: 16x/min FC: 78x/min SatO₂: 98%

Subjetivo: Paciente niega molestias.

Objetivo: Al examen físico aparente regular estado general, buen estado hídrico y nutricional.

Piel: Tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar menos de 2 segundos

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados, no estertores.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos de buena intensidad. No soplos.

Abdomen: Blando y depresible. Leve dolor en hemiabdomen inferior. Útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical.

Herida operatoria: Eritematosa en tercio derecho, no dolorosa a la palpación. No secreciones presentes al momento de la evaluación.

Mamas: Blandas y secretoras.

Genito urinario: Elimina poca cantidad de loquios serohemáticos.

Sistema nervioso central: Glasgow 15/15. Lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona.

Apreciación: Paciente mujer de 28 años de edad. Afebril, ventilando espontáneamente y hemodinámicamente estable, con los diagnósticos:

1. Post operada de cesárea de +/- 48 horas por feto podálico con prolapso de miembro inferior
2. Infección de herida operatoria en tratamiento.
3. Anemia leve en tratamiento

Plan: Continuar con limpieza y monitoreo de herida operatoria. Analgesia y antibioticoterapia. Sulfato ferroso 300mg vía oral cada 24 horas.

Evolución a las 72 horas post operatorio

T: 36,8°C PA:100/60mmHg FR:17x/min FC:70x/min SatO₂: 99%

Subjetivo: Paciente niega molestias.

Objetivo: Al examen físico aparente regular estado general, buen estado hídrico y nutricional.

Piel: Tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar menos de 2 segundos

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados, no estertores.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos de buena intensidad. No soplos.

Abdomen: Blando y depresible. Leve dolor en hemiabdomen inferior. Útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical.

Herida operatoria: No dolorosa a la palpación. Sin signos de flogosis, no eritematosa. No secreciones presentes al momento de la evaluación.

Mamas: Blandas y secretoras.

Genito urinario: Elimina escasa cantidad de loquios.

Sistema nervioso central: Glasgow 15/15. Lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona.

Apreciación: Paciente mujer de 28 años de edad. Afebril, ventilando espontáneamente y hemodinámicamente estable, con los diagnósticos:

1. Post operada de cesárea de +/- 72 horas por feto podálico con prolapso de miembro inferior
2. Infección de herida operatoria en tratamiento.
3. Anemia leve en tratamiento

Plan: Continuar con limpieza y monitoreo de herida operatoria. Analgesia y antibioticoterapia vía oral. Sulfato ferroso 300mg vía oral cada 24 horas.

Se plantea el alta de la paciente.

1.6 Ginecología y obstetricia: Caso clínico 2

Gestante de 31 años de edad, acude a control prenatal rutinario. Refiere que desde hace más o menos 1 semana siente "molestias al orinar" tales como ardor, aumento de la frecuencia urinaria y sensación de vaciado incompleto motivo por el cual va varias veces consecutivas a los servicios higienicos.

Antecedentes: G1P000 Niega antecedentes patológicos, niega antecedentes familiares.

FUR: Desconoce, refiere que siempre ha sido irregular y su periodo se le ausentaba en varias oportunidades

Exámenes auxiliares:

Examen de orina: Leucocitos 12-15/campo. Celulas epiteliales en regular cantidad. Gérmenes en regular cantidad. Proteinas (+) Hematies 0/campo

Hemograma: Leucocitos 11000/mm³ Abastionados 2% Hemoglobina 10,3gr/dl

Diagnósticos:

1. Gestación activa de 26ss 2/7 por ecografía de I trimestre
2. Infección del tracto urinario
3. Anemia leve

Tratamiento:

Nitrofurantoina 100mg via oral, 1 tableta cada 12 horas por 7 días

Sulfato ferroso 300mg via oral, 1 tableta cada 24 horas (por las mañanas 10am, preferible ser tomado con un jugo de naranja) por 30 días.

Se cita a la paciente al termino de sus antibioticos para repetirle el examen de orina y el hemograma.

1.7 Pediatría: Caso clínico 1

Madre acude con su niño de 3 años a consulta en el centro de salud. Refiere que desde hace aproximadamente un mes observa que su niño tiene prurito intenso especialmente durante la noche que le ocasiona al infante irritabilidad y desesperación. Paciente no puede dormir por las noches debido al prurito.

Fue a la farmacia hace 4 días donde le indicaron usar un antihistaminico y corticoides tópicos en las lesiones no habiendo mejoría y persistiendo el rascado.

Refieren no tener animales en el domicilio. Niega otra sintomatología.

Al exámen físico se observan lesiones pápulo eritematosas, lesiones costrosasas y surcos adyacentes a las pápulas ubicadas en pliegues axilares y antecubitales, región interdigital y cintura con zonas de asociación y liquenificación.

Tratamiento:

Loción de Benzoato de bencilo al 25%

Se le da indicaciones a la madre de cómo usar la loción, aplicar durante la noche y al día siguiente debe de bañarse. Debe también cambiar toda la ropa de cama y lavarla, al igual que las prendas del niño y si es posible plancharlas.

Ampliación de la historia:

Paciente acude dos semanas después donde se evidencia ausencia de nuevas lesiones, madre refiere que el escozor ha disminuido considerablemente y que el paciente puede dormir por las noches sin estarse levantando a rascarse dichas zonas.

1.8 Pediatría: Caso clínico 2

Menor de 8 meses acude por emergencia con un tiempo de enfermedad de más o menos dos días. Madre de la menor indica que hace 2 días comenzó a presentar un cuadro de deposiciones líquidas con moco y sin sangre en tres oportunidades asociado a sensación de alza térmica no cuantificada. 1 día antes del ingreso presenta fiebre (38,5 °C) que se resolvió con el uso de paracetamol y continúan las deposiciones líquidas en 4 oportunidades. El día del ingreso madre refiere que realiza 2 deposiciones líquidas con moco sin sangre que rebosan el pañal y se agrega dos oportunidades vómitos post prandiales en inclusive vómita el agua que ingiere.

Funciones vitales:

Frecuencia cardiaca: 120 por minuto, Frecuencia respiratoria: 22 por minuto , Temperatura: 37,2°C, SatO2: 98% con Fio2 de 0,21

Al examen físico:

Piel: Hidratada, tibia y estatica. Llenado capilar menor a 2 segundos. No se evidencian signos de deshidratación. (No ojos hundidos, no mucosa oral seca, no fontanela hundida, al llorar presenta lágrimas)

Abdomen: Blando y depresible. No doloroso a la palpación. Ruidos hidroaéreos aumentados en frecuencia.

Sistema nervioso: paciente despierta, interactúa con el entorno. No signos meningeos, no signos de focalización. Glasgow 15/15.

Diagnóstico: Diarrea aguda infecciosa sin signos de deshidratación.

Tratamiento:

Se le decide iniciar tolerancia oral. Durante 30 minutos el paciente estuvo en observación, se le indicó a la mamá que comenzara a hidratarla con sales de hidratación oral 5ml cada 5 minutos para poder ver si la menor toleraba vía oral, si realizaba nuevamente algún vómito debería de informar inmediatamente. Posterior a los 30 minutos se reevalua a la menor, no hubo un nuevo episodio de vómitos. Se le da de alta al paciente con paracetamol 120mg/5ml en jarabe 10mg/kg/dosis (se le indica a la madre la dosis que debe de darle a la menor) cada 8 horas por 3 días, luego condicional a temperatura mayor a 38,5°C. Sales de rehidratación oral 10ml/kg por cada diarrea que realice y 4ml/kg por cada vómito.

Se le explica a la madre que se trata de un cuadro de diarrea aguda infecciosa de etiología viral, que cedería con el pasar de los días; además, se le brinda a la madre información sobre los signos de alarma:

- Más de 5 vómitos en 1 hora
- Más de 10 deposiciones en el día
- Llanto sin lagrimas
- Ojos hundidos
- Mucosa oral seca
- Aumento del sueño o tendencia a la somnolencia

Si presenta alguno de estos signos debe de ser traída nuevamente a la emergencia.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Se inicio el internado el día primero de enero del año 2020 en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa (HEJCU) ubicado en la avenida Roosevelt 6355 y 6357, urbanización San Antonio, distrito de Miraflores, provincia y departamento de Lima. Pertenece a la Dirección de Redes integradas de Salud Lima Centro. Es un establecimiento de salud altamente especializado en emergencias que proporciona atención medico – quirúrgica en situaciones de urgencia y emergencia a la población las 24 horas del día y los 365 días del año. (5) La población atendida en su mayoría proviene de los distritos más cercanos: Surco, Barranco, San Juan de Miraflores, Villa el Salvador, Villa María del Triunfo; sin embargo también provienen en menor proporción de otros distritos de Lima como son: Surquillo, Miraflores, San Isidro, San Borja, San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres, del Callo y referidos de otros puntos del país.

Según el ASIS del 2019 los principales motivos de consulta del año 2019 corresponde a enfermedad súbita con 59,4% de las atenciones, accidente casual con 13,5%, atenciones de accidente de tránsito con 2,3% y accidentes de trabajo con 1,2% de atenciones. La transferencia de pacientes a los diferentes establecimientos de salud durante el periodo del 2019 fue encabezado por el Hospital Nacional Dos de Mayo con 13,7%, seguido del Hospital Nacional Victor Larco Herrera con 11,9%, el Hospital Nacional Arzobispo Loayza con 10,5% y finalmente el Hospital Edgardo Rebagliati con 9,9% (6).

Previo al inicio del internado se realizó una inducción y una evaluación de conocimientos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa a finales de diciembre del año 2019. Acudimos todos los internos de diversas universidades que realizaríamos las rotaciones de cirugía general y medicina interna en dicho hospital. La evaluación consistió en veinte preguntas de pediatría, ginecología y obstetricia, medicina interna y cirugía general. Posterior a la evaluación nos mantuvimos en el auditorio para que nos pudieran dar las indicaciones de cómo se realizaría el internado y nos organizaran en grupos para poder rotar por los diferentes servicios.

La vestimenta debía de ser siempre con scrub azul, característico de dicho hospital. Tanto residentes como internos usaban dicho color para poder ser identificados con facilidad mientras se realizaban los labores. El horario a cumplir era de 7 a.m. a 4 p.m. posterior al termino del turno iniciaban las guardias diurnas de 4 p.m. a 8 p.m. y las guardias nocturnas de 7 p.m a 8 a.m.

El internado inició el día primero de enero del año 2020 en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa (HEJCU) en el servicio de Cirugía general. Esta primera rotación que se realiza durante tres meses, del primero de enero a la segunda semana de marzo, en los servicios de cirugía general, neurocirugía, traumatología, anestesiología y cirugía de tórax y cardiovascular.

La primera subrotación realizada durante todo el mes de enero fue en tópicos de emergencia. El hospital contaba con tres tópicos: Tópico I donde se atendían a pacientes varones, tópico II donde se atendían a damas y niños y finalmente tópico III donde se atendían a pacientes citados que habían sido dados de alta del hospital y acudían para sus controles, limpiezas de heridas y retiro de puntos. Tópico I y II se encuentran ubicados en el primer piso del hospital y es el lugar donde se realizan las atenciones de urgencia y emergencia a pacientes que acuden con heridas, quemaduras, presencia de cuerpos extraños, traumatismos, etc. Durante el mes de febrero se realizaron rotaciones semanales en los servicios de Anestesiología, Neurocirugía, Traumatología y Cirugía de Tórax y Cardiovascular. Finalmente durante las dos semanas de marzo se realizó la rotación en hospitalización de Cirugía

general, espacio el cual era ocupado por los pacientes que salían de sala de operaciones. El 15 de marzo una vez promulgada el confinamiento por la pandemia COVID-19 en Perú, se suspenden todas las actividades del internado sin fecha de retorno.

Era necesario que se garantizara la medida de bioseguridad para el retorno de los internos. Había mucha incertidumbre respecto a las fechas de reincorporación y finalización oficial del internado así como si nos retornaríamos a nuestras sedes donde comenzamos las rotaciones o si estas no iban a aceptarnos de regreso y si así fuese el caso a donde seríamos reubicados (7).

Los meses que no se realizaron las diversas rotaciones fueron usadas en su mayoría para la preparación mediante clases virtuales para rendir el ENAM;; sin embargo, en muchos casos, esta preparación fue difícil de realizar durante estos meses dado que muchas de las familias y los internos mismos enfermaron, tuvieron pérdidas emocionales y también económicas lo cual perjudicaba la concentración y el rendimiento durante su preparación.

La reincorporación del internado fue lenta y progresiva desde el mes de octubre. Muchos de los internos no contaban con una resolución oficial que indicara su contratación y por ende aun no estaba asegurados y en muchos casos no fueron aceptados en su establecimiento de salud.

La autora se reincorpora el 16 de octubre del 2020 en el Centro de Salud Breña ubicado en Jr. Napo 1445- Breña. Este establecimiento de salud es un I-3 es decir cuenta con consulta externa y con un laboratorio clínico. Tiene como función brindar atención integral de salud a las personas por etapas de vida y cumple actividades de atención de urgencias y emergencias, referencias y contrareferencias, vigilancia epidemiológica, salud ocupacional, salud familiar; así como, atención de parto inminente, nutrición integral, radiología y laboratorio dental (8). Actualmente cuenta con consultorio de Medicina General, Odontología, Nutrición y Psicología; debido a la coyuntura hubo reducción de personal debido a que presentaban algún factor de riesgo que les impedía realizar labores en el centro de salud. Los consultorios de Ginecología, Pediatría y Otorrinolaringología actualmente se encuentran

cerrados por ausencia de especialistas. Las referencias son realizadas al Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) y al Instituto Nacional de Oftalmología (INO). La atención es de 12 horas, desde las 7:00 am hasta las 19:00 pm de lunes a sábado.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En este capítulo se discutirá el manejo realizado en los diferentes servicios de los diferentes casos clínicos presentados anteriormente en función a las Normas técnicas, guías clínicas y Uptodate.

3.1 Medicina Interna

La Guía práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención aprobada por la RM N° 719-2015 MINSA (9) señala que son tres los criterios usados para el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2:

- Glucemia en ayunas en plasma venoso igual o mayor a 126mg/dl en dos oportunidades. No debe de pasar más de 72 horas entre una y otra medición
- Síntomas de hiperglicemia o crisis hiperglicémica causal medida en plasma venoso igual o mayor de 200mg/dl.
- Glucemia medida en plasma venoso igual o mayor a 200mg/dl dos a las dos horas de haber realizado el test de tolerancia oral con 75gr de glucosa.

La guía técnica no recomienda el uso de hemoglobina glicosilada para el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 debido al difícil acceso en nuestro país.

En el caso clínico número 2 de medicina interna se observa un paciente que viene a recibir su medicina mensual para su tratamiento de hipertensión arterial, se aprovecha para realizarle un control general y se le solicita una glucosa en ayuna obteniendo como resultado una glucosa en ayunas:

315mg/dl motivo por el cual se decide iniciar tratamiento con metformina 850mg via oral, 1 tableta después de desayuno y almuerzo por 30 días.

Dentro de sus exámenes también vemos un perfil lipídico alterado motivo por el cual se agrega a la terapéutica atorvastatina 20mg vía oral, 1 tableta cada 24 horas (tomar a las 7pm)

El objetivo es lograr las metas de control cardiometabólico sugerido en la guía:

- Glucemia en ayunas 70-130 mg/dl
- Hemoglobina glicosilada menor de 7%
- Colesterol total menor de 200 mg/dl
- Colesterol HDL mayor de 50 mg/dl
- Colesterol LDL menor de 100 mg/dl
- Triglicéridos menor de 150 mg/dl
- Presión arterial menor de 140/80mmHg

El este paciente se inicia el tratamiento para la diabetes con monoterapia tal como lo sugiere la guía. Metformina es el fármaco de primera línea mientras no exista alguna contraindicación. Se cuenta con tabletas de 500mg y 850mg. La guía sugiere iniciar con dosis bajas de 500mg u 850mg por día, dosis única y progresivamente ir subiendo la dosis cada una o dos semanas hasta alcanzar un control glucémico ideal y/o llegar a la dosis máxima de 2550mg (9).

Si comparamos el manejo realizado en el centro de salud nos damos cuenta que la dosis iniciada es de 850mg dos veces al día contrastando con la guía que menciona menores dosis como inicio y solo una vez al día con controles posteriores semanales hasta lograr los objetivos. El control en el centro de salud es realizado a los 30 días de iniciado el tratamiento. El manejo sugerido según la guía sería más conveniente dado que la metformina puede generar síntomas gastrointestinales secundarios a su uso lo cual podría generar falta de adherencia al tratamiento.

3.2 Pediatría

La norma técnica 755-2017 MINSA del 2017 publica la guía técnica "Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño"(10). Esta guía tiene como objetivo establecer criterios para el diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda priorizando a los menores de 5 años lo cual ayudaría a la reducción de morbimortalidad por esta enfermedad. Según la guía lo primero a realizar es la identificación de los signos y síntomas tanto del aparato digestivo como síntomas generales pero sobre todo la identificación de los signos de deshidratación (Ver Anexo N°1):

- Sensorio alterado
- Sed aumentada
- Signo del pliegue
- Fontanela deprimida
- Mucosa oral y lengua seca
- Llanto sin lagrimas
- Ojos hundidos
- Taquicardia
- Llenado capilar mayor a dos segundos
- Pérdida de peso
- Oliguria
- Hipotensión
- Taquipnea
- Patrón respiratorio alterado

De todos estos los más importantes son: alteración del sensorio, aumento de la sed y el signo del pliegue positivo.

En función a la evaluación del estado de nutrición y la presencia o no de signos de deshidratación se eleva el plan de trabajo.

La guía hace referencia a tres planes de tratamiento: A,B y C (10).

El plan A es usado en un paciente sin signos de deshidratación que no presenta alteración del estado de conciencia, los ojos no están hundidos y no hay alteración a nivel de la mucosa (Ver Anexo N°2)

El plan B si presentan algún grado de deshidratación, paciente se encuentra irritable, los ojos se encuentran hundidos con mucosa oral seca y escasas lagrimas.

El plan C cuando presenta una deshidratación grave, paciente se encuentra letárgico o inconsciente con los ojos muy hundidos y la mucosa muy seca, hay ausencia de lagrimas y signo del plieque positivo.

En el caso clínico de pediatría 2 nos llega a la emergencia un paciente que ha presentado aumento de la frecuencia de deposiciones con disminución de la consistencia, las deposiciones no presentan razgos de sangre pero si con mucosidad. Al examen fisico nos damos cuenta que no cuenta con signos de deshidratación sin embargo al encontrarse en intolerancia oral, dado que al consumo de aguda presenta vómitos, es necesario administrar la terapia de rehidratación oral en el establecimiento de salud. En el caso presentado, el paciente permanece 30 minutos en la emergencia consumiendo 5ml de SRO cada 5 minutos, posterior a este tiempo es reevaluado y al tolerar la vía oral y no presentar signos de deshidratación puede ser dado de alta.

El paciente es dado de alta del INSN-Breña con indicaciones sobre los signos de alarma tal como lo indica la guía, es necesarios indicar al familiar que acompaña a la menor identificar los signos de alarma y ante la presencia de alguno de estos debe de ser llevada a la emergencia nuevamente. La guia señala los siguientes:

- Empeora o no se ve bien
- Letargia o irritación
- Deposiciones liquidas frecuentes (10 en 24 horas o más de 4 en 4 horas) y de alto volumen
- Vomitos a repetición
- Sed intensa
- No come ni bebe
- Fiebre
- Sangre en heces

3.3 Ginecología y obstetricia

En el segundo caso clínico se tiene a una gestante de 31 años, acude a control prenatal rutinario y refiere que desde hace más o menos 1 semana siente "molestias al orinar" tales como ardor, aumento de la frecuencia urinaria y sensación de vaciado incompleto motivo por el cual va varias veces consecutivas a los servicios higienicos. Se le realiza un examen de orina con resultados patológicos de: Leucocitos 12-15/campo. Celulas epiteliales en regular cantidad. Gérmenes en regular cantidad. Proteinas (+) Hematies 0/campo. Además cuenta con un hemograma: Leucocitos 11000/mm³ Abastionados 2% Hemoglobina 10,3gr/dl Se plantean los diagnósticos:

1. Gestación activa de 26ss 2/7 por ecografía de I trimestre
2. Infección del tracto urinario
3. Anemia leve

Se le indica tratamiento con Nitrofurantoina 100mg via oral, 1 tableta cada 12 horas por 7 días.

Según Uptodate, se debe de sospechar de cistitis aguda en gestantes que se quejan de disuria, tener en cuenta que el embarazo trae consigo cambios fisiológicos como son aumento de la frecuencia urinaria (11). Se debe de realizar un exámen de orina y un urocultivo, el diagnóstico se confirma cuando se encuentra crecimiento bacterinao en el urocultivo pero antes de confirmarlo se usa tratamiento empirico cuando hay un examen de orina patológico.

el tratamiento antibiótico de una infección del tracto urinario bajo en gestantes es a menudo empírico, iniciado en el momento de quejas de disuria. Las opciones incluyen betalactámicos, nitrofurantoína y fosfomicina La elección de un agente antimicrobiano también debe tener en cuenta los datos microbiológicos previos y la seguridad del fármaco durante el embarazo (incluida la etapa particular del embarazo) La nitrofurantoína es otra opción durante el segundo o tercer trimestre o si las otras no se pueden usar por alguna razón. La nitrofurantoina debe de ser usada 100 mg por vía oral cada 12 horas por 5 a 7 días y no debe de ser usada si se sospecha de pielonefritis

dado que no alcanza sus niveles terapéuticos en los riñones, tampoco debe de ser usada en el primer trimestre de gestación (12).

En el caso presentado anteriormente podemos observar que el uso nitrofurantoina es el adecuado dada la seguridad del fármaco durante la gestación, sobre todo durante el tercer trimestre. Lo que no se llegó a realizar fue un urocultivo, lo cual sería ideal para determinar el patógeno causal; esto podría suceder dado al estado de emergencia y el difícil acceso que resulta el realizar este tipo de exámenes ya que el paciente tiene que ser referido, en este caso al Hospital Loayza, dado que no se cuenta con insumos en el laboratorio del centro de salud para ser realizados.

En este mismo caso presentado nos damos cuenta que en el hemograma que se le realizó a la gestante presenta una hemoglobina de 10,3gr/dl lo cual sería una anemia leve en gestante. Según la Norma Técnica sobre el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puerperas la anemia leve debe de ser tratada con 120mg de hierro elemental + 800ug de ácido fólico diario es decir sulfato ferroso y ácido fólico o hierro polimaltosado y ácido fólico. Los controles de hemoglobina deben de ser realizados cada 4 semanas hasta que los valores lleguen a 11g/dl o más. (13). Tal y como se propone en la guía se indicó el sulfato ferroso de 300mg cada 24 horas por 30 días; sin embargo, no se le indicó el ácido fólico. El hemograma control se realizará aproximadamente a las 4 semanas cuando haya cumplido sus 30 días de tratamiento y retorne al centro de salud para recoger nuevamente su medicación

3.4 Cirugía general

En el primer caso de cirugía general presentado, acude un paciente varón de 51 años a la emergencia por dolor abdominal que desde hace más o menos 2 días presenta dolor abdominal que inicia en epigastrio y posteriormente migra a fosa iliaca derecha. Refiere además presencia de náuseas, vomitos en tres oportunidades y pérdida de apetito desde hace aproximadamente 2 días. Al examen físico se encuentra quejumbroso, en posición antalgica. Al

examinar el abdomen este se encuentra doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de fosa iliaca derecha con signo de Mc Burney positivo. En los exámenes de laboratorio se encuentra una leucocitosis (Leucocitos 16,000 con 5% de abastoados) Se le realiza una ecografía abdominal: donde se observa un apéndice cecal congestivo de 78x8mm, paredes engrosadas, incremento de densidad de la grasa mesenterica circundante. La clinica y los exámenes auxiliares nos indican el diagnóstico de apendicitis aguda.

Un metanálisis de 11 estudios no aleatorizados mostró que un breve retraso en el hospital de 12 a 24 horas antes de la cirugía en esa población de pacientes no se asoció con un mayor riesgo de perforación (odds ratio [OR] 0,97; IC del 95%: 0,78 -1,19) Sin embargo, retrasar la apendicectomía durante > 48 horas se asoció con un aumento de las infecciones del sitio quirúrgico y otras complicaciones (14). Uptodate recomienda la apendicectomía dentro de las 12 horas. Los pacientes deben ser ingresados en el hospital y recibir hidratación intravenosa, control del dolor y antibióticos intravenosos mientras esperan la cirugía (15).

En este caso se opta por preparar al paciente para sala de operaciones utilizando como profilaxis antibiotica Metronidazol 500mg y Ceftriaxona 2g ambos por vía endovenosa.

Como se menciona en uptodate, los pacientes que proceden directamente de la sala de urgencias al quirófano para la apendicectomía reciben antibióticos profilácticos dentro de una "ventana" de 60 minutos antes de la cirugía. Es adecuado usar una sola dosis de antibiótico para la profilaxis de heridas quirúrgicas. Se sugieren el uso intravenoso de cefoxitina 2g o cefotetan 2g o la combinación de cefazolina 2g asociado a metronidazol 500 mg ambos de manera intravenosa. Los antibióticos posoperatorios son innecesarios dado que solo se usan de manera profiláctica para prevenir la infección de la herida y el absceso intraabdominal después de la apendicectomía (15).

CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La primera rotación realizada en hospital definitivamente fue muy gratificante. A pesar de ritmo pesado, del horario de ingreso y salida que muchas veces no era respetado el aprendizaje y el conocimiento brindado durante esos meses muy amplio. Con apoyo de nuestros residentes y asistentes del servicio hemos podido aprender a resolver hasta los casos que suponían un reto por el difícil diagnóstico.

Las actividades organizadas y las exposiciones continuas nos permitían estar actualizados sobre los nuevos manejos, terapéutica y así mismo, guías nacionales e internacionales que eran usadas para el manejo de las diversas patologías.

Ha sido una experiencia increíble trabajar en conjunto todo el equipo para poder resolver las emergencias y urgencias que se presentaban durante las guardias diurnas y nocturnas. Es importante recalcar que la experiencia de cada atención con los pacientes fue gratificante cuando se sentían aliviados y/o eran dados de alta; siempre con una sonrisa o unas palabras nos agradecían por las atenciones que tuvimos hacia ellos.

Al llegar la pandemia, el escenario cambió por completo. No todos los internos pudieron retornar a sus labores en los hospitales, un gran porcentaje fue enviado al primer nivel de atención para culminar las prácticas médicas que aun faltaban completar.

La adquisición de conocimiento y experiencias no ha sido equitativa en los diferentes centros de salud dado que durante la situación de emergencia el

número de personal que labora en estos establecimiento disminuyo notablemente motivo por el cual no todos los servicios funcionan como antes.

Hay centros que solo cuentan con la especialidad de medicina general y los casos generalmente son en función a patologías crónicas que acuden por control mensual y entrega de medicamentos. Se perdió en muchos casos la posibilidad de realizar procedimientos en los diferentes servicios; sin embargo la universidad dentro del plan de estudios de clases virtuales ha podido enseñarnos la manera en como se realizarían los procedimientos de manera rutinaria en los hospitales. Por ejemplo, procedimientos en el servicio de medicina como toracocentesis, paracetesis, punción lumbar, colocación de sondas nasogastricas, sondas foley, toma de muestras sanguineas u otros líquidos corporales y en el servicio de ginecología toma de muestra para papanicolau, tacto vaginal, atención de partos, legrados y AMEU

Si bien es cierto uno esperaba encontra mayor diversidad de casos como sucedia en las rotaciones en los hospitales, rotar en el primer nivel nos ha otorgado un tipo de conocimiento diferente tales como el diagnóstico y manejo de algunas patologías más comunes, cuando debemos de referir a un paciente y el llenado de papeles administrativos como la ficha unica de atención (FUA) y registro diario de atención (HIS). Todos estos conocimientos nos serán de mucha ayuda al momento de realizar el Servicio Rural y urbano marginal en salud(SERUMS).

Ha sido una experiencia totalmente diferente donde a pesar de haber perdido muchas oportunidades sin las rotaciones en los hospitales hemos ganado otras destresas en el primer nivel de atención de salud.

CONCLUSIONES

- A pesar de las limitaciones que se presentaron para el internado médico, este se pudo concluir gracias a la reubicación en el primer nivel de atención.
- Realizar rotaciones en los diferentes niveles de atención te permite conocer el panorama de la situación del sector de salud.
- El primer nivel de atención te prepara para el SERUMS en función al manejo de las patologías más frecuentes con las medicinas disponibles en ese nivel. Además de aprender a decidir cuando es necesario realizar una referencia a un centro de mayor complejidad para el tratamiento de patologías más complejas.
- El internado en hospitales nos posibilita tener más oportunidades respecto a la gran diversidad de patología que se presentan tanto en la emergencia como en las hospitalizaciones.
- En hospitalizaciones de los hospitales podemos hacer un seguimiento adecuado de los pacientes, ver la mejoría e incluso también, en ciertos casos la ausencia de esta que nos hace plantearnos diferentes escenarios, si el tratamiento está siendo el correcto o si hemos omitido algo durante nuestro diagnóstico que está generando esta situación lo cual ayuda al desarrollo de la capacidad resolutoria necesaria para la formación de un médico.

RECOMENDACIONES

Es necesario crear leyes de protección hacia la integridad de los internos.

La reincorporación dada la coyuntura fue difícil y lenta debido a la ausencia de leyes a favor al internado médico, no se contaba con un seguro adecuado de salud, no eran considerados dentro de la entrega de equipo de protección ni este era otorgado por las universidades de procedencia.

Se debe de prever también la cantidad de espacios para que todos los internos se puedan desarrollar profesionalmente y sobre todo una regulación por parte de las universidades en los diferentes establecimiento de salud de ver que en la medida de lo posible se pueda completar la malla curricular, en caso no haya posibilidad debido a las limitaciones se debe de programar rotaciones externas, en caso los internos se encuentren en el primer nivel de atención, con la finalidad de que puedan participar activamente en procedimientos y poder tener un mejor aprendizaje de las diferentes aptologías más frecuentes para una correcta formación previa a la realización del SERUMS.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Bibliografía

1. Plantilla [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v13n2/La%20especializacion.htm>
2. Cárdenas A. “No seamos cómplices del abuso”, internos de Medicina rechazan decreto que los coloca de vuelta en los hospitales. La Republica [Internet]. 2020 [citado 30 de mayo de 2021]; Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/2020/08/04/coronavirus-enperu-internos-de-medicina-rechazan-decreto-que-establece-suretorno-a-los-hospitales-ministerio-de-salud-atmp/>
3. El Peruano - Decreto de Urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID -19 - DECRETO DE URGENCIA - N° 090-2020 - PODER EJECUTIVO - DECRETOS DE URGENCIA [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3/>
4. Decreto Supremo N° 044-2020-PCM | Gobierno del Perú [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/pcm/normas-legales/460472-044-2020-pcm>
5. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa - Reseña Histórica [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/resena-historica>

6. Resolución Ministerial 277-2020-DG-HEJCU [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/epidemiologia/sala-situacional/334-rd-n-277-2020-dg-hejcu-asis-2019-i-parte/file>
7. Albitres-Flores Leonardo, Pisfil-Farroñay Yhojar A., Guillen-Macedo Karla, Niño-García Roberto, Alarcon-Ruiz Christopher A.. Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19. Rev. perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2020 Jul [citado 2021 Abr 30] ; 37(3): 504-509. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000300504
8. CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD-RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 546-2011/MINSA [Internet]. [citado 28 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/AtencionFarmaceutica/Categorizacion-UPSS_Farmacia.pdf
9. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes mellitus Tipo 2 en el Primer nivel de atención. [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
10. Resolución Ministerial N° 755-2017-MINSA | Gobierno del Perú [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/188666-755-2017-minsa>
11. Aslan D, Aslan G, Yamazhan M, et al. Síntomas miccionales en el embarazo: una evaluación con puntuación internacional de síntomas de próstata. Gynecol Obstet Invest 2003; 55:46.
12. Infecciones del tracto urinario y bacteriuria asintomática en el embarazo - UpToDate [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=infecci%C3%B3n%20del%20tracto%20urinario%20gestantes&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H253489076

13. Norma Técnica – Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puerperas. [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
14. United Kingdom National Surgical Research Collaborative, Bhangu A. Seguridad de los retrasos breves en el hospital antes de la cirugía para la apendicitis aguda: estudio de cohortes multicéntrico, revisión sistemática y metanálisis. *Ann Surg* 2014; 259: 894.
15. Management of acute appendicitis in adults - UpToDate [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=APENDICITIS&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2975625776

ANEXOS

ANEXO N°1

Tabla N° 3: Evaluación de la deshidratación

PLAN DE TRATAMIENTO	A	B	C
I. OBSERVE:			
1. Estado de Conciencia*	Alerta	Intranquilo, irritable	Letárgico o inconsciente ^(a)
2. Ojos ^(b)	Normales	Hundidos	Muy hundidos y secos
3. Boca y lengua	Húmedas	Secas	Muy secas
4. Lágrimas	Presentes	Escasas	Ausentes
5. Sed*	Bebe normal sin sed	Sediento, bebe rápido y ávidamente	Bebe mal o no es capaz de beber o lactar
II. EXPLORE			
6. Signo del pliegue* ^(c)	Desaparece de inmediato	Desaparece lentamente (menor de 2 segundos)	Desaparece muy lentamente (mayor de 2 segundos)
III. DECIDA:		2 ó más signos	2 ó más signos incluyendo por lo menos un "signo clave"
	Sin signos de deshidratación	Algún grado de deshidratación	Deshidratación grave
IV. TRATE:	Use Plan A	Use Plan B pese a la niña o niño	Use el Plan C pese a la niña o niño

(*) "Signos claves de deshidratación"

(a) La letargia y la somnolencia no son lo mismo. Una niña o niño letárgico no está simplemente adormecido sino que su estado mental está embotado y no se despierta completamente; la niña o el niño parece derivar hacia la inconsciencia.

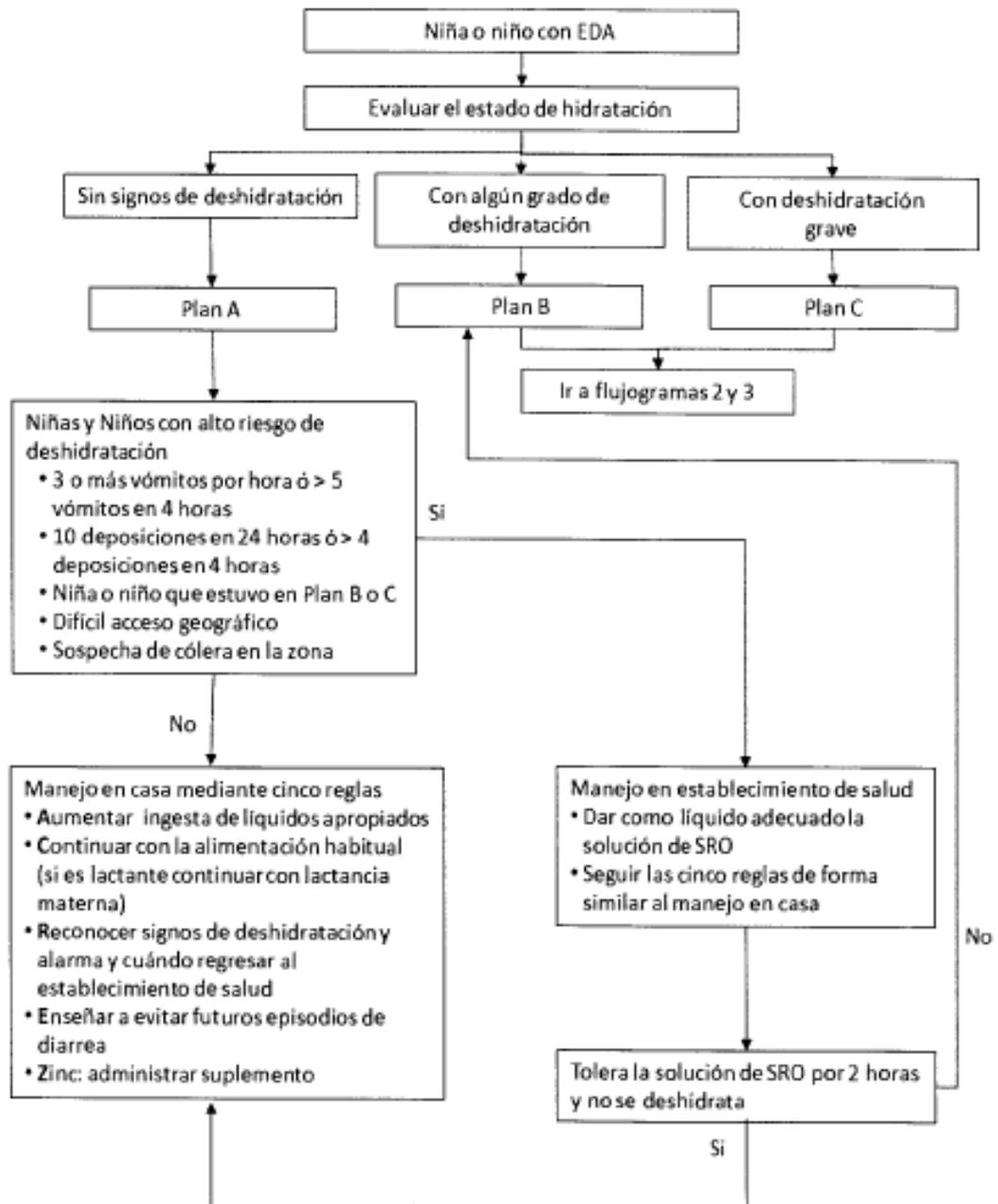
(b) En algunos lactantes, niñas y niños los ojos están normalmente algo hundidos. Es útil preguntarle a la madre si los ojos de la niña o el niño están como siempre o más hundidos de lo normal.

(c) El pliegue cutáneo tiene menos utilidad en los lactantes, niñas o niños con marasmo, kwashiorkor u obesos.

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (2017), adaptado de la referencias bibliográficas^{2,3,4}

ANEXO N°2

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.