



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EL INTERNO DE MEDICINA:
ENTRE EL APRENDIZAJE Y LA ENFERMEDAD**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

**GIULIO ALFIERI CEVALLOS CASTRO
ARNOL FLORENTINO REQUEJO ROJAS**

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

**EL INTERNO DE MEDICINA:
ENTRE EL APRENDIZAJE Y LA ENFERMEDAD**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

GIULIO ALFIERI CEVALLOS CASTRO

ARNOL FLORENTINO REQUEJO ROJAS

ASESORA

DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M.E. María Santibáñez Gutiérrez

Miembro: M.C. Mario Heins León Florián

Miembro: Mg. Yanire Paty Macedo Alfaro

DEDICATORIA

A mis padres, Giuseppina y Pepe, la distancia nos hizo más fuertes, por su entrega durante años y amor incondicional.

A mis nonnos y abuelos, quienes, a pesar de sus predicciones, lograron verme como médico, serán siempre mis primeros pacientes.

Giulio

Dedicatoria a mis padres y hermana, pues sin su apoyo incondicional, su sacrificio y firmeza, cada adversidad que se presentó en el camino habría sido infranqueable, ellos siempre serán la fuente de mi perseverancia.

Arnol

AGRADECIMIENTO

A todos aquellos médicos y enfermeras que cultivan el don del trato humano, para que nunca dejen su vocación y puedan transmitirlo a generaciones futuras, como lo hicieron conmigo, especialmente al Dr Nazario.

Giulio

A todos los doctores con los que he tenido el placer de realizar prácticas, ya que sus guías, consejos y ejemplos, me permitieron desarrollar mi potencial y mejorar en todo sentido.

Arnol

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	2
1.1 Casos clínicos parte 1 (Arnol Requejo)	4
1.1.1 Rotación de Pediatría en CMI Buenos Aires de Villa	
1.1.2 Rotación de Ginecología y Obstetricia en CMI Buenos Aires de Villa	
1.1.3 Rotación de Medicina En CMI Buenos Aires de Villa	
1.1.4 Rotación de Cirugía En CMI Buenos Aires de Villa	
1.2 Casos clínicos parte 2 (Giulio Cevallos)	23
1.2.1 Rotación de Pediatría en CMI Buenos Aires de Villa	
1.2.2 Rotación de Ginecología y Obstetricia en Hospital Vitarte	
1.2.3 Rotación de Cirugía en Clínica Centenario Peruano Japonesa	
1.2.4 Rotación de Medicina en Clínica Centenario Peruano Japonesa y CMI Buenos Aires de Villa	
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	38
2.1 Hospital Luis N. Sáenz – PNP	39
2.2 Clínica Centenario Peruano Japonesa	41
2.3 Hospital Vitarte	44
2.4 Centro Materno Infantil Buenos Aires de Villa	46

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	48
3.1 Resolución de los casos, por Arnol Requejo	48
3.1.1 Rotación de Pediatría en CMI Buenos Aires de Villa	
3.1.2 Rotación de Ginecología y Obstetricia en CMI Buenos Aires de Villa	
3.1.3 Rotación de Medicina En CMI Buenos Aires de Villa	
3.1.4 Rotación de Cirugía En CMI Buenos Aires de Villa	
3.2 Resolución de los casos, por Giulio Cevallos	61
3.2.1 Rotación de Pediatría en CMI Buenos Aires de Villa	
3.2.2 Rotación de Ginecología y Obstetricia en Hospital Vitarte	
3.2.3 Rotación de Cirugía en Clínica Centenario Peruano Japonesa	
3.2.4 Rotación de Medicina en Clínica Centenario Peruano Japonesa y CMI Buenos Aires de Villa	
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	70
4.1 Medicina	70
4.2 Pediatría	71
4.3 Ginecología-Obstetricia	72
4.4 Cirugía	74
CONCLUSIONES	75
RECOMENDACIONES	77
FUENTES DE INFORMACIÓN	78
ANEXOS	83
1. Flujograma de atención de MINSA	84
2. Tabla de dosaje de SRO de MINSA	85
3. Tabla de plan de tratamiento de MINSA	86

RESUMEN

Entre el aprendizaje y la enfermedad es una frase que intenta describir la posición del Interno de Medicina durante la pandemia del COVID-19. Por su naturaleza, le es intrínseco al interno aprender lo más posible, en cada situación habida y por haber; y relacionarse con los pacientes cotidianamente. El mejor salón de clase del estudiante de medicina es un hospital, y el mejor profesor, el paciente. Esta naturaleza del interno, de estar sumergido entre los pasillos y pacientes de un centro de salud, es el mejor caldo de cultivo para un aprendizaje que adhiera en el futuro médico y, lamentablemente, para que adhieran también otras partículas no tan bienvenidas. Es evidente que, de no haberse suspendido el internado médico en gran parte del año 2020, decenas de internos habrían caído ante la enfermedad. Llevada al extremo, esta dicotomía de aprender-o-morir es la que todo interno ha sufrido en algún momento. Y es pues que, el aprendizaje siempre encontrará sus caminos, al igual que el virus, por lo que es responsabilidad personal de cada uno proteger bien su integridad y de su familia. Por un periodo, sobre el cual se espera no se alargue más, la interacción del personal asistencial con sus pacientes, colegas y entorno deberá ser más limitada, con la promesa de volver al tan querido abrazo fraternal.

Aquí se abarcarán estos y otros temas concernientes al desarrollo del Internado Médico y sus reflexiones, por la primera promoción de internos durante la pandemia de COVID-19. Asimismo, temas más específicos al manejo, como casos clínicos y experiencias personales se verán descritas líneas abajo.

ABSTRACT

Between learning and illness is a phrase that attempts to describe the position of the Medical Intern during the COVID-19 pandemic. By its nature, it is intrinsic to the intern to learn as much as possible, and to interact with patients on a daily basis. The best classroom of the medical student is a hospital, and the best teacher, the patient. This nature of the intern, of being submerged between the corridors and patients in a health center, is the best breeding ground for a learning process that adheres to the future physician and, unfortunately, to some other particles not so welcome to the immune system. It is evident that, if the medical internship would not have been suspended during 2020, dozens of students would have fallen to the disease. Taken to the extreme, this dichotomy of learn-or-die is something that every intern has suffered at some point. And it is then, that learning will always find its ways, like the virus, so it is the personal responsibility of every one to protect their integrity and their family well. For a period, which is hoped it will not be prolonged any longer, the interaction of healthcare personnel with their patients, colleagues and environment should be more limited, with the promise of returning to the much-loved fraternal embrace. These and other issues concerning the development of the Medical Internship and its reflections will be covered here, for the first promotion of interns during the COVID-19 pandemic. Likewise, topics more specific to management, such as clinical cases and personal experiences will be described below.

INTRODUCCIÓN

Los autores de este ensayo, Arnol Requejo y Giulio Cevallos, iniciaron su Internado Médico (IM) en el Hospital Luis N. Sáez de la PNP y en la Clínica Centenario Peruano Japonesa, respectivamente, habiendo ingresado ambos luego de competir con otros postulantes, mediante examen y entrevista. En ambas sedes, el IM inició el primer día del año 2020 y fue suspendido a mediados de marzo del mismo año. Desde ese 15 de marzo, momento en que se decretó cuarentena general en toda la nación por la actual pandemia del COVID-19, hasta inicios de octubre del mismo año, la continuidad de nuestro internado todavía no se dilucidaba.

La inducción que se realizó en ambos casos fue enfocada en el conocimiento y reconocimiento de los distintos servicios con los que contaba la institución, se nos instruyó acerca el reglamento interno, de las obligaciones y derechos con los que contaba el interno, además de los horarios y vestimenta necesarios para realizar un adecuado internado.

Asimismo, se realizaron múltiples charlas con respecto a las responsabilidades legales de las instituciones, por lo que la labor del interno con las historias clínicas, un documento médico legal, debía ser lo más pulcra posible.

Se nos hizo reconocer las instancias de reclamo, en caso se incumpla con algún derecho establecido en la ley general de internado. En pocas palabras se nos brindó las herramientas necesarias para poder realizar un internado satisfactorio, productivo y eficiente, sin contratiempos ni problemas que nos impidan adquirir el conocimiento y la confianza que brinda esta etapa.

Durante la pandemia, se vieron distintas falencias en las instituciones, que van desde la falta de equipos de protección personal (EPP) para personal asistencial que está en contacto con pacientes diagnosticados con COVID 19, con distintos niveles de complicaciones y sintomatología, la falta de material básico (termómetros, gasa, equipo de sutura, etc), para la atención de los pacientes, la pobre infraestructura para la adecuada atención (protocolos de seguridad ineficientes, iluminación inadecuada, inseguridad ciudadana). Todo ello se ha visto reflejado en la pobre capacidad de atención que los distintos establecimientos presentaron ante esta pandemia, lo que ocasionó no solo bajas sensibles en la población sino también en el personal de salud.

Pese a todo lo expuesto anteriormente, se han venido realizando esfuerzos casi heroicos para salvaguardar no solo la integridad física y mental de toda la población que busca atención médica, sino también del personal de salud, que aun temeroso de por su salud y la de su familia, antepusieron su vocación de servicio en pro de la salud comunitaria.

Hubo un lapso de casi 7 meses de incertidumbre, donde inicialmente se estuvo en conversaciones con nuestras sedes de origen, instándoles a poder concluir el internado donde lo iniciamos. Sin embargo, ambas sedes docentes se negaron a permitir el retorno, al igual que muchas otras de la capital y del país. Si la pandemia por sí sola no era suficiente para generar el rechazo de los algunos internos a continuar con el Internado Médico, el hecho de no poder volver a las sedes donde ingresaron con esfuerzo ya lo haría definitivo: muchos compañeros de internado decidieron retirarse del mismo, para iniciarlo junto a la promoción venidera.

El 15 de agosto del 2020, se tomó la decisión de que aquellos internos cuyas sedes no habían permitido la continuidad del internado (cerca del 90 % de Interno de las Facultades de medicina de todo el Perú), sí podrían continuar con su internado, pero en centro de salud del Nivel I-3 y I-4, permitiendo de esa manera podamos lograr con el objetivo formativo que plantea las prácticas de internado (1). Este objetivo se está logrando bajo el Decreto de Urgencia N° 090-2020 (2), que establece la reanudación progresiva al internado, durante el cual, de manera excepcional, se les otorgarán los EPP a los internos, asimismo, mientras dure la emergencia

sanitaria, tendrán derecho a un estipendio equivalente y no menor a una remuneración mínima vital de 930 soles (\$258), un seguro de salud y seguro de vida (3).

Se recibió la capacitación por parte de la Universidad de San Martín de Porres. Esta consistió en las bases teóricas del Covid-19: Epidemiología, métodos de contagio, periodo de incubación, manifestaciones clínicas, manejo de pacientes según la norma técnica de salud N160-MINSA/2020. (4).

Por ello, nuestra casa de estudios, mediante la sacrificada labor de la Oficina de Internado Médico y bajo la guía del MINSA, DIRIS y DU, pudo reubicar a los cientos de internos que desearon continuar con el IM, habiendo quedado sin sede docente. A cada interno se le asignó un Establecimiento de Salud del 1er nivel de atención, de ser posible el más cercano a su domicilio.

El hospital Luis N Sáenz – PNP, pertenece las fuerzas policiales, por ello la atención es exclusiva para personal policial ya sea oficiales o suboficiales y sus familiares directos (padres e hijos), debido a esto dicha atención también se condicionada de manera directa al rango que ostentaba el personal atendido.

La Clínica Centenario Peruano Japonesa (CCPJ) es una institución de salud parte de la Asociación Peruano Japonesa, de fondos privados, la cual brinda atención de EMG y Hospitalaria a demanda y bajo empresas aseguradoras. Mantiene presente la comunidad Nikkei y su influencia en la cultura peruana.

En nuestro trabajo de suficiencia profesional se verá plasmado en forma descriptiva las diferentes actividades, funciones y experiencias adquiridas en este año de internado médico que comprende las fechas de enero a marzo del 2020 continuando con el segundo periodo de octubre del 2020 a abril del 2021; cumpliendo las rotaciones respectivas en diferentes consultorios y servicios que competen a la carrera profesional Medicina Humana establecidas por la coordinación de internado médico de la presente universidad (5).

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

Al iniciar la carrera de Medicina Humana hay pocos conceptos claros sobre su desarrollo, y es más turbio aún si el estudiante es el primero en su familia en aventurarse a tan digna profesión. Durante el transcurso del primer año, cuántos se han preguntado, al menos en algún momento ¿Qué son Ciencias Básicas? ¿A qué se refieren con ir a clínica? Y una vez el estudiante avanza en sus ciclos y comprende la arquitectura social de esta carrera, puede distinguir, a lo lejos, una etapa final, llena de mística, orgullo y anhelo: el Internado Médico. Un año con grandes cambios, muchas “primeras veces” y lleno de experiencias que pueden durar una vida. Y en estos años tan atípicos, ¿cómo ha sido la experiencia del Internado Médico?

El Internado Médico (IM) es parte fundamental en el plan de las Universidades y Facultades de Medicina y otras ciencias de la salud del país. Con respecto a la carrera de Medicina Humana, el IM se lleva a cabo durante el séptimo año de la carrera, luego del cual los estudiantes logran su Bachillerato y Titulación como Médicos Cirujanos. Dentro de la carrera médica, la cual se encuentra claramente dividida en “jerarquías” implícitas, es un escalafón anterior al primer desempeño en funciones como médico, usualmente el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS). Asimismo, esta etapa es indispensable para que los estudiantes del último año de la carrera integren y consoliden los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante los ciclos universitarios previos de la carrera (ciencias básicas y prácticas clínicas).

Durante este tiempo se espera que los estudiantes se incorporen por primera vez a los servicios de salud, cual pequeño engranaje que forma parte de un complejo mecanismo. De esta forma, el pequeño engranaje puede desarrollar nuevas competencias prácticas en el terreno de la atención integral de salud individual y colectiva, tomando hasta cierto punto una idea de las responsabilidades del médico y participar en la relación médico-paciente, y en la toma de decisiones: contribuir con su granito de arena en el abultado sistema de salud nacional. Es decir, no solamente forma al aún universitario de una manera meramente académica, sino también le retribuye una sensación de realización médica por primera vez, cuando siente que aporta y que puede sanar.

Para muchos estudiantes es también su primera experiencia laboral, junto a todo lo que esto trae: las relaciones interpersonales, desarrollo de habilidades blandas, comunicacionales. Y algo muy apreciado, pero poco conversado: la camaradería, el trabajo jovial en equipo entre sus congéneres. Ganarse la confianza de sus colegas y maestros, para permitirle desarrollar mejor aún sus habilidades, y reforzar la confianza del interno, es de gran importancia.

Sobre este último punto, el IM siempre se ha realizado en Hospitales, sean del 2do o 3er nivel operativo; sin embargo, debido a la pandemia en curso por el COVID-19, la mayoría de las sedes hospitalarias restringieron el desarrollo de las actividades académicas en sus pabellones. Esto generó que una gran mayoría de internos sean reubicados en Centros de Salud del 1er nivel de atención. Esta reubicación ha suscitado una plétora de cambios cuyo alcance deberá ser estudiado y analizado, y las experiencias deben ser contadas.

1.1 Casos clínicos parte 1 (Arnol Requejo)

1.1.1 Rotación de Pediatría CMI “Buenos Aires de Villa”

Caso 01:

Filiación:

Nombre: M.

Edad: 06 años

Lugar nacimiento: Lima

Fecha de nacimiento: 25/08/2014

Procedencia: Chorrillos

Religión: padres católicos

DNI: xxxxxxxxx

F.A: 02/02/21 – 08.30 am

Forma ingreso: consultorio

Profesión: Profesora (madre)

Anamnesis: indirecta (Madre)

Relato:

Paciente de 6 años acompañado de su madre, la cual refiere que el menor se cae constantemente, además que se percató que hay un desgaste desigual en la planta del zapato del menor. El paciente no refiere ninguna molestia o dolor al caminar.

Funciones biológicas:

Sed: Conservada

Apetito: conservado

Sueño: aumentado

Orina: sin alteraciones

Deposiciones: Consistencia normal, sin alteraciones

Peso: 19 kg.

Talla 115 cm

Antecedentes generales:

Grupo sanguíneo y factor Rh: A+

Hábitos alimentarios: Balanceado, 3 veces al día

Servicios básicos: cuenta con agua, luz, desagüe

Animales domésticos: no refiere

Antecedentes fisiológicos:

Prenatales: CPN 5

Natales: PV, sin complicaciones. Peso al nacer: 3200gr. Talla 48 cm

Lactancia: LM mixta (pecho más fórmula) desde nacimiento hasta la actualidad

Desarrollo psicomotor: adecuados para la Escala Nacional.

Patológicos:

A los 2 años, intoxicación alimentaria, niega hospitalización

Inmunizaciones completas

Niega RAMS

Niega transfusiones, cirugías, accidentes

Hábitos familiares

Padre y madres sanos

Hermanos: mujer de 2 años aparentemente sano

Socioeconómicos

Padre con seguro EsSalud

Nivel socioeconómico medio, vivienda material noble, cuentas con los servicios básicos de luz, agua y desagüe

Examen físico dirigido

SatO₂: 98%

T°: 36.6°C

FC: 97 lpm

FR: 23 rpm

Examen general: Paciente en aparente regular estado general, atento, se relaciona bien con el medio, colabora en la examinación, apariencia no tóxica.

Piel y faneras: piel tibia, elástica e hidratada, llenado capilar <2", no cianosis

Cabeza: Boca, mucosa oral bien hidratada, orofaringe no congestiva. Sin lesiones. Ojos normales, Pupilas CIRLA. Nariz sin aleteo nasal.

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, no se evidencian deformaciones. No dolor a la palpación, no enfisema subcutáneo. MV disminuido pasan bien en ambos campos pulmonares, no sibilancias, no disnea.

Osteomuscular: Ambos pies en pronación, presencia de hiperlaxitud y disminución del arco longitudinal interno en planta del pie, ambos tobillos en valgo, maniobra de Jack (+)

Cardiovascular: RCR buen tono, no soplos, pulsos periféricos presentes

Abdomen: RHA (+), blando y depresible, no distendido, no visceromegalias ni masas

Neurológico: Activo, responde a estímulos. Fuerza motriz conservada, no signos meníngeos.

Caso 02:

Filiación:

Nombre: A R

Edad: 04 años

Lugar nacimiento: Lima

Fecha de nacimiento: 15/06/2017

Procedencia: Chorrillos

Religión: padres católicos

DNI: xxxxxxxxx

F.A: 03/04/21 – 09.30 am

Forma ingreso: consultorio

Profesión: ama de casa (madre)

Anamnesis: indirecta (madre)

Relato:

Paciente femenina de 4 años acompañada de su madre. La madre refiere que su hija presenta “bolitas” en el rostro predominantemente en mejillas y frente, que han ido apareciendo en el último mes. Refiere además que su hija no presenta prurito ni otro malestar agregado.

Funciones biológicas:

Sed: Conservada

Apetito: conservado

Sueño: aumentado

Orina: sin alteraciones

Deposiciones: Consistencia normal, sin alteraciones

Peso: 15 kg.

Talla 100 cm

Antecedentes generales:

Grupo sanguíneo y factor Rh: B+

Hábitos alimentarios: Balanceado, 3 veces al día

Servicios básicos: cuenta con agua, luz, desagüe

Animales domésticos: perro

Antecedentes fisiológicos:

Prenatales: CPN 5

Natales: PV, sin complicaciones. Peso al nacer: 3400gr. Talla 50 cm

Lactancia: LM mixta (pecho más fórmula) desde nacimiento hasta la actualidad

Desarrollo psicomotor: adecuados para la Escala Nacional.

Patológicos:

No refiere antecedentes de ninguna patología

Inmunizaciones completas

Niega RAMS

Niega transfusiones, cirugías, accidentes

Hábitos familiares

Padre y madres sanos

Socioeconómicos

Padre profesor

Madre profesora

Nivel socioeconómico medio, vivienda material noble, cuentas con los servicios básicos de luz, agua y desagüe

Examen físico dirigido

SatO₂: 98%

T°: 36.6°C

FC: 97 lpm

FR: 23 rpm

Examen general: Paciente en aparente regular estado general, atento, se relaciona bien con el medio, no colabora en la examinación, apariencia no tóxica.

Piel y faneras: piel tibia, elástica e hidratada, llenado capilar <2", no cianosis

Cabeza: Boca, mucosa oral bien hidratada, orofaringe no congestiva. Sin lesiones. Ojos normales, Pupilas CIRLA. Nariz sin aleteo nasal.

Cara: presencia de 6 quistes de color blanco/perlado de 1-2 mm de tamaño en mejilla, frente y mentón.

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, no se evidencian deformaciones. No dolor a la palpación, no enfisema subcutáneo. MV disminuido pasan bien en ambos campos pulmonares, no sibilancias, no disnea.

Cardiovascular: RCR buen tono, no soplos, pulsos periféricos presentes

Abdomen: RHA (+), blando y depresible, no distendido, no visceromegalias ni masas

Neurológico: Activo, responde a estímulos. Fuerza motriz conservada, no signos meníngeos.

1.1.2 Rotación de Ginecología en CMI "Buenos Aires de Villa"

Caso 03:

Filiación:

Nombre: A M

Edad: 16 años

Lugar nacimiento: Lima

Fecha de nacimiento: 13/02/2005

Procedencia: Chorrillos

Religión: padres católicos

DNI: xxxxxxxxx

F.A: 04/01/21 – 07.30 am
Forma ingreso: consultorio
Profesión: estudiante
Anamnesis: directa

Relato:

Paciente mujer de 16 años, sexualmente activa, con pareja inestable, con G0P000 y FUR: 02/01/21 acude a consulta por el servicio, refiere molestias al orinar, desde hace dos días, pero sobre todo presencia de “granos” en área vaginal, pruriginosas, que le incomodan al momento de tener relaciones sexuales.

Funciones biológicas:

Sed: Conservada
Apetito: conservado
Sueño: aumentado
Orina: sin alteraciones
Deposiciones: Consistencia normal, sin alteraciones
Peso: 56 kg.
Talla 165 cm

Antecedentes generales:

Grupo sanguíneo y factor Rh: B+
Hábitos alimentarios: Balanceado, 3 veces al día
Servicios básicos: cuenta con agua, luz, desagüe
Animales domésticos: tres canes

Antecedentes fisiológicos:

Prenatales: CPN 6
Natales: PV, sin complicaciones. Peso al nacer: 3200gr. Talla 50 cm
Lactancia: LM mixta (pecho más fórmula) desde nacimiento hasta la actualidad
Menarquia: a los 12 años
Desarrollo psicomotor: adecuados para la Escala Nacional.

Patológicos:

Paciente diagnosticada con DM en tratamiento (no controlado)

Inmunizaciones completas, vacuna bivalente para VPH (no recuerda fecha de vacuna)

Niega RAMS

Niega transfusiones, cirugías, accidentes

Hábitos familiares

Padre y madres sanos

Socioeconómicos

Padre profesor

Madre profesora

Nivel socioeconómico medio, vivienda material noble, cuentas con los servicios básicos de luz, agua y desagüe

Examen físico dirigido

SatO₂: 97%

T°: 36.6°C

FC: 97 lpm

FR: 23 rpm

Examen general: Paciente en aparente regular estado general, atento, se relaciona bien con el medio, colabora en la examinación, apariencia no tóxica.

Piel y faneras: piel tibia, elástica e hidratada, llenado capilar <2", no cianosis

Cabeza: Boca, mucosa oral bien hidratada, orofaringe no congestiva. Sin lesiones. Ojos normales, Pupilas CIRLA. Nariz sin aleteo nasal.

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, no se evidencian deformaciones. No dolor a la palpación, no enfisema subcutáneo. MV disminuido pasan bien en ambos campos pulmonares, no sibilancias, no disnea.

Cardiovascular: RCR buen tono, no soplos, pulsos periféricos presentes

Abdomen: RHA (+), blando y depresible, no distendido, no visceromegalias ni masas

Exploración ginecológica: neoformaciones exofíticas, múltiples, de coloración rosada, con proyecciones filiformes localizadas en la región

anogenital, de tamaño variable, con “aspecto de coliflor”, que ocluyen parcialmente el introito vaginal

Neurológico: Activo, responde a estímulos. Fuerza motriz conservada, no signos meníngeos.

Caso 04:

Filiación:

Nombre: N R

Edad: 12 años

Lugar nacimiento: Lima

Fecha de nacimiento: 11/11/2009

Procedencia: Chorrillos

Religión: padres católicos

DNI: xxxxxxxxx

F.A: 09/04/21 – 10.30 am

Forma ingreso: consultorio

Profesión: estudiante

Anamnesis: indirecta (madre)

Relato

Niña de 12 años acude a consulta con su madre por presentar úlceras genitales y bucales de 12 horas de evolución, acompañado de nódulos en articulaciones interfalángicas de ambas manos. Refiere proceso gripal con fiebre de 39°C y malestar general hace 2 días. Niega haber tenido relaciones sexuales previamente.

Funciones biológicas:

Sed: Conservada

Apetito: disminuido

Sueño: disminuido

Deposiciones: Consistencia normal, sin alteraciones

Peso: 45 kg

Talla 140 cm

Antecedentes generales:

Grupo sanguíneo y factor Rh: A+

Hábitos alimentarios: Balanceado, 3 veces al día

Servicios básicos: cuenta con agua, luz, desagüe

Animales domésticos: tres gatos

Antecedentes fisiológicos:

Prenatales: CPN 6

Natales: PV, sin complicaciones. Peso al nacer: 3200gr. Talla 50 cm

Lactancia: LM mixta (pecho más fórmula) desde nacimiento hasta la actualidad

Menarquia: a los 12 años

Desarrollo psicomotor: adecuados para la Escala Nacional.

Patológicos:

Inmunizaciones completas

Niega RAMS

Niega transfusiones, cirugías, accidentes

Hábitos familiares

Padre y madres sanos

Socioeconómicos

Padre taxista

Madre trabaja en mercado

Nivel socioeconómico medio, vivienda material noble, cuentas con los servicios básicos de luz, agua y desagüe

Examen físico dirigido

SatO₂: 98%

T°: 36.6°C

FC: 96 lpm

FR: 23 rpm

Examen general: Paciente en aparente regular estado general, atento, se relaciona bien con el medio, colabora en la examinación, apariencia no tóxica.

Piel y faneras: piel tibia, elástica e hidratada, llenado capilar <2”, no cianosis

Cabeza: Boca, mucosa oral bien hidratada, orofaringe no congestiva. Sin lesiones. Ojos normales, Pupilas CIRLA. Nariz sin aleteo nasal.

Boca y faringe: aftas dolorosas en lengua y mucosas. No se palpan adenopatías en cuello, región paravertebral, supraclavicular ni axilar

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, no se evidencian deformaciones. No dolor a la palpación, no enfisema subcutáneo. MV disminuido pasan bien en ambos campos pulmonares, no sibilancias, no disnea.

Cardiovascular: RCR buen tono, no soplos, pulsos periféricos presentes

Abdomen: RHA (+), blando y depresible, no distendido, no visceromegalias ni masas

Exploración ginecológica: lesión ulcerada en diana de un centímetro de diámetro muy dolorosa y con borde eritematoso localizada en el labio mayor izquierdo, acompañada de otras dos pequeñas úlceras de pocos milímetros de diámetro, también muy dolorosas y lesiones de rascado. No exudados purulentos

Neurológico: Activo, responde a estímulos. Fuerza motriz conservada, no signos meníngeos.

1.1.3 Rotación de Medicina CMI “Buenos Aires de Villa”

Caso 05

Filiación:

Nombre: G. Z

Edad: 40 años

Lugar nacimiento: Chiclayo

Fecha de nacimiento: 10/05/1981

Procedencia: Chorrillos

DNI: xxxxxxxxx

F.A: 03/04/21 – 09.30 am

Forma ingreso: consultorio

Profesión: vendedora ambulante

Anamnesis: directa

Relato:

Paciente mujer de 40 años refiere que 8 días antes de acudir a emergencia presenta malestar estomacal, sensación de calentura y ardor en la boca del estómago, por lo que tomar una cuchara sopera de Bismuto, el cual calma momentáneamente el malestar, por lo cual no le da más importancia y continua con sus actividades, menciona además la ingesta de paracetamol (de manera diaria) por padecer de migraña. 2 días antes de acudir a emergencia, refiere que el dolor estomacal se incrementa, mencionando que incluso le duele hasta la espalda y siente agruras que no le permiten conciliar el sueño, por lo que decide acudir a emergencia

Funciones biológicas:

Sed: Conservada

Apetito: disminuido

Sueño: aumentado

Orina: sin alteraciones

Deposiciones: Consistencia normal, sin alteraciones

Peso: 89 kg,

Talla 160 cm

Antecedentes generales:

Grupo sanguíneo y factor Rh: B+

Hábitos alimentarios: Inadecuados, no come en horarios establecidos y si lo hace, son comidas elevadas en carbohidratos

Servicios básicos: cuenta con agua, luz, desagüe

Animales domésticos: niega

Antecedentes fisiológicos:

Prenatales: CPN 5

Natales: PV, sin complicaciones. Peso al nacer: 3500gr. Talla 50 cm

Lactancia: LM mixta (pecho más fórmula) desde nacimiento hasta la actualidad

Desarrollo psicomotor: adecuados para la Escala Nacional.

Patológicos:

Refiere sufrir de gastritis, pero no sigue tratamiento adecuado

Inmunizaciones completas

Niega RAMS

Niega transfusiones, cirugías, accidentes

Hábitos familiares

Padre y madres sanos

Socioeconómicos

Nivel socioeconómico bajo, vivienda de esteras, no cuentas con los servicios básicos de luz, agua y desagüe

Examen físico dirigido

SatO₂: 98%

T°: 37.6°C

FC: 95 lpm

FR: 23 rpm

Examen general: Paciente en aparente regular estado general, atento, se relaciona bien con el medio, colabora en la examinación, apariencia no tóxica.

Piel y faneras: piel tibia, elástica e hidratada, llenado capilar <2", no cianosis

Cabeza: Boca, mucosa oral bien hidratada, orofaringe no congestiva. Sin lesiones. Ojos normales, Pupilas CIRLA. Nariz sin aleteo nasal.

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, no se evidencian deformaciones. No dolor a la palpación, no enfisema subcutáneo. MV disminuido pasan bien en ambos campos pulmonares, no sibilancias, no disnea.

Cardiovascular: RCR buen tono, no soplos, pulsos periféricos presentes

Abdomen: RHA (+), blando y depresible, distendido, doloroso a la palpación profunda en epigastrio, no visceromegalia, no masas, no signos peritoneales

Neurológico: Activo, responde a estímulos. Fuerza motriz conservada, no signos meníngeos.

Caso 06**Filiación:**

Nombre: C.C

Edad: 15 años

Lugar nacimiento: Lima

Fecha de nacimiento: 15/06/2006

Procedencia: Chorrillos

Religión: católica

DNI: xxxxxxxxx

F.A: 03/12/20 – 14.30 pm

Forma ingreso: emergencia

Profesión: estudiante

Anamnesis: directa

Relato:

Paciente mujer de 15 años acude a emergencia ya que refiere desde hace 1 semana presenta dolor en hemitórax derecho, refiere que tomó analgésicos, pero el dolor no remitió, asociado a ello refiere haber presentado tos productiva sin lograr expectorar. Así mismo refiere SAT no cuantificada en días previos, refiere presentar además sudoración nocturna.

Funciones biológicas:

Sed: Conservada

Apetito: disminuido

Sueño: aumentado

Orina: sin alteraciones

Deposiciones: Consistencia normal, sin alteraciones

Peso: 52 kg,

Talla 162 cm

Antecedentes generales:

Grupo sanguíneo y factor Rh: B+

Hábitos alimentarios: Inadecuados, no come en horarios establecidos

Servicios básicos: cuenta con agua, luz, desagüe

Animales domésticos: un gato

Antecedentes fisiológicos:

Prenatales: CPN 6

Natales: PV, sin complicaciones. Peso al nacer: 3200gr. Talla 50 cm

Lactancia: LM mixta (pecho más fórmula) desde nacimiento hasta la actualidad

Desarrollo psicomotor: adecuados para la Escala Nacional.

Patológicos:

Niega

Inmunizaciones completas

Niega RAMS

Niega transfusiones, cirugías, accidentes

Hábitos familiares

Hermana: antecedente de TBC pleural (hace 10 años)

Hermano: antecedente de TBC pulmonar (hace 10 años)

Socioeconómicos

Nivel socioeconómico bajo, vivienda de esteras, no cuenta con los servicios básicos de luz, agua y desagüe, vive con sus hermanos

Examen físico dirigido

SatO₂: 98%

T°: 36.6°C

FC: 102 lpm

FR: 23 rpm

Examen general: Paciente en aparente regular estado general, atento, se relaciona bien con el medio, colabora en la examinación, apariencia no tóxica.

Piel y faneras: piel tibia, elástica e hidratada, llenado capilar <2", no cianosis

Cabeza: Boca, mucosa oral bien hidratada, orofaringe no congestiva. Sin lesiones. Ojos normales, Pupilas CIRLA. Nariz sin aleteo nasal.

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, Murmullo vesicular pasa bien en hemitórax izquierdo, se auscultan crépitos en tercio medio de hemitórax derecho

Cardiovascular: RCR buen tono, no soplos, pulsos periféricos presentes

Abdomen: RHA (+), blando y depresible, distendido, doloroso a la palpación profunda en epigastrio, no visceromegalia, no masas, no signos peritoneales

Neurológico: Activo, responde a estímulos. Fuerza motriz conservada, no signos meníngeos.

1.1.4 Rotación de Cirugía CMI “Buenos Aires de Villa”

Caso 07

Filiación:

Nombre: S.C

Edad: 32 años

Lugar nacimiento: Lima

Fecha de nacimiento: 15/06/1989

Procedencia: Chorrillos Religión: católica

DNI: xxxxxxxxx

F.A: 01/02/21 – 12.30 pm

Forma ingreso: emergencia

Profesión: ama de casa

Anamnesis: directa

Relato:

Paciente mujer de 32 años, con antecedente de litiasis vesicular acude por dolor abdominal de alta intensidad (10/10) en epigastrio e hipocondrio derecho, asociado a náuseas y vómitos. Paciente refiere que el dolor apareció luego de una comida abundante (parrillada)

Funciones biológicas:

Sed: Conservada

Apetito: disminuido

Sueño: aumentado

Orina: sin alteraciones

Deposiciones: Consistencia semilíquidas, niega moco, niega sangre

Peso: 100 kg,

Talla 160 cm

IMC: 39.06

Antecedentes generales:

Grupo sanguíneo y factor Rh: A-

Hábitos alimentarios: inadecuados, alimentos ricos en carbohidratos y grasas, no horarios establecidos

Servicios básicos: cuenta con agua, luz, desagüe

Animales domésticos: niega

Antecedentes fisiológicos:

Prenatales: CPN 5

Natales: PV, sin complicaciones. Peso al nacer: 4200gr. Talla 50 cm

Lactancia: LM mixta (pecho más fórmula) desde nacimiento hasta la actualidad

Desarrollo psicomotor: adecuados para la Escala Nacional.

Patológicos:

Antecedente de litiasis vesicular hace 2 años, intervención quirúrgica realizada en Hospital María Auxiliadora: colecistectomía.

Inmunizaciones completas

Niega RAMS

Niega accidentes y otras patologías.

Hábitos familiares

Padre y madre hipertensos

Socioeconómicos

Esposo trabaja en municipalidad de Chorrillos

Nivel socioeconómico medio bajo, vivienda material noble, cuentas con los servicios básicos de luz, agua y desagüe

Examen físico dirigido

SatO₂: 99%

T^a: 36.6°C

FC: 104lpm

PA: 130/90

Examen general: Paciente en aparente regular estado general, presenta dificultad para movilizarse por el dolor, atenta, se relaciona bien con el medio, colabora en la examinación, apariencia no tóxica.

Piel y faneras: piel tibia, elástica e hidratada, llenado capilar <2", no cianosis

Cabeza: Boca, mucosa oral bien hidratada, orofaringe no congestiva. Sin lesiones. Ojos normales, Pupilas CIRLA. Nariz sin aleteo nasal.

Cara: fascie dolorosa.

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, no se evidencian deformaciones. No dolor a la palpación, no enfisema subcutáneo. MV disminuido pasan bien en ambos campos pulmonares, no sibilancias, no disnea.

Cardiovascular: RCR buen tono, no soplos, pulsos periféricos presentes

Abdomen: RHA (+), blando/depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, Murphy (+), no evidencia signos peritoneales

Neurológico: Activo, responde a estímulos. Fuerza motriz conservada, no signos meníngeos.

Caso 08

Filiación:

Nombre: S.C

Edad: 45 años

Lugar nacimiento: Lima

Fecha de nacimiento: 15/06/1989

Procedencia: Chorrillos

Religión: católica

DNI: xxxxxxxxx

F.A: 01/02/21 – 12.30 pm

Forma ingreso: emergencia

Profesión: taxista

Anamnesis: directa

Relato:

Paciente varón de 45 años refiere que 3 días antes de acudir a emergencia, presenta dolor en mesogastrio, de intensidad leve. El día de ayer por la tarde el dolor se desplaza al epigástrico con leve intensidad, por la noche, el dolor aumenta y se irradia a fosa iliaca derecha, se agrega nauseas e hiporexia, decide aplicarse en una farmacia una inyección de diclofenaco, cede el dolor. 1 hora antes de acudir a Emergencia, presenta 2 episodios de vómitos, dolor abdominal de gran intensidad a determinados movimientos y al caminar.

Funciones biológicas:

Sed: disminuida

Apetito: disminuido

Sueño: aumentado

Orina: sin alteraciones

Deposiciones: Consistencia semilíquidas, niega moco, niega sangre

Peso: 80 kg,

Talla 161 cm

Antecedentes generales:

Grupo sanguíneo y factor Rh: O+

Hábitos alimentarios: no tiene horario establecido, alimentos ricos en carbohidratos y grasas.

Servicios básicos: cuenta con agua, luz, desagüe

Animales domésticos: niega

Antecedentes fisiológicos:

Prenatales: CPN 6

Natales: PV, sin complicaciones. Peso al nacer: 4400gr. Talla 50 cm

Lactancia: LM mixta (pecho más fórmula) desde nacimiento

Desarrollo psicomotor: adecuados para la Escala Nacional

Patológicos:

Antecedente de gastritis hace 1 año

Inmunizaciones completas

Niega RAMS

Niega accidentes y otras patologías.

Hábitos familiares

Padre y madre diabéticos

Socioeconómicos

Esposa trabaja como profesora

Nivel socioeconómico medio, vivienda material noble, cuentas con los servicios básicos de luz, agua y desagüe

Examen físico dirigido

SatO₂: 98%

T^a: 37.2°C

FC: 102lpm

PA: 120/90

Examen general: Paciente en aparente regular estado general, presenta dificultad para moverse por el dolor, atento, se relaciona bien con el medio, colabora en la examinación, apariencia no tóxica.

Piel y faneras: piel tibia, elástica e hidratada, llenado capilar <2", no cianosis

Cabeza: Boca, mucosa oral bien hidratada, orofaringe no congestiva. Sin lesiones. Ojos normales, Pupilas CIRLA. Nariz sin aleteo nasal.

Cara: fascie dolorosa.

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, no se evidencian deformaciones. No dolor a la palpación, no enfisema subcutáneo. MV disminuido pasan bien en ambos campos pulmonares, no sibilancias, no disnea.

Cardiovascular: RCR buen tono, no soplos, pulsos periféricos presentes

Abdomen: RHA (+), abdomen blando, no masas, no cambios de coloración en piel, ruidos hidroaéreos disminuidos, dolor a la percusión y palpación superficial-profunda, MC Burney (+), Blumberg (+), signos de psoas (+)

Neurológico: Activo, responde a estímulos. Fuerza motriz conservada, no signos meníngeos.

1.2 Casos clínicos parte 2 (Giulio Cevallos)

1.2.1 Rotación de Pediatría en CMI “Buenos Aires De Villa”

Caso 9

Filiación:

Nombre: T J

Edad: 03 años

Lugar nacimiento: Pisco

Fecha de nacimiento: 28/09/2017

Procedencia: Chorrillos

Religión: padres católicos

DNI: xxxxxxxxx

F.A: 14/01/21 – 11.30 am

Forma ingreso: consultorio

Profesión: Ama de casa (madre)

Anamnesis: indirecta (Madre)

Enfermedad Actual:

Tiempo de enfermedad: 5 días. Forma de inicio: insidioso. Curso: progresivo. Síntomas principales: fiebre, malestar general

La madre del paciente refiere que hace 5 días, su hijo presentó episodio de tos (no productiva) que fue aumentando día a día, asociado a fiebre 38-38.5 °C hace 4 días. Hace 3 días la tos se torna más frecuente y fuerte, pero sin llegar a causar vómitos. Hace 2 días presentó fiebre 39 °C por lo que madre le administra paracetamol encontrando leve mejoría. Hace 1 día madre nota que paciente estuvo más agitado, y con leve hiporexia a sólidos. Sí tolera bien líquidos y semisólidos. El día de ingreso la madre nota que hijo se encuentra más agitado y algo somnoliento.

Funciones biológicas

Sed: Disminuida

Apetito: disminuido,

Sueño: aumentado

Orina: sin alteraciones

Deposiciones: Consistencia normal, sin alteraciones

Peso: 15 kg,

Talla 95 cm

Antecedentes generales:

Grupo sanguíneo y factor Rh: B+

Hábitos alimentarios: Balanceado, 3 veces al día, a voluntad

Servicios básicos: cuenta con agua, luz, desagüe

Animales domésticos: un can

Antecedentes fisiológicos:

Prenatales: CPN 6

Natales: PV, sin complicaciones. Peso al nacer: 3400gr. Talla 50 cm

Lactancia: LM mixta (pecho más fórmula) desde nacimiento hasta la actualidad

Desarrollo psicomotor: CC 3m, sentado sin ayuda 6m, de pies 10m, camina 12m, primeras palabras 10m, actualmente habla y se relaciona adecuadamente

Patológicos:

A los 10 meses, nebulizado por lo cual estuvo en EMG por 24 horas

Inmunizaciones incompletas, últimas vacunas de los 12 meses

Niega RAMS

Niega transfusiones, cirugías, accidentes

Hábitos familiares

Padre y madres sanos

Hermanos: varón de 4 años aparentemente sano y mujer de 7 años con antecedentes de uso de salbutamol en inhalador desde los 4 años de manera ocasional

Vecino con antecedente de TBC

Socioeconómicos

Padre con EsSalud

Nivel socioeconómico medio bajo, vivienda material noble, cuentas con los servicios básicos de luz, agua y desagüe

Examen físico y funciones vitales

T: 38.5 ° C

FC: 124 lpm

FR: 42 rpm

SatO2: 95%

Examen general: Paciente en aparente regular estado general, atento, se relaciona bien con el medio, pero no colabora en la examinación, apariencia no tóxica.

Piel y faneras: piel tibia, elástica e hidratada, llenado capilar <2", no cianosis

Cabeza: Boca, mucosa oral bien hidratada, orofaringe no congestiva. sin lesiones. Ojos normales, Pupilas CIRLA. Nariz sin aleteo nasal.

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, leve retracción intercostal. No se evidencian deformaciones. No dolor a la palpación, no enfisema subcutáneo. Matidez en 1/3 superior de hemitórax derecho. MV disminuido en tercio superior de hemitórax derecho, se auscultan crépitos en hemitórax derecho, no sibilancias, no disnea.

CV: RCR buen tono, no soplos, pulsos periféricos presentes

ABD: RHA (+), blando y depresible, no distendido, no visceromegalias ni masas

NEURO: Somnoliento, movimiento activo, coordinado, pero lento. Fuerza motriz conservada, no signos meníngeos.

Caso 10

Filiación:

Nombre: ALP

Edad: 11 meses

Lugar nacimiento: Lima

Fecha de nacimiento: 10/08/2019

Procedencia: Chorrillos

Religión: padres católicos

DNI: xxxxxxxxxxx

F.A: 12/02/2021

Forma ingreso: EMG
Acompañante: Madre
Anamnesis: indirecta (Madre)

Enfermedad Actual:

Tiempo de enfermedad: 16 horas. Forma de inicio: brusco. Curso: progresivo. Síntomas principales: vómitos y diarrea
Madre refiere que su hija presentó vómitos en cantidad de 10, desde hace 16 horas, presentando intolerancia a líquidos (sopa y lactancia). Último vómito hace 35 minutos. Asimismo, refiere deposiciones líquidas desde hace 10 horas, 8 en total, de consistencia líquida, sin moco ni sangre, la última hace 1 hora. Niega tos, fiebre o síntomas respiratorios. Niega uso de medicamentos. Niega caso similar en algún miembro del hogar.

Funciones biológicas

Sed: aumentada, bebe rápido
Apetito: disminuido,
Sueño: alterado, refieren quejas y llanto toda la madrugada
Orina: en poca cantidad y concentrada
Deposiciones: de inicio semilíquidas, luego líquidas, solo acuosas.
Peso: 8 kg, madre refiere que lo ve más delgado que ayer
Talla 70 cm

Antecedentes:

Prenatales: G4 P4004, CPN: 5, Embarazo de 39 semanas
Natales: parto eutócico a término. APGAR sin recordar, alta conjunta. Peso al nacer 2700 g
Post natales: lactancia materna desde el nacimiento. Ablactancia desde los 5 meses. Vacunas hasta los 6 meses completas.
Patológicos: episodios aislados de diarreas a los 6 y 8 meses, manejo en casa. Episodio de tos y fiebre hace un mes. Nunca nebulizado ni hospitalizado. Niega RAMs o alergias.
Familiares: madre de 27 años, quien es ama de casa y aparenta buena salud. 3 hermanos mayores aparentemente sanos, con quienes viven.

Generales: Vivienda de material noble, 3 habitaciones y un solo baño, donde viven 8 personas en total. No crianza de animales

Epidemiológicos: no viajes fuera de Lima en los últimos meses. Familiares sin síntomas de enfermedades actualmente.

Examen físico

Funciones vitales: Fc: 170 LPM, FR 48 RPM, T: 36. SatO2 no medible, PA no medible.

Examen general: Aparente regular estado general. Moderada palidez, tiempo de relleno capilar: 3 segundos, signo del pliegue positivo (2 segundos)

Antropometría: peso 7 kg, talla 70 cm

Cara: ojos hundidos, pocas lágrimas, mucosa oral seca.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular normal, no estertores

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de intensidad disminuida, no soplos, pulsos periféricos normales.

Abdomen: globuloso, RHA ausentes, blando depresible, no doloroso, timpánico a la percusión, no visceromegalia.

Neurológico: muy irritable, Escala Glasgow 11 (AO 3, RV 3, RM 5). No signos meníngeos ni focalización. Pupilas isocóricas, normo reactivas.

Fontanela impresiona deprimida.

1.2.2 Rotación de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Vitarte

Caso 11

Filiación:

Nombre: JMP

Edad: 26 años

Lugar nacimiento: Lima

Fecha de nacimiento: 16/09/95

F.A: 11/12/2020

Forma ingreso: EMG

Acompañante: padre

Anamnesis: mixta

Enfermedad Actual:

Tiempo de enfermedad: 2 horas. Forma de inicio: brusco. Curso: progresivo. Síntomas principales: hemorragia uterina anormal, dolor, diaforesis

Paciente acude en silla de ruedas traída por padre, refiriendo abundante sangrado vaginal desde hace 2 horas, de inicio leve que fue tornándose más fuerte bruscamente, acompañado de dolor en bajo vientre 7/10. Asimismo, refiere haber acudido a centro de dudosa procedencia donde le practicaron aborto con instrumentación y toma de pastillas, de origen desconocido para ella. La paciente nos comunica que ha realizado este mismo procedimiento otras veces, sin haber sufrido ningún inconveniente. Refiere FUR de 3/10/2020.

Funciones biológicas:

Sed: aumentada,

Apetito: disminuido

Sueño: adecuado

Orina: en poca cantidad

Deposiciones: sin alteración

Peso: 53 kg

Talla 165 cm

Antecedentes:

Ginecológicos: menarquia 12 años; ciclo menstrual alrededor de 27 días.

Métodos anticonceptivos: solo usa anticonceptivo oral de emergencia.

FUR: 3/10/20202

Obstétricos: G6 P1051, CPN: 0. G1: 2010 a los 16 años, eutrófico sin alteraciones. G2 a G6 todos abortos inducidos con uso de fármacos cuyo nombre desconoce y en 2 ocasiones con equipo quirúrgico, en locales de dudosa procedencia.

Perinatales: no recuerda

Patológicos: Niega. Niega RAMs o alergias.

Familiares: niega

Generales: Vivienda de material noble, 2 habitaciones y un baño, donde viven 4 personas. No crianza de animales

Epidemiológicos: no viajes fuera de Lima en los últimos meses. Familiares sin síntomas de enfermedades actualmente.

Examen físico

Acude en silla de ruedas; se aprecian vestimenta inferior empapada en sangre, así como el asiento de la silla.

Funciones vitales: Fc 110, FR 48, T: 36.4 SatO2 98%, 95/60.

Examen general: Aparente regular estado general. Leve palidez, tiempo de relleno capilar: 1 segundos, impresiona leve diaforesis

Antropometría: peso 53 kg, talla 165 cm

Cara: Ojos CIRLA, mucosa oral húmeda.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular normal, no estertores

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de intensidad elevada, no soplos, pulsos periféricos normales.

Abdomen: no distendido, blando depresible, doloroso en mitad inferior a predominio de hipogastrio, no visceromegalia.

Neurológico: irritable, Escala Glasgow 15. No signos meníngicos ni focalización. Pupilas isocóricas, normo reactivas.

Caso 12

Filiación:

Nombre: DCF

Edad: 17 años

Lugar nacimiento: Lima

Fecha de nacimiento: 10/08/2003

Procedencia: Chorrillos

DNI: xxxxxxxxxxx

F.A: 10/11/2020

Forma ingreso: consultorio de ginecología

Acompañante: Madre

Anamnesis: mixta

Enfermedad Actual:

Tiempo de enfermedad: 3 meses. Forma de inicio: insidioso. Curso: estacionario. Síntomas principales: amenorrea e hirsutismo

Paciente fémina acude con su madre a consultorio de Ginecología, refiriendo que presenta menstruación irregular: desde hace 3 meses no menstrua y su última menstruación duró 7 días. Además, refiere aumento de vello facial y en espalda y pecho, en los últimos 2 meses.

Funciones biológicas:

Sed: sin alteración

Apetito: disminuido,

Sueño: adecuado

Orina: sin alteración

Deposiciones: adecuadas

Peso: 88 kg,

Talla 166 cm

Antecedentes:

Perinatales: no refiere

Patológicos: niega

Familiares: niega

Generales: Vivienda de material noble, 2 habitaciones y un baño, donde viven 4. No crianza de animales

Epidemiológicos: no viajes fuera de Lima en los últimos meses. Familiares sin síntomas de enfermedades actualmente.

Examen físico

Funciones vitales: Fc: 70, FR 18, T: 36.4 SatO2 99, PA 110/65.

Examen general: Aparente regular estado general, AREH. AMEN

Antropometría: peso 88 kg, talla 166 cm

Cara: hirsutismo central presencia de vello delgado, oscuro en línea media.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular normal, no estertores. Vello en línea media pectoral, poca cantidad, oscuro

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de intensidad adecuada, no soplos, pulsos periféricos normales.

Abdomen: globuloso, RHA ausentes, blando depresible, no doloroso, timpánico a la percusión, no visceromegalia. Panículo adiposo aumentado.

Neurológico: LOTEPE, Escala Glasgow 15. No signos meníngeos ni focalización. Pupilas isocóricas, normo reactivas.

1.2.3 Rotación de Cirugía en Clínica Centenario Peruano Japonesa

Caso 13

Filiación:

Nombre: CECB

Edad: 83 años

Lugar nacimiento: Lima

Procedencia: Miraflores

DNI: xxxxxxxxxxx

F.I: 08/02/2021

Forma ingreso: EMG

Acompañante: Esposa

Anamnesis: directa

Enfermedad Actual:

Tiempo de enfermedad: 1 semana. Forma de inicio: insidioso. Curso: progresivo. Síntomas principales: dolor, incomodidad al sentarse

Paciente acude a EMG refiriendo presentar enrojecimiento y aumento de volumen en región glútea bilateral y perineal, desde hace 1 semana siendo más marcada e incómoda. Refiere haber sentido leve incomodidad al sentarse desde hace un mes, y aumento del dolor durante las deposiciones.

Funciones biológicas:

Sed: normal

Apetito: conservado

Sueño: alterado, refiere no poder dormir cómodamente

Orina: normal

Deposiciones: muy dolorosas por inflamación perineal

Peso: 78

Talla 175 cm

Antecedentes:

Perinatales: no recuerda

Patológicos: colocación de marcapaso por "bradicardia".

Familiares: hermana sufrió cáncer de mama

Generales: Vivienda de material noble en Miraflores

Epidemiológicos: no viajes fuera de Luma en los últimos meses. Familiares sin síntomas de enfermedades actualmente.

Examen físico

Funciones vitales: Fc: 75LPM, FR 18 RPM, T: 36. SatO2 no medible, PA no medible.

Examen general: Aparente regular estado general, aparente regular estado hídrico, aparente regular estado nutricional. Facies álgica, tiempo de relleno capilar: 2 segundos,

Antropometría: peso 78 kg, talla 175 cm

Cara: leve palidez. Mucosas de adecuada hidratación

Tórax y pulmones: murmullo vesicular normal, no estertores

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de intensidad adecuada, no soplos, pulsos periféricos normales.

Abdomen: Blando y depresible, RHA ++, no doloroso, timpánico a la percusión, no visceromegalia.

Neurológico: Lúcido, orientado en tiempo espacio y persona, Escala Glasgow 15. No signos meníngeos ni focalización. Pupilas isocóricas, normo reactivas.

Ano-rectal: eritema perianal marcado y masa palpable dolorosa a ambos lados del orificio anal, a 4 cm por ambos lados. Asimismo, se aprecia moderado aumento de volumen y eritema, con flogosis en glúteos a nivel de ambos isquiones. Escroto normal.

Caso 14

Filiación:

Nombre: TMD

Edad: 78 años

Lugar nacimiento: Madre de Dios

Procedencia: Madre de Dios

DNI: xxxxxxxxxxxx

F.A: 16/02/2020

Forma ingreso: consultorio externo

Acompañante: Hijos

Anamnesis: mixta

Enfermedad Actual:

Tiempo de enfermedad: 6 meses. Forma de inicio: insidiosa. Curso: progresivo. Síntomas principales: intolerancia a líquidos, dolor abdominal. Paciente acude desde consultorio externo para cirugía programada, junto a sus hijos. El paciente refiere que desde 6 meses antes del ingreso, presenta dolores abdominales epigástricos vagos, los cuales se han hecho más severos y constantes recientemente; asimismo, 5 meses antes del ingreso notó pérdida de peso considerable respecto a su normalidad, la cual ha continuado en aumento (16 kg de peso en 6 meses al momento actual). Desde 4 meses antes del ingreso refiere presentar intolerancia a sólidos, presentando náusea y vómitos al ingerirlos, síntoma que empeora paulatinamente hasta hace un mes, cuando la intolerancia es a líquidos. El paciente refiere astenia desde hace 3 meses, que le dificulta realizar sus actividades diarias.

Funciones biológicas: Sed: aumentada

Apetito: ausente

Sueño: alterado, dolor abdominal dificulta descansar

Orina: en bajo volumen

Deposiciones: líquidas, escasas

Peso: 48 kg (hace 1 mes)

Talla 166 cm

Antecedentes:

Perinatales: no recuerda

Patológicos: Hiperplasia benigna prostática hace 2 años. Niega hospitalizaciones previas, niega cirugías. Niega HTA, DM2, asma. Niega RAMs o alergias.

Familiares: esposa fallecida de cáncer de pulmón, exposición a biomasa por >70 años.

Generales: Vivienda de material artesanal, 4 habitaciones y un baño, donde viven 6 personas, cuenta con servicios básicos. Crianza de animales de granja (sajino, gallinas).

Nivel socioeconómico: C. No cuenta con seguro.

Epidemiológicos: radica en un poblado en Madre de Dios.

Examen físico

Funciones vitales: Fc: 66 LPM, FR 20 RPM, T: 36,6 SatO2 97%, PA 110/70.

Examen general: Aparente mal estado general, caquexia, pobre masa muscular y tejido graso, tiempo de relleno capilar: 3 segundos

Antropometría: peso 42 kg, talla 166 cm

Cara: ojos hundidos, mucosa oral seca hidratada. Surcos de expresión muy marcados. Facies caquética.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular normal, no estertores

Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de intensidad disminuida, no soplos, pulsos periféricos normales.

Abdomen: muy excavado, RHA ++, blando y depresible, doloroso difuso a la palpación, a predominio mesogástrico, matidez mesogástrica a la percusión, no visceromegalia.

Neurológico: Lúcido, orientado en tiempo espacio y persona, Escala Glasgow 15. No signos meníngeos ni focalización. Pupilas isocóricas, normo reactivas.

1.2.4 MEDICINA EN CLÍNICA CENTENARIO Y EN BUENOS AIRES

Caso 15

(Continuación del caso N° 6, paciente TMD)

23/02/2020

El paciente ingresa a UCI de la CCPJ el 23/02/2020, cama 501.

Examen físico:

FC 98 lpm, FR 18, PA 102/49, PAM 62, Sat 93%, Fio2 0.32.

SNC: impresiona dormido, pero despierta al llamado, con tendencia al sueño. Obedece órdenes. Escala de Glasgow: 14

Piel: pálida, tibia, mucosas secas, llenado capilar de 3s.

Tórax y pulmones: MV pasa disminuido en ambos campos, escasos ronos en bases. Paciente con cánula binasal.

CV: RC rítmicos, regulares. IY (-).

Abdomen: blando depresible, doloroso a la palpación a predominio de hemiabdomen derecho, dren Penrose con secreción serohemática, RHA alejados.

Diagnósticos

Sepsis: descartar punto de partida abdominal vs respiratorio

Disfunción renal aguda oligúrica

PO3 PO3 de gastrectomía radical subtotal distal + gastro-entero anastomosis + entero-entero anastomosis por NM gástrica

Hipoglicemia

Caso 16

Filiación:

Nombre: RTC

Edad: 26 años

Lugar nacimiento: Lima

Procedencia: Chorrillos

Religión: padres católicos

DNI: xxxxxxxxxx

F.A: 12/02/2021

Forma ingreso: EMG

Acompañante: hermana

Anamnesis: mixta

Enfermedad Actual:

Tiempo de enfermedad: 20 horas. Forma de inicio: brusco. Curso: progresivo. Síntomas principales: somnolencia, irritabilidad, hipercinesia
Paciente acude a EMG con hermana, con aparente tremor en miembros superiores, refiriendo encontrarse así desde hace 1 día, con mucha irritabilidad nocturna; astenia y fatiga diurnas. Durante el interrogatorio, la hermana del paciente nos informa que, en su casa, todos los familiares (3 hermanos, incluyendo familiar) son adictos a clonazepam desde hace más de 10 años, fármaco que consiguen buscando de farmacia en farmacia hasta encontrar una que les venda. Nos refieren que tienen fuente de ingreso informal como limpiavidrios y pidiendo limosna durante el día para poder comprar pastillas; no realizan otras actividades. El paciente nos refiere que consumen 4 clonazepam al día desde hace 10 años aproximadamente, sin embargo, desde hace una semana menciona que “ya no me hace efecto”, con intentos fallidos por controlar el uso del fármaco. Por ello refiere que 1 día antes del ingreso acude a farmacia donde le aplican inyectable IM para “calmarse”, el cual desconoce. Asimismo, el paciente y familiar suplican por administración de “calmante a la vena”. Paciente mal informante y no se comunica con veracidad.

Funciones biológicas

Sed: aumentada

Apetito: disminuido

Sueño: alterado, refiere pensamientos intrusivos a la hora de dormir, irritabilidad, intranquilidad. Se duerme a partir de las 3 am por estos motivos.

Orina: en poca cantidad

Deposiciones: estreñimiento

Peso: 59 kg

Antecedentes:

Perinatales: no recuerda

Patológicos: refiere diagnóstico de psiquiatría que no recuerda hace más de 10 años, cuando le recetaron clonazepam 1 vez al día, no volvió a asistir a control.

Familiares: 2 hermanos mayores, según refiere la hermana adictos a clonazepam y pasta básica de cocaína. Trabajos informales

Generales: Vivienda artesanal, 1 habitación y un solo baño, donde viven 3 personas en total. No crianza de animales

Epidemiológicos: no viajes fuera de Lima en los últimos meses. Familiares sin síntomas de enfermedades actualmente.

Examen físico

Funciones vitales: Fc: 113, FR 18, T: 36.6. SatO2 96%, PA 100/65.

Examen general: Aparente regular estado general. Moderada palidez, tiempo de relleno capilar: 1 segundo. Impresiona diaforético.

Antropometría: peso 59 kg, talla 165 cm

Cara: facies ansiosa, diaforética.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular normal, no estertores

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de intensidad alta, no soplos, pulsos periféricos normales.

Abdomen: RHA ausentes, blando depresible, no doloroso, timpánico a la percusión, no visceromegalia.

Musculo esquelético: rigidez a la flexión pasiva, tremor de MMSS.

Neurológico: muy irritable y ansioso. Pobre concentración. Habla entrecortada, impresiona dificultad para relatar episodios.

Escala Glasgow 15. No signos meníngeos ni focalización. Pupilas isocóricas, normo reactivas.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado de medicina humana constituye un período de prácticas médicas de 12 meses en donde el estudiante de medicina se capacita para desarrollar actividades de promoción, prevención y actividades asistenciales para la preparación del futuro profesional.

Debido a la pandemia del COVID-19, el internado de medicina 2020-2021 se desarrolló en dos partes: Sede hospitalaria y Centro de salud de Atención Primaria.

En la tabla a continuación se grafica el orden de las rotaciones de los internos autores.

	Enero a marzo 2020	a Noviembre a diciembre 2020	Enero a marzo 2021	a Marzo a abril 2021
Arnol Requejo	Pediatría en Hospital PNP	Ginecología- Obstetricia en BAV	Medicina en BAV	Cirugía en BAV
Giulio Cevallos	Cirugía en Clínica Centenario Peruano Japonesa	Gineco- Obstetricia en BAV y Hospital Vitarte	Pediatría en BAV	Medicina en BAV

2.1 Hospital Luis N. Sáenz – PNP

El inicio del internado, de enero a marzo 2020, fue llevado a cabo por uno de los internos en el “Hospital Luis N. Sáenz – PNP”, cuyo nivel de atención es III – 2, que hasta aquel momento contaba con 95 consultorios externos, 507 camas de Hospitalización, 40 camas de emergencia, 5 quirófanos y un helipuerto, destinado a la atención de miembros pertenecientes a la Policía Nacional y sus derechohabientes que son cerca de 400 mil personas (7). Las rotaciones en estos centros hospitalarios duraron 2 meses y medio debido a la pandemia.

En el “Hospital Luis N. Sáenz – PNP” la rotación de pediatría consistía en asistencia diaria, de las 7 a las 13 horas, con excepción de los días en que se cumplía con horario de “retén”, el cual se daba 1 vez por semana, donde 2 internos del servicio se incorporaban por la tarde de las 14 a las 17 horas, para la vigilancia y apoyo en el servicio. Además, se realizaban guardias diurnas y nocturnas de 12 horas en emergencia (sumando un total de 8 guardias al mes).

Las prácticas preprofesionales en la sede hospitalaria estuvieron supervisadas y evaluadas constantemente por los médicos jefes del servicio y residentes, además de ellos se realizaba actividades académicas de discusiones de casos clínicos, ya sean patologías de difícil diagnóstico vistas durante la semana o enfermedades comunes de manejo diario. Con lo cual se complementaba la actividad formativa en dicha institución.

Servicio de Pediatría.

El Hospital Luis N. Sáenz, perteneciente a las fuerzas policiales del Perú, por ende, la atención que se brindaba era exclusiva para hijos de personal policial ya sea oficiales o suboficiales; se divide en 8 áreas, en los cuales se atendía a recién nacidos y niños hasta los 14 años, todo servicio brindado bajo la supervisión de jefe de servicio, asistentes médicos y residentes correspondientes a la especialidad.

El servicio de pediatría cuenta con su propia área de emergencia, área de hospitalización de niños de entre 2 y 14 años (denominada “Escolares”),

área de atención y hospitalización de recién nacidos, área de hospitalización para niños menores de 2 años (denominada “Lactantes”), cirugía pediátrica, sala de aislamiento, Uci pediátrica y servicio de Consultorio. La rotación de pediatría se imparte por 3 meses, siendo estos divididos por la misma sede hospitalaria entre los 6 servicios, donde por cada servicio rotaban un máximo de 3 internos, sin tomar en cuenta Emergencia pues era requisito cumplir con las guardias, donde por cada guardia se contaba con 2 internos.

En los meses como interno del servicio de pediatría roté por las distintas áreas:

Área de Escolares: el cual constaba de 16 camas para la hospitalización de niños entre los 5 y 14 años, donde la función del interno consistía en la elaboración de las evoluciones clínicas diarias de cada paciente, la presentación de cada paciente del área para la opinión de los distintos médicos y asistentes que concurrían en sus guardias diarias, el control del cumplimiento de las indicaciones dadas por la distintas áreas a las que se les solicitaba su opinión para los pacientes del servicio y del estar presente en los informes que estos servicios daban sobre los pacientes, además del traslado, en caso sea necesario, de los pacientes hacia instituciones de mayor especialización.

Área de Lactantes: se contaba con 10 camas, el interno estaba encargado de las evoluciones diarias, además del continuo monitoreo de los pacientes, ya que, al ser todos menores de 2 años, requerían la máxima atención prestada.

Área de consultorio: el interno rotante de dicha área se encargaba de la evaluación física del paciente, la anamnesis y planteo de posibles diagnósticos. Además de monitoreo de vacunas, enfermedades previas y de ser necesario la inscripción para que cuente con el seguro policial.

Área de Cirugía pediátrica: contaba con 16 camas donde el interno además de la evolución diaria de las historias clínicas de los pacientes estaba encargado también de la preparación preoperatoria y cuidados posoperatorios, que incluían curaciones y monitoreo.

Área de UCI pediátrica: contaba con 4 camas, el interno estaba encargado de la evolución y monitoreo diario, además de dar soporte antes una contingencia que pueda surgir, puesto que los pacientes hospitalizados en dicha área eran pacientes cuyo estado de salud representaba riesgo de vida constante

Área de aislamiento: el interno estaba encargado de la evolución diaria y del control de signos vitales de los pacientes hospitalizados en dichas áreas, cuyas enfermedades concurrían un peligro infecto contagioso para otros pacientes o eran pacientes inmunocomprometidos

Área de neonatología: el servicio contaba con 12 cunas incubadoras, totalmente funcionales, donde se mantenía a los recién nacidos cuyo estado de salud lo ameritaba. Se atendía al recién nacido desde su nacimiento, sus periodos de adaptación y control hasta el momento en que se les daba de alta en conjunto con el alta materno. De requerirse de hospitalización por alguna patología, se le permitía estar en el servicio hasta ser estabilizado para su posterior internamiento en el área de lactantes.

Área de emergencia: el interno estaba encargado de la evaluación inicial, toma de signos vitales, anamnesis, estabilización del paciente, traslado a distintas áreas para su evaluación, planteo de diagnóstico y vigilancia de la evolución de estado de salud del paciente. De ser necesario la hospitalización del paciente, el interno estaba encargado de todo lo necesario para dicho fin.

2.2 Clínica Centenario Peruano Japonesa

La CCPJ, formando parte del APJ, es una institución donde se siente la presencia de los valores, tradiciones nikkei. Esto se ve representado en un muy buen ambiente laboral, con relaciones laborales cálidas y siempre profesionales. Es una clínica privada que cuenta con la mayoría de los servicios bajo alta demanda en el sector privado: Cirugía, Hospitalización, Pediatría, Gineco Obstetricia, Hematología, Unidad de Diálisis, y subespecialidades de cada una. En cuanto a hospitalización, cuenta con alrededor de 80 camas de hospitalización (divididas en Medicina, Cirugía, Ginecología y Pediatría, a grandes rasgos); así como alberga 8 camas UCI

y 12 UCIM. En tanto cirugía, cuenta con 4 quirófanos capaces de operar en paralelo. De la misma forma, tiene un Centro Obstétrico para las pacientes parturientas. En el área de Emergencia, hay 16 camas de observación para adultos y 8 pediátricas. Con respecto a consultorios externos, tiene un rango de 30 a 50 operando al mismo tiempo (8).

Existían 9 internos en total, 2 de cada rotación excepto Medicina, que contaba con 3 internas. Se realizaban múltiples charlas y actividades académicas, al menos 2 veces a la semana. Estas incluían charlas de Salud Ocupacional, Medicina Legal, cursos de RCP básico y avanzado, curso de Radiología Clínica, las cuales eran obligatorias y muy apreciadas por el internado. Se realizaban exposiciones de casos clínicos semanales. El interno quien redacta este ensayo, durante su rotación en la CCPJ, trabajó principalmente en las áreas de Cirugía y Emergencia, con periodos cortos en Centro Obstétrico y UCI, áreas que serán descritas a continuación.

Cirugía

La rotación en Cirugía constaba principalmente del manejo hospitalario de los pacientes post operados, aprovechando cada oportunidad de acudir al quirófano (1 vez al día, mínimo). Los internos tenían que evolucionar diariamente a los pacientes post operados, con tiempo suficiente como para luego poder pasar visita con el cirujano a cargo de cada paciente. En esta visita se toma nota de las actualizaciones de diagnóstico, RP, condición de alta y otros, para actualizar la historia clínica y así reportar con enfermería para que se efectivicen los cambios.

En su gran mayoría, el servicio estaba formado por cirugías electivas, siendo las más comunes con estancia hospitalaria: apendicectomía, colecistectomía y traumatología. Las cirugías ambulatorias también muy frecuentes, entre las que se encontraban escisiones quirúrgicas de nevus, quiste pilonidal, rinoplastia, y demás del género.

No obstante, al ser comunes, estas no necesariamente eran las que el interno encontraba más interesantes, en comparación con casos quirúrgicos, por así decirlo, especiales que trajeron enseñanza a posteridad. Estos son, por ejemplo, un caso de una joven quien sufrió

quemaduras en 60% de miembros inferiores, habiéndose realizado un autoinjerto de piel fallido en una oportunidad anterior, por lo que acude mediante el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva para una nueva intervención, de la cual el interno tuvo la suerte de participar como asistente único del cirujano plástico, siendo esta una experiencia de gran aprendizaje.

Otro caso inolvidable de esta rotación es el de una colecistectomía, donde el interno participó en el corte del colon con la grapadora circular y lineal. Asimismo, el monitoreo postoperatorio de ambos pacientes y su reporte con los cirujanos a cargo fueron llevados a cabo por el interno.

Sin embargo, estos momentos que son los que más capturan la atención, realmente distraen de los dos verdaderos aprendizajes para la vida: el crecimiento y estima de la relación entre alumno y maestros, los mayores quienes nos guiaron con mucha paciencia, consejos y ejemplos de profesionalismo, guiándonos de la mano cuando era necesario. Y con los médicos más jóvenes, con quienes se empatizaba más directamente, esa sensación de camaradería, y pertenecer a un grupo de trabajo funcional, donde uno aporta y recibe sobremanera. Y el otro aprendizaje de vida: el sentimiento de retribución emocional, intelectual, de ver a los pacientes luego de estar intubados, en una cirugía compleja de largas horas, con días en UCI, finalmente volver a su cama de hospitalización y verlos caminar nuevamente, de la mano de sus familiares, saber que pueden alimentarse y, obviamente, ocuparse de sus necesidades, como no habían podido hacerlo durante meses. Ser partícipe de esa recuperación es un sentimiento sin comparación.

Emergencia General

Se coloca el título de Emergencia General porque durante las guardias (que eran 8 veces al mes), sean diurnas o nocturnas, el único interno de turno tenía la responsabilidad de realizar las hospitalizaciones que se hacían desde Emergencia Pediátrica, Emergencia Adultos, Centro Obstétrico y Traumatología y, asimismo, realizar las curaciones, cambios de bolsa de colostomía, y similares, de pacientes hospitalizados. Estas guardias, principalmente cuando nocturnas ya que no se contaba con ningún otro

cointerno de apoyo, podían ser bastante ajetreadas y desgastantes, pero adrenalínicas. Esa responsabilidad dista mucho de la parte estimada y regocijante de las tareas diarias en la rotación de cirugía. Además, aprender lo que uno realmente deseaba, estar en tópicos de cirugía, por ejemplo, habría significado una acumulación impertinente de hospitalizaciones por hacer, con las consiguientes llamadas de atención de los médicos de piso y la inevitable desvelada.

Centro Obstétrico

Aquí era el punto de observación y control de las pacientes prontas a dar a luz, a cargo de médicos gineco obstetras y las licenciadas en obstetricia. Durante el día, las labores de este centro pertenecían al interno rotando en Ginecología y Obstetricia; pero durante la noche, pertenecían al interno. Al ubicarse en el piso 4, y emergencia en el 1, las llamadas constantes nocturnas al interno de emergencia podían generar más carreras que usos del ascensor.

UCI

Los pacientes intervenidos quirúrgicamente de operaciones mayores y con comorbilidades o adultos mayores, eran trasladados directamente a UCI luego de la cirugía. Por ello era labor de los internos de Cirugía, durante nuestras evoluciones diarias para la posterior visita con los médicos, acudir a UCI a evolucionar a los pacientes post operados.

2.3 Hospital Vitarte

El Hospital Vitarte, ubicado en la Av. Nicolas Ayllón 5880 – ATE, tiene 61 años, inició sus funciones como Posta Médica, luego Centro de Salud, y finalmente un proyecto para Hospital Vitarte, siendo en la actualidad un Hospital de Categoría II – 2. Su población referencial en el 2013 fue alrededor de medio millón de habitantes, en su mayoría del distrito de Ate. Las principales causas de mortalidad en Ate en el periodo 2010-2014 fueron neoplasias malignas, influenza-neumonía y diabetes mellitus. Por otro lado, las principales morbilidades por consulta externa en el 2018 fueron las colelitiasis, trastornos de la nariz y dorsalgias. El centro de

referencia para la atención en el nivel III son el Hospital Hipólito Unanue, y el Hospital Emergencia Ate Vitarte para casos COVID-19 (9).

En el ámbito asistencial, el hospital cuenta con los servicios de: Enfermería, Medicina, Cirugía y Anestesiología, Pediatría, Gineco y Obstetricia, Emergencia, Apoyo al Diagnóstico, Consulta Externa y Hospitalización.

A inicio del 2020, este hospital fue una de las sedes donde los IM podían escoger para realizar su internado médico durante dicho año, y fue así hasta el 15 de marzo, cuando por la pandemia actual de COVID-19 se restringió el ámbito académico en todos los hospitales del Estado. Este hospital no permitió el regreso de sus internos iniciales de forma regular cuando las actividades académicas se reanudaron en los meses de octubre y noviembre del 2020. Sin embargo, sí ofreció la posibilidad de que los internos que se encuentran desarrollando su internado en Centros de Salud del primer nivel de atención, puedan rotar por el hospital en Pediatría, Medicina, Cirugía o Ginecología-Obstetricia. Por ello, uno de los internos autores, que se encontraba rotando en el CMI Buenos Aires de Villa, se presentó para la rotación de Ginecología y Obstetricia, durante 1 mes.

Si bien en un Centro de Salud del primer nivel de atención hay falencias, deficiencias de materiales, personal, infraestructura y similares, cuando las hay en un Hospital, estas son más evidentes. Comenzando por la zona circundante, ubicado en las primeras cuadras de la Carretera Central, la cual se encontraba en total bloqueo por la construcción de las estaciones del Metro 2 de Lima, entre la inmensa polvareda, desorden automovilístico, e informalidad local, la zona era un caos. El camino de entrada y salida del hospital no lo sería menos. Una vez dentro, es perceptible la tugurización, el hecho que haya sido una Posta Médica es evidente, por la pequeñez de sus áreas de hospitalización y atención en general. Sumado a esto, los cuidados que un personal de salud debe tener durante la actual pandemia, el uso de mascarillas, respiradores, protector facial, mameluco y bata desechable, introducían mayor dificultad al desarrollo de las actividades y a la comodidad.

En un espacio menor a 2 x 4 metros, se podían encontrar tres camas con pacientes parturientas, a la espera de la dilatación adecuada, con una sala de partos donde solo se puede recibir un parto, difícilmente dos, a la vez. En el área contigua de Hospitalización de Obstetricia, el espacio era mayor, de 8 x 8 metros, donde cabían 8 pacientes más. Para llegar a esta área de hospitalización, se encuentra un ancho pasadizo, el cual está también institucionalizado con 4 a 5 camas más. En total, sumado otros ambientes anexos adaptados, cuenta con 21 camas de obstetricia, 3 en sala de partos, 2 para parturientas y 6 para ginecología. El área de Neonatología se encontraba próxima, a quienes se llamaba antes de cada parto.

El arribo al hospital de los internos para iniciar la rotación de Ginecología – obstetricia fue el mismo día de la llegada de los nuevos residentes de primeros años de Ginecología. Como es de esperarse, los tres nuevos aspirantes a Ginecólogos estarían tan desubicados como los aspirantes a Médicos Cirujanos. Con ellos, se llevó un proceso de aprendizaje paralelo; los residentes rápidamente fueron encargados con responsabilidades bastante grandes, quienes básicamente estaban a cargo del día a día con los pacientes. Y los internos realizábamos las evoluciones, presentación durante visita médica, correr exámenes, interconsultas y demás pendientes. Este grupo novel recibió reprimendas de los residentes de años mayores en más de una oportunidad; sin embargo, la relación entre todos siempre fue muy amical y actualmente apreciada.

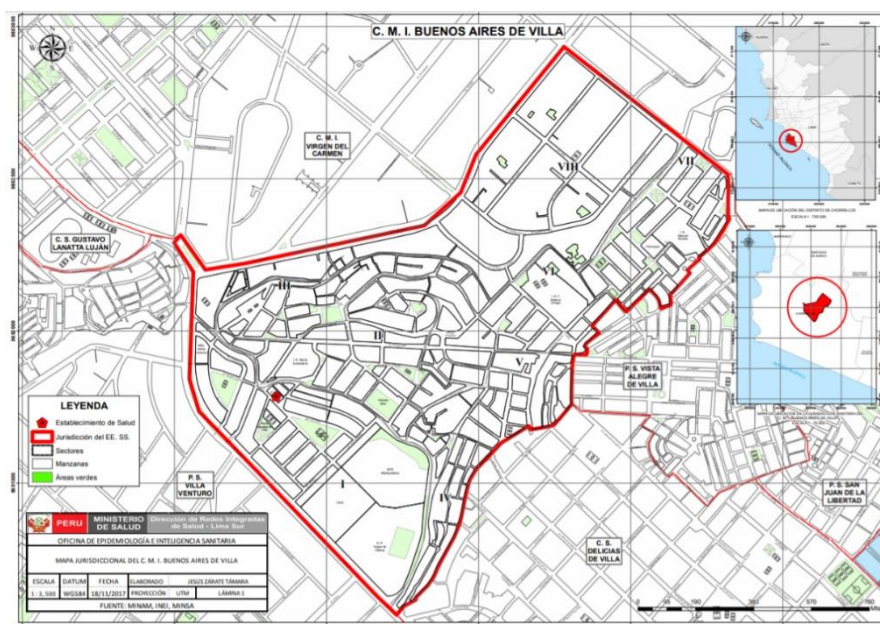
2.4 Centro Materno Infantil Buenos Aires de Villa

En octubre del 2020 por el Decreto de Urgencia N°090-2020, que establece medidas excepcionales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID-19, se reanudó el internado en el Centro Materno Infantil Buenos Aires de Villa de DIRIS Lima Sur, en los servicios de Ginecología y Obstetricia, Medicina, Cirugía y Pediatría. Las rotaciones fueron estipuladas por el documento técnico “Lineamientos para la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del decreto de urgencia N° 090-2020”, además de señalar que el centro de salud debe proveer al interno

equipo de protección personal para poder realizar sus actividades y un estipendio mínimo mensual.

Las rotaciones se realizaron bajo un régimen de 15 días de asistencia continúa seguidos de 15 días de descanso, en horario de 8 am. A 2 pm. De lunes a sábado más dos guardias al mes de 8 am a 7 pm, bajo la supervisión de un tutor designado por la universidad.

El Centro Materno Infantil (CMI) Buenos Aires de Villa (BAV) es de categoría I – 4, se ubica en el cruce de las calles con 15 de octubre en la Asociación Pro-Navidad de Villa. El centro de referencia para la atención en el nivel III es el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, y para casos de COVID-19, el Hospital de Emergencia de Villa El Salvador (10).



El centro cuenta con servicios de Medicina, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Emergencia, Psiquiatría, Psicología, Asistencia Social y Enfermería.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Resolución de los casos, por Arnol Requejo

3.1.1 Rotación de Pediatría en el CMI “Buenos Aires De Villa”

Caso 01

Impresión diagnóstica

Pie Plano Valgo

De acuerdo con el Diagnostico planteado, en el centro de salud basó su tratamiento en la Resolución Directoral N° 223 del INSN – San Borja/2018, en el cual sugieren:

Plan de Trabajo

Exámenes Auxiliares

Radiografía de ambos pies

Terapéutica

Ejercicios de fortalecimiento muscular (flexión y extensión del pie)

Hielo después de actividades extenuantes

Ortesis plantares

Ibuprofeno (susp) 6.3ml cada 8hrs (Si hubiera presencia de dolor)

Evolución/ Control

Referencia: control por Traumatología con resultados de rayos x, en el Hospital María Auxiliadora

El manejo recomendado según Clínica Mayo y UpToDate es:

Soportes para el arco (dispositivos ortopédicos). Los soportes para el arco que pueden ayudar a aliviar el dolor que causa el pie plano. O bien, el

médico podría sugerir soportes para el arco diseñados a medida, que se moldean según el contorno de tus pies. Los soportes para el arco no curan el pie plano, pero a menudo reducen los síntomas (11).

Férula nocturna para la modificación de los dedos

Ortesis para mejorar el soporte y alineación

Ejercicios de estiramiento.

Modificación de calzado: el calzado con un buen soporte estructural puede ser más cómodo que las sandalias o los zapatos con poco soporte.

Fisioterapia.

Cirugía

La cirugía no se realiza solo para corregir el pie plano. No obstante, podrían hacerte una cirugía por un problema relacionado, como un desgarro o una rotura de tendón que empeoren la sintomatología del paciente.

Como se puede observar el tratamiento es muy similar, puesto que las medidas que se toman en su mayoría son de calidad de vida y evitar que la patología cause incomodidad en la vida diaria.

Caso 02:

Impresión diagnóstica

Miliaria Cristalina

Plan de Trabajo

Solución de Burow (preparar: 1cda de solución + 5cdas de Agua) Aplicar en toques 3 veces al día por 05 días.

Ácido fusídico 2% (mañana y noche) por 05 días.

Tener buena higiene, minimizar el calor y retirar ropa mojada (cambiar contantemente).

Evolución/ Control

Evaluación en 7 días, después de acabar el tratamiento.

Según la Guía UpToDate el tratamiento es el siguiente:

Tratamiento:

No se necesita ningún tratamiento específico. Las lesiones en general se resuelven rápidamente cuando se coloca al bebé en un ambiente más fresco con medidas asociadas para reducir la sudoración, como ropa ligera y holgada y baños fríos.

Realizar medidas preventivas evitando sudoración excesiva, fricción y el uso de jabones e irritantes de la piel.

Este manejo contrasta en el uso de Solución de Burow y ácido fusídico, que viene a ser un manejo en base a la experiencia del médico tratante, puesto que no solo mejora la sensación de prurito en el niño, sino también evitar que la lesión se extienda, genere complicación y por ende una nueva visita al centro de salud, lo cual, bajo el contexto de pandemia, solo implica más riesgo para el paciente y su madre (12,13).

3.1.2 Rotación de Ginecología y Obstetricia En CMI “Buenos Aires De Villa”**Caso 03****Impresión diagnóstica**

Condilomatosis acuminata

D/C Condilomas planos por sífilis

Plan de Trabajo

S/S Examen VDRL: 50

S/S PAP y Biopsia: negativos

Se trabajó de acuerdo con lo estipulado en Resolución Directoral N° 982 – 2013 del Hospital Cayetano Heredia

Terapéutica:

Podofilotoxina (crema 0.15% o solución 0.5%) se aplica cada 12 horas, 3 días consecutivos y descansar 4 ciclos. El área tratada no debe ser mayor a 10 cm³.

Imiquimod (crema 5%) se aplica en las lesiones 3 noches la semana antes de ir a dormir, lavándola por la mañana, repetir hasta desaparecer las lesiones o por un máximo de 16 semanas

Evitar tener relaciones sexuales

Evolución/ Control

Reevaluar en 15 días, de no haber mejoría, se le derivará al Hospital María Auxiliadora, para ser evaluada por el servicio de Ginecología y Obstetricia. Según la guía de UpToDate, se maneja de la siguiente manera:

Terapia médica: hay dos categorías amplias de terapia médica: las que destruyen directamente el tejido de la verruga (terapias citodestructivas) y las que funcionan a través del sistema inmunológico del paciente para eliminar la verruga (terapias inmunomediadas).

Terapias citodestructivas

Podofilotoxina: contiene el compuesto biológicamente activo de la resina de podofilina. Con un hisopo de algodón, el paciente aplica un gel o una solución al 0,5 por ciento a las verrugas genitales externas dos veces al día durante tres días consecutivos. No se deben aplicar más de 0,5 ml de podofilina al día. Luego, suspende el tratamiento durante cuatro días y repite este ciclo semanalmente hasta cuatro veces. Las áreas grandes (10 cm² o más) no deben tratarse en una sola aplicación porque es probable que se presente dolor cuando el área se vuelve necrótica (14, 15).

Resina de Podophyllum es una resina de origen vegetal que bloquea la división celular en la metafase y conduce a la muerte celular. El médico o paciente aplica una solución al 25 por ciento directamente sobre las verrugas con un hisopo de algodón (o un dispositivo similar). No se deben aplicar más de 0,5 ml durante cada sesión de tratamiento y no se deben tratar áreas grandes (10 cm² o más) en una sola aplicación debido al dolor potencial cuando el área se vuelve necrótica. El área debe secarse al aire antes de que el paciente se vista.

A diferencia de la podofilotoxina, se han documentado la absorción sistémica y la toxicidad. Se debe usar una solución más débil (10 por ciento)

cuando se tratan verrugas grandes para minimizar la absorción sistémica total, y se debe evitar la aplicación en lesiones / heridas abiertas.

Le indicamos al paciente que se lave el área de una a cuatro horas después de la aplicación del medicamento, de lo contrario puede ocurrir una irritación excesiva de la piel y una absorción sistémica. El tratamiento se repite semanalmente durante cuatro a seis semanas, o hasta que las lesiones hayan desaparecido. Los efectos adversos van desde una leve irritación de la piel hasta ulceración y dolor, según la concentración utilizada y el tiempo que permanece en la piel.

Terapias inmunomediadas: El imiquimod y el interferón tópico pueden autoadministrarse; El interferón inyectable se administra en el consultorio. La experiencia con estos agentes es más limitada que con otras terapias médicas.

Imiquimod: es un agonista del receptor 7 de tipo toll, que actúa como un modificador de la respuesta inmunitaria positiva y estimula la inducción de citocinas locales. El tratamiento tópico de las verrugas aumenta la producción local de interferón y reduce la carga del virus del papiloma humano (VPH). Hay dos formulaciones disponibles, Aldara (5 por ciento de imiquimod) y Zyclara (3,75 por ciento de imiquimod), para el tratamiento de las verrugas genitales externas, pero los fabricantes no recomiendan la administración vaginal.

No hay información suficiente sobre la seguridad del imiquimod durante el embarazo; Los estudios en animales sugieren que esta terapia es de bajo riesgo, pero se debe evitar el uso de imiquimod durante el embarazo hasta que se disponga de más datos

La elección entre las dos formulaciones debe basarse en la preferencia, el costo y la conveniencia del paciente. No hay datos comparativos disponibles entre los dos regímenes de dosificación.

Se recomienda lavarse las manos antes y después de la aplicación de la crema. El paciente aplica la crema de imiquimod directamente sobre el tejido verrugoso seco y limpio a la hora de acostarse, frotándolo hasta que la crema ya no sea visible; esta área se lava con agua y jabón suave de 6 a 10 horas después.

Debe evitarse el contacto sexual mientras la crema está sobre la piel. La crema puede debilitar los condones y los diafragmas.

Aldara se aplica tres días a la semana (Inter diarios), durante un máximo de 16 semanas. Zyclara se aplica a diario durante un máximo de 8 semanas. Debe producirse una reacción inflamatoria local leve (eritema, induración, ulceración / erosión, picazón, ardor, vesículas), que es una señal de que el medicamento está funcionando. Por lo general, no es tan grave como para excluir un tratamiento posterior. Si ocurre una inflamación severa, se debe suspender el uso del medicamento hasta que la inflamación desaparezca y luego se puede reiniciar con una frecuencia más baja.

Entre el 40 y el 50 por ciento de las mujeres tendrán una eliminación completa de las verrugas y la mayoría del resto tendrá una eliminación parcial, pero hasta el 30 por ciento experimentará una recurrencia dentro de las 12 semanas.

Interferones: tienen efectos antivirales, anti proliferativos e inmunoestimulantes, lo que teóricamente los convierte en un agente ideal para el tratamiento de las verrugas anogenitales. El interferón alfa y beta se han administrado como terapia sistémica (inyección intramuscular), tópicamente y como inyección subcutánea intralesional. Los ensayos aleatorizados controlados con placebo generalmente han encontrado que la terapia intralesional es más efectiva, mientras que la evidencia de la eficacia de la terapia sistémica y tópica ha sido inconsistente

Se administra una inyección intralesional de 0,5 a 1,5 millones de unidades internacionales por lesión de dos a tres veces por semana durante un máximo de tres semanas. El curso de la terapia se puede repetir de 12 a 16 semanas desde el tratamiento inicial. Se recomienda anestesia local. Los pacientes que reciben interferones por cualquier vía suelen experimentar síntomas similares a los de la gripe, fatiga, anorexia y dolor local.

Dada la frecuencia de efectos secundarios molestos, las tasas variables de efectividad y la inconveniencia de la administración, no usamos interferón para el tratamiento primario de las verrugas anogenitales. El interferón se

puede utilizar como terapia complementaria a los tratamientos quirúrgicos y citodestructivos, especialmente en pacientes con lesiones refractarias.

Los interferones están contraindicados durante el embarazo.

Comparando el tratamiento administrado en el centro de salud, con el recomendando por la guía UpToDate, notamos que se encuentra dentro de los tratamientos recomendados, no solo por la accesibilidad al medicamento, sino por el método de aplicación (personal), lo cual permitirá una mejor adhesión. No se puede manejar la opción de tratamiento quirúrgico por no estar contemplados dentro de las opciones del centro de salud.

Caso 04

Impresión diagnóstica

Úlcera vulvar de Lipschütz

D/C Papiloma virus

D/C Herpes virus

D/C Condilomas planos por sífilis

D/C Haemophilus ducreyi

D/C VIH

Plan de Trabajo

S/S Cultivo del exudado de la úlcera para Haemophilus ducreyi y herpes virus negativos.

S/S Cultivo del exudado vaginal negativo.

S/S Serología negativa para LUES, Hepatitis y VIH: negativo

S/S PAP y Biopsia: negativos

Terapéutica:

Amoxicilina 500mg 1 comprimido cada 8 horas 7 días.

Mupirocina pomada local 1 aplicación cada 8 horas.

Solución de lidocaína 2% condicional al dolor

Evolución/ Control

Se vuelve a citar a los 8 días refiriendo encontrarse mejor y con la completa desaparición de las úlceras bucales y genitales.

De acuerdo con UpToDate el manejo es el siguiente:

Se pueden usar baños de asiento con agua tibia simple para una limpieza suave y desbridamiento de úlceras.

También se puede usar una ducha de mano o una botella con atomizador. Los anestésicos tópicos, como la solución viscosa de lidocaína al 2% o la pomada al 5%, se pueden usar según sea necesario para aliviar temporalmente el dolor. Dado que la disuria externa puede ser grave, puede resultar útil el uso de anestésicos tópicos antes de la micción (16, 17).

Se pueden administrar analgésicos orales, como acetaminofén, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y narcóticos, para el dolor que no se controla con anestésicos tópicos. Los pacientes con dolor intenso y retención urinaria secundaria pueden requerir hospitalización para drenaje vesical con catéter y analgesia parenteral.

Los corticosteroides tópicos o sistémicos pueden ser útiles para reducir la inflamación y el dolor.

El tratamiento coincide en su mayoría, de acuerdo con la guía presentada, exceptuando la administración de amoxicilina, la cual se administró en preventivo en una posible reinfección.

3.1.3 Rotación de Medicina en CMI “Buenos Aires De Villa”

Caso 5

Impresión diagnóstica

Gastritis aguda

D/C ulcera gástrica

D/C enfermedad reflujo gastroesofágico

Plan de Trabajo

Exámenes Auxiliares

S/S Endoscopia con biopsia

S/S Hemograma

Terapéutica no farmacológica:

Dieta que no incluya alimentos irritantes como café, gaseosa, guisos, ají, cebolla, chocolate, leche. Etc.

Dieta blanda durante 1 semana

Cambio en hábitos alimenticios, dieta balanceada y a horario establecido

Farmacológica:

Omeprazol 20 mg cada 24 horas, 30 min antes de desayuno

Bismuto Subcitrato 120 mg cada 6h

Tetraciclina 500 mg cada 6h

Amoxicilina 1g cada 12 horas

Todo lo anterior por 14 días

Evolución/ Control

Evaluación con resultados de endoscopia y biopsia (para confirmar la presencia de *H. pylori*) y al terminar el tratamiento luego de 14 días

El tratamiento se ha planteado siguiendo la Resolución Directoral 350 – 2017, del Hospital CAYETANO HEREDIA, en la cual menciona que, de acuerdo con estudios realizados en Perú, en los que muestran alta resistencia a metronidazol y fluoroquinolonas, por lo tanto, se prefiere el uso de la terapia cuádruple con bismuto o adicionar bismuto a la terapia triple con fluoroquinolona (18, 19).

Caso 6

Impresión diagnóstica

Sd. Dolor torácico:

TBC

D/C Neumonía

D/C COVID

D/C VIH

Sd. Anémico

Plan de Trabajo

Exámenes Auxiliares

Hemograma completo

Hematies: 4 040 000

Leucocitos: 10 870

Hb: 11.4

Segmentados: 84%

Linfocitos 12%

Prueba para VIH: negativo

BK en esputo

Muestra 1: negativa

Muestra 2: positiva

Imágenes: Rx Tórax frontal: consolidación parenquimatosa unifocal y adenopatías paratraqueales derechas y posiblemente hiliares ipsolaterales.

S/S Prueba de sensibilidad

Terapéutica: se confirma el diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar

Se le inicia el esquema para TBC sensible:

Isoniacida: 5mg/kg

Rifampicina: 10mg/kg

Etambutol: 20 mg/kg

Pirazinamida: 25 mg/kg

Evolución/ Control

Se solicita reevaluación por el servicio de neumología del hospital María Auxiliadora, para la realización de la prueba de sensibilidad y planteo del esquema de trabajo a seguir en el centro de salud

El tratamiento se basa de acuerdo con lo estipulado en Norma Técnica De Salud Para La Atención Integral De Las Personas Afectadas Por Tuberculosis – 2013 (20).

3.1.4 ROTACIÓN DE CIRUGIA EN CMI “BUENOS AIRES DE VILLA”

Caso 7

Impresión diagnóstica

Síndrome doloroso abdominal

d/c Cólico vesicular (por antecedente de historia clínica)

d/c Colecistitis

d/c Gastritis

Obesidad grado II

Plan de Trabajo

Exámenes Auxiliares

Hemograma completo

Hb: 10.8

Leucocitos: 15 320

Plaquetas: 295 000

Ecografía abdominal superior: no se contaba con ecografía en el momento

Prueba rápida para COVID: negativo

Terapéutica

Metamizol 2 gr

Escopolamina 20 mg

Ranitidina 50 mg

Los 3 medicamentos anteriores EV en bolo.

Luego cloruro de sodio 9% 1000c

Tramadol 100 mg S.C. STAT

Evolución/ Control

Se reevalúa 1 hora después, al no haber mejoría clínica y persistir el dolor de alta intensidad, con los resultados de laboratorio (leucocitosis), se decide realizar referencia del paciente al Hospital María Auxiliadora, para su evaluación por el servicio de cirugía

Caso 8:

Impresión diagnóstica

Síndrome doloroso abdominal

D/c Apendicitis (por antecedente de historia clínica)

D/c peritonitis

D/c Gastritis

Obesidad grado II

Plan de Trabajo

Exámenes Auxiliares

Hemograma completo

Leucocitos: 20000

Neutrófilos: 79%

Segmentados: 60%

Abastionados: 10%

Examen de orina: Negativo

Ecografía abdominal:

Hígado y vías biliares normales

Apéndice: Estructura tubular aperistáltica no comprimible, diámetro apendicular >6 mm, lumen distendido, resultados de la imagen son compatibles con apendicitis

No presencia de líquido en abdomen

Prueba rápida para COVID: negativo

Terapéutica

Colocar Doble vía Venosa Periférica con NaCl

Metamizol 2 gr

Escopolamina 20 mg

Ranitidina 50 mg

Los 3 medicamentos anteriores EV en bolo.

Luego cloruro de sodio 9% 1000c

Tramadol 100 mg S.C. STAT

Evolución/ Control

Se reevalúa 1 hora después y con los resultados de laboratorio más la ecografía compatible con apendicitis, se decide realizar referencia del paciente al Hospital María Auxiliadora, para su evaluación por el servicio de cirugía (2).

Manejo recomendado por UpToDate en caso 7 y 8:

De presentar inestabilidad hemodinámica se debe tratar el shock, en dependencia de su causa desencadenante; las medidas a tomar en cuenta en el manejo de pacientes hemodinámicamente estables son:

Nada por vía oral.

Canalización de una vía venosa periférica y administración de solución glucosalina a razón de 2500- 3000 ml/24 h. El volumen y tipo de solución se modifican según la situación clínica del paciente.

Descompresión gastrointestinal, si es necesaria, con sonda nasogástrica con aspiración continua en los casos de obstrucción del intestino delgado o de dilatación gástrica aguda.

Administración de antieméticos, como metoclopramida (ampollas con 10 mg), en dosis de 10 mg/8 h por vía intramuscular o intravenosa, si la sonda nasogástrica no está indicada.

Tratamiento analgésico. En la actualidad existe evidencia científica de que los analgésicos pueden ayudar al diagnóstico, facilitando la anamnesis y la exploración física, al reducir la ansiedad del paciente y relajar la musculatura abdominal. Además, se ha demostrado que la analgesia no enmascara los hallazgos exploratorios ni conlleva un aumento de la morbimortalidad. Como norma general se recomienda el uso de opioides para manejo del dolor, de no existir contraindicación, se puede administrar: Tramadol (ampollas con 100 mg) en dosis de hasta 100 mg/6 h por vía intravenosa, diluyendo el contenido de 1 ampolla en 100 ml de solución salina fisiológica e infundiéndolo en 20 minutos.

Asimismo, puede administrarse en infusión intravenosa continua en dosis de 12-24 mg/h, para lo cual se diluyen 3 ampollas en 500 ml de solución glucosada al 5%, y se infunde a una velocidad de 7-14 gotas/min (21-42 ml/h).

3.2 Resolución de los casos, por Giulio Cevallos

3.2.1 Rotación de Pediatría en CMI “Buenos Aires De Villa”

Caso 9

Diagnósticos presuntivos

Sintomático respiratorio

D/C Neumonía por COVID-19

D/C Neumonía adquirida en la comunidad

Síndrome de dificultad respiratoria leve

Síndrome febril

Diagnóstico nutricional: eutrófico

Diagnósticos diferenciales: Tuberculosis pulmonar, tos ferina

Plan

Prueba antigénica de SARS-COV2

Hemograma completo, PCR

PPD

Rx de tórax incidencias lateral y frontal

Reevaluación y diagnóstico definitivo

Tras negatividad de la prueba antigénica de SARS-COV2, y del PPD, se diagnostica como Neumonía adquirida en la comunidad. En la placa frontal se evidencia infiltrado alveolar en HTD.

Tratamiento

Amoxicilina – Ácido Clavulánico susp 250/62,5 mg en 5 ml: aplicar vía oral 4 ml cada 8 horas por 10 días (23, 24).

Paracetamol 100 mg/ml: administrar vía oral 2,2 ml cada 6 horas, controlando la temperatura.

Hidratación oral con líquidos tibios, a voluntad, en volúmenes pequeños. Si hay tos persistente, administra una cucharita de miel diluida en agua.

Si hay bloqueo de las fosas nasales, usar dispositivos de succión (RinoBebé).

Acudir a EMG si temperatura es mayor o igual a 39 °C

Reevaluar en 48 horas.

Control

El paciente acude a control 72 horas luego de la EMG inicial: se constata mejoría clínica por disminución de sintomatología y anamnesis de la madre. Se indica continuar con el tratamiento.

Caso 10

Diagnósticos presuntivos

Deshidratación moderada

Síndrome emético

Síndrome diarreico agudo

Plan de trabajo: Plan B

Hidratación vía oral con solución de SRO: 525 ml (75 ml/kg) en un lapso de 3 a 4 horas, con cucharita lento (1 cucharita por minuto aproximado). Darle más, si lo acepta (25, 26).

Continuar con leche materna a voluntad, pero evitar dar alimentos durante la hidratación inicial.

Dar una ración extra de comida al día durante 5 días

Reevaluación

A las 2 horas, el paciente luce en mejor estado general, pero persisten los signos de deshidratación. Tolera relativamente los líquidos, con arcadas. Se continúa el Plan B por 2 horas más.

A las 3 horas, el paciente presenta 3 vómitos en un lapso de 20 minutos, de intensidad moderada, y no tolera la vía oral adecuadamente. Se coordina referencia a Hospital María Auxiliadora por fracaso del tratamiento de rehidratación oral, para manejo con Plan C, y es trasladado adecuadamente.

3.2.2 Rotación De Gineco Obstetricia en CMI “Buenos Aires De Villa” y en Hospital Vitarte

Caso 11

Diagnósticos presuntivos

Aborto inminente

Hemorragia uterina anormal

D/C lesión uterina por instrumentación

Plan de trabajo:

Pasa a tópico de ginecología de EMG, donde se realiza extracción de los restos embrionarios con pinza de Winter, legrado de toda la cavidad. Se administra goteo con oxitocina 20 U en 1000 ml de suero (27, 28).

Hospitalizar

Colocar vía periférica para fluidoterapia

Se solicitan: ecografía para comprobar ausencia de restos, hemograma completo, Hb, bHCG.

Inmediatamente terminado el procedimiento, habiéndosele entregado la orden de hospitalización, se niega a firmarla, por lo que solicita su alta voluntaria.

Caso 12

Diagnóstico

D/C Embarazo

SOP

Sobrepeso

Plan de trabajo

Dosar BHCG

Ecografía transvaginal

I/C Nutrición

Tratamiento

Anticonceptivos orales combinados (29).

Metformina 850 mg c/24 horas

Disminuir factores de riesgo

3.2.3 Rotación de Cirugía en la Clínica Centenario Peruano Japonesa

Caso 13

Diagnósticos presuntivos

Absceso perianal complicado

Celulitis glútea bilateral

Diabetes mellitus descompensada

Portador de marcapaso

Plan de trabajo:

Hospitalización

Exámenes preoperatorios (Bioquímicos, perfil lipídico, hemograma completo, EKG, Rx de tórax). IC con cardiología y neumología.

IC con endocrinología para manejo conjunto de DM descompensada.

Drenaje quirúrgico del absceso perianal.

Curso antibiótico empírico de: trimetoprima-sulfametoxazol y amoxicilina-ácido clavulánico por 5 días (inicialmente).

Limpieza de herida diaria, con empaquetamiento de herida operatoria.

Cirugía

El paciente ingresa a SOP, donde bajo anestesia regional se somete a drenaje quirúrgico del absceso. Se realiza una incisión a 3 cm del margen derecho del orificio anal y otra a 4 cm del margen izquierdo, de 2 cm cada una. A través de ellas se realiza el drenaje de material purulento de abundante volumen, color grisáceo amarillento y mal olor.

Se realiza lavado y curetaje intenso con solución salina, y se procede a empaquetamiento de herida con gasas estériles, y cobertura de este con apósito estéril y gasas finalmente. Acorde a UpToDate se realizó un adecuado manejo (30).

Reevaluaciones

El paciente cursa con curaciones diarias de las heridas, observándose leve mejoría de los síntomas, y disminución de eritema perianal.

Sin embargo, al día 5 se empieza apreciar aumento de volumen y eritema de bolsa escrotal (10 x 9 cm), por lo que se continúa el tratamiento antibiótico hasta completar 14 días.

Además, se solicita IC a Urología para evaluación escrotal previa al alta, en la cual se diagnostica epididimitis, indicando sulfametoxazol y celecoxib vía oral, por 20 días.

El paciente sale de alta al día 14 post operatorio, refiriendo mejoría de síntomas muy notoria.

Caso 14

Nota: el paciente acude de consultorio externo con prequirúrgicos y tomografía computarizada con contraste, abdominal, donde se apreciaba masa obstructiva en región pilórica. En exámenes de laboratorio, los rangos se encuentran dentro de los VN excepto la hemoglobina (9,7 mg/dl).

Diagnósticos

Neoplasia maligna gástrico-pilórica

Síndrome constitucional

Desnutrición aguda grave

Síndrome doloroso abdominal

Anemia

Plan de trabajo:

Hospitalizar a cargo de cirugía y oncología

Nutrición parenteral total

Administración de 1 paquete globular

Pasa a SOP para gastrectomía radical subtotal distal + gastro-entero anastomosis + entero-entero anastomosis el 20/02/2020, luego de la cual pasa a hospitalización (31).

Reevaluación

El paciente cursa su PO1 sin alteraciones, con nota en HC de “evolución favorable”, afebril, hemodinámicamente estable, refiriendo el paciente haber pasado bien la noche, niega dolor característico urente previo a la cirugía, refiere leve dolor en herida operatoria. Niega gases, náuseas o vómitos. Dren Penrose 30 cc serohemático sin coágulos. Edema moderado sin fovea en miembros superiores.

Sin embargo, el PO2 y PO3 tiende a la oliguria, presentando dolor abdominal y aumento de opiáceos. Amanece con tendencia al sueño, coluria leucocitos 2240, PCR 325,66. Por ello se indica pase a UCI para monitoreo y manejo (continuación en el **caso clínico 7**, sección Medicina).

3.2.4 Medicina en Clínica Centenario Peruano Japonesa y en Buenos Aires de Villa

Caso 15

Diagnósticos

Sepsis: descartar punto de partida abdominal vs respiratorio

Disfunción renal aguda oligúrica

PO3 de gastrectomía radical subtotal distal + gastro-entero anastomosis + entero-entero anastomosis por NM gástrica

Hipoglicemia

Plan

Cobertura antibiótica. Fluidoterapia. Mantener con O2 por CBN

Se solicita: hemocultivo con inhibidor de antibiótico, Rx de tórax y ecografía abdominal

20:00 horas

Ecografía abdominal: sin colecciones, próstata hipertrófica grado III

PA 120/60; FC 80; FR 18; Sat 90%

PCR 325,65. PT 3,9. ALB 2,2. Leucocitos ↓2240, Hb 10, plaquetas 162'000.

Paciente con sepsis foco abdominal/respiratorio, tóxico, deshidratado con alimentación parenteral total.

Plan: agregar Linezolid, fluidoterapia, optimizar analgesia.

24/02/2020

04:00 horas

Paciente con deshidratación sostenida, episodios de taquipnea. Se aspiran secreciones, pero mantiene desaturación y taquipnea, con dolor en parrilla costal izquierda.

Plan: se inicia ventilación mecánica no invasiva. Optimizar analgesia. Se solicitan enzimas cardíacas.

06:15 horas

Paciente se mantiene ansioso, inquieto, polipneico a pesar de ventilación no invasiva.

Plan: previa hiperoxigenación, se procede a intubar. Colocación de tubo orotraqueal N° 8 y se conecta a VM.

08:00 horas

Paciente varón de 78 años, PA 90/60, FC 98, FR 18, Sat 94%

Insuficiencia respiratoria aguda I en VM

Sepsis foco abd/respiratorio

D/C neumonía intrahospitalaria

PO4 gastrectomía subtotal

Malnutrición calórico-proteica

Presenta desaturación de oxígeno por lo que se intubó con TOT y VM, actualmente compensado con noradrenalina a dosis bajas, afebril, diuresis conservada (32).

Ventilación mecánica FiO2 100%, créditos a predominio base HT izquierdo.

Abdomen distendido blando y depresible, RHA escasos. Dren Penrose 20 cc seroso

Bajo sedo-analgesia.

Hemograma: leucopenia con desviación izquierda. Hipoproteinemia con hipoalbuminemia severa. PCR ↑↑↑.

Evolución tórpida con punto respiratorio, hipóxico, que no logra controlarse con ventilación no invasiva, requiriendo TOT y VM. Presenta Hipotensión arterial sumado a sepsis foco abdominal respiratorio. Pronóstico reservado.

Plan: posibilidad manejo con CVC. Mantener cobertura ATB. Cultivo SB

13:00 horas: colocación de catéter venoso central

20:00 horas: Sat 98% FiO2 100%, PAM 89, FR 20. Se aspiran secreciones amarillas por TOT, aun con soporte vasopresor. Plan: balance hídrico adecuado, mantener nutrición parenteral total.

25/02/2020

Paciente continúa estacionario en UCI. Familiares (hijos) conversan con el cirujano, debido a elevados costos hospitalarios en UCI y ausencia de recursos económicos, familiares comentan no podrán mantenerlo muchos días más en UCI.

03/03/2020

El paciente continuó estacionario hasta la fecha, en UCI con TOT y ventilación mecánica, la cual se auto extubó él mismo. Aparenta leve mejoría y se inicia tolerancia oral con líquidos.

04/03/2020

Paciente no tolera vía oral y presenta fiebre durante la noche, de 38.2. UCI recomienda tomografía en búsqueda de colecciones intraabdominales. Leucocitos 14,56. Plaquetas 140'000. Hb 9,3.

Familiares solicitan retiro de UCI a hospitalización, para poder coordinar atención en hospital del estado.

07/03/2020

Paciente 78 años con los siguientes diagnósticos:

Insuficiencia respiratoria tipo I

PO16 de gastrectomía distal radical por neoplasia maligna gástrica

Anemia moderada

Congestión pulmonar leve

Paciente y familiar solicitan retiro voluntario en presencia de personal de la policía, firmando un documento de exoneración de responsabilidad.

Al examen físico: FC 100, FR 40, PA 160/60, SatO2 90%. T 36 Paciente portador de mascara de reservorio a 15 litros.

Paciente hemodinámicamente inestable, con pronóstico reservado. Se constata evolución clínica en presencia de medico auditor.

Caso 16

Diagnósticos presuntivos

Desorden del uso de benzodicepinas

Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con abstinencia

D/C trastorno psicótico, desorden de la personalidad

Situación social de alto riesgo

Plan de trabajo:

Disminución progresiva del uso de clonazepam:

El paciente actualmente consume un máximo aproximado de 8mg al día (33, 34).

Se indica la reducción gradual de un 25 – 50% cada 2 semanas, y se le explica al paciente

Posibilidad de uso de flumazenilo

Se consulta con psiquiatría sobre el caso, solicitando su traslado al servicio.

Reevaluación

A la fecha, el paciente tiene cita con psiquiatría para el día 14/02/2021 (el día en que se redactó este informe).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

4.1 Medicina

La rotación se realizó exclusivamente en el Centro de salud “Buenos Aires de Villa”, donde se vieron distintas y variadas patologías, desde resfríos, cuadros diarreicos, enfermedades de transmisión sexual, etc. Debido al contexto de la pandemia en la que nos encontramos, la atención se vio limitada solamente al servicio de Emergencias, no obstante, no se le podía negar la atención a adultos mayores, menores de edad e infantes, sea cual sea su patología, pues el negárselo básicamente incurría en una práctica negligente y poco profesional.

Se nos brindaba la plena confianza de la atención total de los pacientes, el planteo diagnóstico e incluso el tratamiento, siempre bajo la supervisión del médico encargado o de turno, quien intervenía cuando creía apropiado o ante la duda terapéutica. Sin embargo, se demostraba la total confianza en las decisiones de los internos.

Si bien es cierto no es una rotación equivalente a la que se podría realizaría en un hospital, el haber interactuado de una manera más frontal con los pacientes, ya que básicamente éramos los médicos encargados del servicio, nos hizo ganar confianza, seguridad en nuestros conocimientos y decisiones, lo que nos brinda herramientas invaluable para lo que vendrá a ser pronto la realización del SERUMS, capacitándonos en el uso de las, aunque limitas, muy variadas herramientas del centro, que son similares a las que podremos usar en dicho periodo

4.2 Pediatría

El servicio de pediatría, antes del pandemia, en el Hospital PNP Luis N. Sáenz, permitía manejar una amplia gama de patologías, tratamientos y responder de manera efectiva a enfermedades que requería hospitalización, manejo de urgencias, incluso cirugía, ya que contaba con el equipo y personal especializado, donde la función del interno, no sólo era expectante sino sumamente participativa, pues se nos asignaba un paciente para hacerle seguimiento continuo, desde el ingreso, atención y alta del nosocomio (además de la evolución de otros pacientes), se debe notar además que al ser un hospital dirigido solo a la atención del personal policial, muchas veces limitaba la interacción directa con ciertos pacientes, pues es de costumbre entre ellos, sesgar a aquellas personas que no son de su misma institución y grado. Pero ello no limitaba la buena y profesional labor que allí se realiza.

En comparación con el centro de salud “Buenos Aires de Villa”, donde las limitaciones infraestructurales, equipo y personal especializado, limitan el manejo y tratamiento de ciertas patologías, sin embargo, eso no impedía que la experiencia y calidad de profesionales con los que cuenta dicho centro les permita, no solo la detección precoz de ciertas enfermedades, sino el adecuado y pronto manejo, muchas veces sin tener que recurrir al traslado o derivación de pacientes a centro hospitalarios, sin llegar a caer en la imprudencia o negligencia. Uno como interno queda fascinado no solo por las capacidades que tienen dichos profesionales, que, a pesar de los escasos recursos, materiales e infraestructurales, hacen de todo para brindarles la mejor atención a los pacientes.

De esta manera uno logra comprender que el verdadero beneficio de los pacientes no solo se encuentra en áreas especializadas, sino que, si reforzáramos mucho más el primer nivel de atención, los pacientes serian ampliamente beneficiados, ya que no se tendría que recurrir a instituciones de mayor complejidad para encontrar la solución a sus dolencias.

4.3 Ginecología-Obstetricia

El interno autor pudo participar en tres ambientes muy diferentes de Ginecología-Obstetricia (GO): en la Clínica Centenario Peruano Japonesa (CCPJ) durante las guardias y eventualmente en alguna cirugía (cesárea, histerectomía de emergencia); en el Hospital Vitarte en las áreas de Emergencia, Sala de Operaciones, Hospitalización y sala de partos; y el CMI Buenos Aires de Villa en las áreas conjuntas de Emergencia gineco-obstétrica y saña de partos.

Ha sido una experiencia generadora de mucha reflexión, pues desde esa perspectiva se puede ambicionar comparar el ámbito netamente privado, el sector público de alto nivel y el primer nivel de atención comunitario. En el ámbito privado, el cual está grandemente manejado por las compañías aseguradoras, es patente la abundancia de recursos, y como es que estos pueden, por así decirlo, comprar salud. Comenzando por la calidad de la atención, debido a la gran demanda de pacientes y la disminución de personal durante la pandemia, es imposible brindar atención cálida, directa a todos los pacientes a la vez. Esto genera las largas colas de espera tan conocidas en este sector. Estas afirmaciones son producto de la observación directa.

Antes de la pandemia, en la CCPJ, las pacientes programadas a cesárea acudían tranquilamente, subían en ascensor al piso 8 o 13, donde se les ubicaba en un cuarto individual a esperar la hora de su cesárea. Por otro lado, las pacientes parturientas que acudían por contracciones eran llevadas al Centro Obstétrico en el piso 4, el cual tenía capacidad para 6 pacientes y siempre estaba a cargo un ginecólogo, 2 obstetras y 1 técnica de obstetricia. Sin embargo, de esta capacidad de 6 pacientes del Centro Obstétrico, solo se usaba comúnmente 1 o 2 camas, máximo 3. Por ello, la atención era muy dirigida y se atendía cualquier necesidad con la mayor premura. En la sala de operaciones, equipada con un instrumental y equipo bastante modernos, se realizaban cesáreas y otras intervenciones ginecológicas programadas, como patologías neoplásicas y trastornos del piso pélvico. Con diferentes ambientes para el desarrollo de las actividades

y responsabilidades, el día se pasaba rápidamente desplazándose apuradamente de servicio a servicio, reportando, actualizando y realizando las tareas de un interno.

Durante la pandemia, al rotar en Buenos Aires de Villa inicialmente, el cambio fue bastante drástico, ya que solo se atendía emergencia GO (las consultas estaban suspendidas por la pandemia), la cual era básicamente un consultorio de GO con menos pacientes. La tarea de estar durante un lapso de 6 a 8 horas sentado y siendo más un espectador de la relación médico paciente, que partícipe de ella, podría ser algo ardua por las ansias de deseos hacer algo más. En un inicio la labor era medir, tallar a las pacientes, realizar maniobras de Leopold, uso del sonógrafo y luego realizar tactos y conversar, preguntar sobre las decisiones en el manejo del médico a cargo.

Al llegar por primera vez un interno a un ámbito donde nunca ha habido internos, es entendible que se genere este tipo de relaciones y situaciones donde no se sabe cuál es la labor de cada uno. Luego, tras ganar la confianza del personal fue posible asistir en sala de partos activamente, como en el cerrado de episiotomías, fisuras y desgarros vaginales, experiencias muy apreciadas. Es parte de la reflexión saber que esta retroalimentación que puede leerse como negativa, no lo es, ya que el autor es consciente que la naturaleza de cada servicio y de cada persona es diferente: donde uno puede estar cómodo en ambientes de menor intensidad laboral, otro puede no estarlo, y puede preferir los ámbitos de más compenetración, interacción y de mayor componente adrenérgico, por así decirlo.

Dos semanas duró la rotación de GO en el Hospital Vitarte, y ahora sorprende cuantas memorias y aprendizajes se pueden obtener de un lapso tan corto de tiempo. Entonces, a modo de autocrítica cabizbaja, la pregunta es: en los 3 años de Residencia Médica, o en los 3 meses de rotación como interno en un servicio así ¿Cuánto más se podría aprender?

En primera instancia, llamó la atención la gran organización virtual para los internos, como estarían divididos entre los ambientes del servicio de GO, llámese sala de partos, emergencia, ecografía, consultorio y hospitalización. Este último, el de mayor aprovechamiento.

4.4 Cirugía

Uno de los autores tuvo la suerte de realizar en la Clínica Centenario Peruano Japonesa la rotación de Cirugía, tan difícil de aprovechar idealmente en el nivel primario. Iniciar previo a la pandemia fue una experiencia bastante retribuyente: se realizó un proceso formal de examen y entrevista, y los seleccionados fueron contratados bajo la modalidad de convenio de prácticas preprofesionales. Es bastante entrañable el recuerdo de asistir con scrub y nada más que un fotocheck como vestimenta. Comparando esa ligereza con el claustrofóbico uso de respirador, mascarilla, protector facial, gorro, botas, mandilón, el trabajo se hacía considerablemente más agradable. Por eso los recuerdos del internado previos a la pandemia están sesgados, son un recuerdo de libertad. Cuando se podía conversar tranquilamente con los pacientes, reírse con ellos e incluso recibir un abrazo de los más agradecidos. Ahora, existe la mirada recelosa del personal asistencial con los pacientes, sabiendo que uno de ellos será quien lo contagie.

Un punto muy provechoso sobre el aspecto quirúrgico de rotar en el primer nivel de atención es que permite al interno perfeccionar su sutura básica en piel. A diferencia de la clínica, donde cada vez que había un paciente para suturar los emergencistas llamaban al cirujano de guardia, en el centro materno infantil los internos gustosamente éramos los indicados a intervenir. Otro punto favorable es la praxis en sí de la escritura de las recetas, en el primer nivel de atención se escribe una gran cantidad de estas y algunas, como las de emergencia, requieren de premura, y llenar los formatos del SIS de memoria.

CONCLUSIONES

Queda escrito que el desarrollo del internado médico de forma diferente a los usual tiene ventajas y desventajas. Lo más ventajoso al parecer del autor son las diferentes experiencias en ámbitos de diversas complejidades, el entorno humano, apreciar cómo trabajan con voluntad. Llevarse consigo lo mejor de cada ambiente, concentrar un extracto de todas las experiencias para formarse humanamente, como persona íntegra y que puede aportar a la sociedad.

Asimismo, otra gran lección es haber podido observar las falencias y deficiencias de nuestro modelo de salud actual. Como es que el dinero puede influir tanto en la salud de una persona. Tenemos a la salud, un derecho humano, condicionado al estatus económico de los peruanos. ¿Hay servicio médico gratuito para todos? Seguramente está escrito en algún decreto supremo, pero la realidad es otra. Asimismo, haber visto los estragos de la pandemia en la población pobre y extremadamente pobre, en la capital de nuestro país. Una salud resquebrajada, un país en duelo, cuando actualmente hay un exceso de 700 muertes diarias más que en el 2019. Ver a una adulta mayor romper en llanto porque su hijo mayor sufrió de esta enfermedad y las secuelas no le permiten trabajar, y su hija menor con discapacidad mental, siendo ella la responsable de llevar comida a la mesa. O adultos mayores de más de 80 años acercarse a la posta solos, con una pobre y sucia mascarilla mal puesta, sin protector, para buscar atención médica.

Este aspecto social tan humilde y estos golpes de realidad, un contraste tan marcado con el sector privado, la necesidad de salud del peruano, son mensajes que calan en el autor, y que siempre llevará consigo.

RECOMENDACIONES

Un futuro interno debe tener en mente siempre:

Voluntad de atención a todas las personas por igual

El más profundo respeto y la más sincera preocupación por su dolencia:
ellos vienen desnudos ante nosotros, indefensos en busca de alivio

No todos necesitan un extenso recípiere, muchas veces una palabra, un
apretón de hombro, una palmada en la espalda o simplemente prestar
los oídos puede ser muy beneficioso

Así como el mundo, la carrera es ancha y ajena, todos nos encontramos
en un constante proceso de aprendizaje, hay que estar siempre
permeables a las nuevas experiencias

Ser partícipes de esta carrera, culminando la primera parte de muchas, es
un orgullo para cada interno, un orgullo para cada padre y madre,
sacrificados y atentos a sus necesidades. En este país, en cada valle, en
cada monte, detrás de cada montaña y profundo en cada manglar o jungla,
existe un ser humano carente de atención y salud. En este mundo siempre
cambiante, de políticas inciertas y futuro turbio, ¡no dejemos que la salud
sea condicionada! Que donde haya un médico ¡haya luz de vida para la
comunidad!

Nos espera un Perú, un mundo, necesitado de salud y de empatía,
¡Hacia allá vamos!

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Norma técnica de salud para la adecuación de la organización de los servicios de salud con énfasis en el primer nivel de atención de salud frente a la pandemia por COVID-19 en el Perú [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/733623/NTS_160-2020-MINSA_Adecuacion_SS_PNAS.pdf
2. Resolución Ministerial N° 622-2020-MINSA [Internet]. [citado el 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1097726-622-2020-minsa>
3. El Peruano [Internet]. Elperuano.pe. [citado el 11 de abril de 2021]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decretode-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-deurgencia-n-090-2020-1874820-3/>
4. MINSA. Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del decreto de urgencia N°090-2020 [Internet]. Gob.pe. 14 de agosto de 2020 [citado el 11 de abril de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/DOCUMENTO_TECNICO.pdf
5. Facultad de Medicina Humana: Aula virtual [Internet]. Aulavirtualusmp.pe. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en:

<https://campusvirtual.aulavirtualusmp.pe/mdlfmh37/course/view.php?id=629&seccion=0>

6. FMH-USMP. Plan de estudios [Internet]. Usmp.edu.pe. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://medicina.usmp.edu.pe/medicina/academico/plan%20de%20estudios/plan_de_estudios_pregrado.pdf
7. SALUDPOL HOSPITAL PNP LUIS N. SAENZ [Internet]. Gob.pe. [citado el 16 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/saludpol/noticias/212435-saludpol-implemento-receta-digital-en-hospital-pnp-luis-n-saenz>
8. HISTORIA DE LA CLÍNICA - Clínica Centenario Peruano Japonesa [Internet]. Org.pe. [citado el 16 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.clinicapj.org.pe/historia-de-la-clinica>
9. Hospital Emergencia Ate Vitarte [Internet]. Gob.pe. [citado el 16 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/heav>
10. RIS CHORRILLO - BARRANCO - SURCO - DIRIS LIMA SUR [Internet]. Gob.pe. 2019 [citado el 16 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.dirislimasur.gob.pe/ris-cho-barr-surc/>
11. [citado el 11 de abril de 2021]. Disponible en: <http://file:///C:/Users/Arnol/Downloads/RD-223-2018%20.pdf>
12. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 11 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/miliaria?search=miliaria&source=search_result&selectedTitle=1~23&usage_type=default&display_rank=1
13. Goyal T, Varshney A, Bakshi SK. Incidence of Vesicobullous and Erosive Disorders of Neonates: Where and How Much to Worry? Indian J Pediatr 2011.
14. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 21 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/condylomata-acuminata-anogenital-warts-management-of-external-condylomata-acuminata-in-men?search=condiloma&source=search_result&selectedTitle=1~93&usage_type=default&display_rank=1

15. Alfonso-Trujillo, I; Rosa Gutiérrez, A; Rodríguez, MA; Collazos, S; Toledo, MC; Pernas, A. Criocirugía en el tratamiento del condiloma acuminado. *Dermatol Perú* 2009; 19(2): 122-128.
16. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-genital-ulceration-lipschutz-ulcer?search=ulcera%20de%20lipschitz&source=search_result&selectedTitle=1~9&usage_type=default&display_rank=1
17. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 16 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-genital-ulcers/abstract/2>
18. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-and-chronic-gastritis-due-to-helicobacter-pylori?search=gastritis&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
19. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-and-chronic-gastritis-due-to-helicobacter-pylori/abstract/2>
20. Gob.pe. [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>
21. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 16 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acalculous-cholecystitis-clinical-manifestations-diagnosis-and-management?search=colescistitis&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
22. Ostábal Artigas MI. Dolor abdominal en urgencias. *Med Integr.* el 15 de noviembre de 2002;40(9):379–85.
23. Rodríguez JM, Valerio AM, Vega D, Pacheco L, Castillo R, García JB, et al. Caracterización de la neumonía grave adquirida en la comunidad. *Rev Cubana Pediatr* [serie en Internet]. 2016 mar [citado 25 de Marzo de 2016];88(1). Disponible

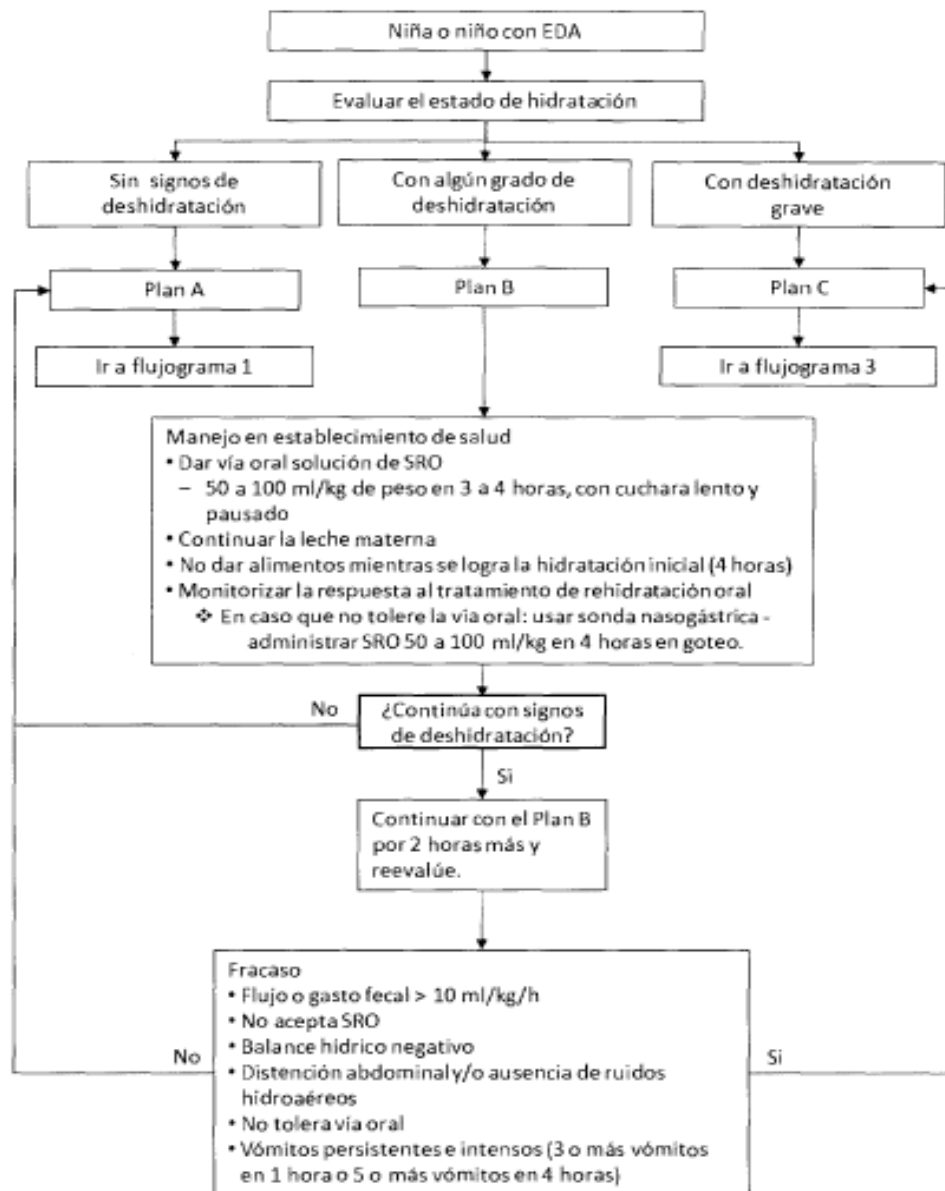
en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

24. Abreu Suárez G, Fuentes Fernández G, Domínguez Choy IM, Portuondo Leyva R, Pérez Orta M, Toraño Peraza G. Enfermedad neumocócica invasiva en niños con neumonía grave adquirida en la comunidad. *Rev Cubana Pediatr.* 2017;89:4–13. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v89s1/ped02s17.pdf>
25. Cervantes Limones CA. Deshidratación moderada en paciente de sexo femenino de 77 años de edad. *Babahoyo, UTB* 2017; 2017. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/2341>
26. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 16 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-assessment-and-diagnosis-of-hypovolemia-dehydration-in-children?search=deshidratacion&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
27. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 16 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/second-trimester-pregnancy-termination-induction-medication-termination?search=aborto%20inminente&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5
28. Redinger A, Nguyen H. Incomplete Abortions. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559071/>
29. Teresa Sir P, Jessica Preisler R, Amiram Magendzo N. Síndrome de ovario poliquístico. diagnóstico y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes.* el 1 de septiembre de 2013;24(5):818–26.
30. Martinena Padial E, Pozuelos Estrada J, Fernández Díaz J, Marín Lencero L. Absceso Perineal. *Med Integr.* el 15 de febrero de 2001;37(4):170–91
31. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 16 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/enteral-feeding->

gastric-versus-post-
pyloric?search=neoplasia%20piloric&source=search_result&select
edTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

ANEXOS

ANEXO N°1



ANEXO N°2

CANTIDAD APROXIMADA DE SOLUCIÓN DE SRO EN LAS PRIMERAS 4 HORAS					
Edad ^(a)	< 4 meses	4 – 11 meses	12 – 23 meses	2 – 4 años	5 – <12 años
Peso	< 5 kg	5 - 7,9 kg	8 - 10,9 kg	11 - 15,9 kg	16 - 29,9 kg
Mililitros	200 – 400	400 - 600	600 - 800	800 – 1200	1200 - 2200
En medida local	1 – 2 tazas	2 – 3 tazas	3 - 4 tazas	4 – 6 tazas	6 – 11 tazas

ANEXO N°3

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.