



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DE UN INTERNADO EN LOS 2 PRIMEROS
NIVELES DE ATENCIÓN EN EL CONTEXTO DE UNA PANDEMIA,
LIMA 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

LUIS ALBERTO SAMANIEGO FERNANDEZ

ASESOR

MG. JULIO CESAR LUQUE ESPINO

LIMA, PERÚ

2021



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DE UN INTERNADO EN LOS 2 PRIMEROS
NIVELES DE ATENCIÓN EN EL CONTEXTO DE UNA
PANDEMIA, LIMA 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

LUIS ALBERTO SAMANIEGO FERNANDEZ

ASESOR

DR. JULIO CESAR LUQUE ESPINO

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M.E. Jorge Luis Herrera Quispe

Miembro: M.E. Felipe Santiago Tolentino Valladares

Miembro: M.E. Hugo Ortiz Souza

DEDICATORIA

A mis padres y a mis hermanos. Gracias a todos ustedes por el apoyo brindado a lo largo de todos estos años.

AGRADECIMIENTO

A los doctores con los que tuve la oportunidad de aprender lo mejor en cada uno en sus ramas, los cuales me ayudaron a formarme en lo teórico, práctico y sobre todo ser más humano.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	12
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	14
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	19
CONCLUSIONES	22
RECOMENDACIONES	23
FUENTES DE INFORMACIÓN	29

RESUMEN

El internado de medicina es la última etapa de la formación médica, es un año completo donde el interno acude solo al hospital para realizar un trabajo asistencial, es aquí donde se consolidan los conocimientos adquiridos durante la carrera, los cuales se extrapolan a la parte práctica continua. Se debe mencionar que todo interno pasa por un hospital, ya sea privado o nacional, bajo la supervisión de especialistas.

Este trabajo tiene la peculiaridad de que el internado se desarrolló de manera atípica, mostrando un escenario inicial de una pandemia inminente, y una vez ya instalada con un sistema de salud colapsado y el alto riesgo de contagio de todo el personal de salud.

Este trabajo describe el desenvolvimiento tanto profesional como personal, así como el desarrollo de este en dos periodos, el primero siendo el periodo prepandemia, y el segundo en pandemia. Levándolo a cabo en 2 instituciones, un hospital y un centro de salud debido al repliegue de los internos para salvaguardar sus vidas.

Se expondrá la experiencia recolectada, la cual será dividida en 3 esferas, teórica, práctica y humana. Y siendo contrastada con la bibliografía médica de tal modo de crear una retroalimentación para promover el desarrollo profesional.

En este trabajo se describirá las características y diferencias entre ambos niveles de atención, el cual se desarrolló el internado. Así como las ventajas y desventajas de cada uno de ellos.

Finalmente se dará las recomendaciones y pautas necesarias para cualquier interno de medicina pueda llevar a cabo un internado adecuado y provechoso, ante un escenario atípico por el cual se está pasando.

ABSTRACT

The medical internship is the last stage of medical training, it is a full year where the intern only goes to the hospital to perform care work, it is here where the knowledge acquired during the career is consolidated, which is extrapolated to the practical part keep going. It should be mentioned that all inmates go through a hospital, whether private or national, and with specialists in charge.

This work has the peculiarity that the internship developed in an atypical way, showing an initial scenario of an imminent pandemic, and once it was installed with a collapsed health system and the high risk of contagion for all health personnel.

This work describes both professional and personal development, as well as its development in two periods, the first being the prepandemic period, and the second being the pandemic. Carrying it out in 2 institutions, a hospital and a health center due to the withdrawal of the inmates to safeguard their lives.

The collected experience will be exposed, which will be divided into 3 expectations, theoretical, practical and human. And being contrasted with the medical literature in such a way as to create feedback to promote professional development.

In this work, the characteristics and differences between the two levels of care in which the internship was developed are described. As well as the advantages and disadvantages of each of them.

Finally, the necessary recommendations and guidelines will be given for any medical intern who can carry out an adequate and profitable internship, in the face of an atypical scenario that is being experienced.

INTRODUCCIÓN

Es importante para vosotros tener una idea del proceso de formación del médico desde los primeros años hasta el último que viene a ser el internado.

La carrera de medicina consta de 7 años de estudios, de los cuales 3 años son de ciencias básicas en el cual desarrolla cursos teóricos y prácticos laboratoriales entre ellas cursos como biología, bioquímica, anatomía, embriología, histología, fisiología, fisiopatología, entre otras. Estas van a formar los pilares que servirán como base para los siguientes años de preparación profesional. Los siguientes 3 años pertenecen a ciencias clínicas en donde los cursos se dividen por especialidad y el alumno desarrolla su aprendizaje por medio de teorías en la facultad y prácticas en hospitales donde tiene un docente especialista encargado de guiarlo y poner en manifiesto la teoría por medio del paciente.

En el séptimo año tenemos el internado, el cual se lleva a cabo durante 1 año completo en un hospital nacional o privado. Aquí el interno de medicina tiene que pasar por 4 rotaciones: medicina interna, gineco-obstetricia, cirugía general y pediatría; con duración de 4 meses cada uno.

Aquí estará acompañado de médicos residentes los cuales también están en formación para sus respectivas especialidades, estos se van a dividir en R1, R2, R3 acorde al año que cursan la especialidad en el hospital.

Además, estarán siendo guiados por los médicos asistentes, los cuales ya son especialistas pertenecientes al staff del hospital. Estos últimos serán los encargados de guiar la formación tanto del residente como el del interno.

La labor del interno en esta etapa será de la atención, seguimiento,

procedimientos y manejo del paciente, siempre guiados por el residente o asistente. Es aquí donde el interno desarrolla su criterio como médico, aprendiendo y valorando cada situación para la correcta toma de decisiones en el manejo del paciente.

Todo lo descrito anterior se establecía en un estado de prepandemia, es a partir de aquí donde empieza el objetivo de este trabajo, el cual es describir el desarrollo de un internado normal el cual fue interrumpido por la pandemia y posteriormente reanudado con diferentes medidas y reasignaciones en instituciones de menor complejidad para continuar con el desarrollo y formación del interno de medicina.

El primer periodo prepandemia del internado se llevó a cabo en el hospital de Vitarte que es un hospital el cual empezó como un puesto de salud que se le fue añadiendo infraestructuralmente áreas acondicionadas para el servicio de Gineco-obstetricia atendiendo por primera vez sus primeros partos. Pero fue en 1991 durante la epidemia del cólera donde se recategoriza pasando a ser un hospital de categoría II-1 debido a la alta demanda de pacientes de ese entonces; de esa manera completando los servicios de otras especialidades. Esto explicaría la extraña forma y espacios cerrados del hospital, ya que como se describe, arquitectónicamente no estuvo diseñado para trabajar como un hospital.

Es por eso que se construyó el nuevo hospital de Ate Vitarte a 2 cuadras de este, diseñada para atender a más pacientes con la infraestructura y tecnología adecuada. Para inicios del 2020 el traslado empezó por partes, el primer mes fue consultorios externos y el servicio de medicina interna, el siguiente mes siguió el servicio de pediatría.

Es aquí donde encontramos un punto de contraste en el desarrollo del internado, por un lado los primeros meses se estuvo ejerciendo funciones en un hospital antiguo con una infraestructura paupérrima, pobre en tecnología y materiales, donde el uso de ingenio sería indispensable para afrontar las diversas situaciones; y por otro lado en el siguiente mes el trabajar de una manera cómoda y facilitada con todo lo que te brinda un hospital nuevo y bien equipado, pondría en una posición en la cual el interno de medicina podía enfocarse al 100% de sus pacientes y brindar una mejor

atención.

El día 15 de marzo el presidente de la nación en aquel entonces Martín Vizcarra Cornejo mediante un decreto de urgencia estableció cuarentena total y obligatoria por 15 días a nivel nacional, así mismo la asociación peruana de facultades de medicina (ASPEFAM) dió como recomendación el retiro inmediato de los internos de medicina dada la condición de estudiantes y salvaguardar sus vidas. Dando por pausado el internado hasta su pronta reanudación con directivas y normas que lograrían la continuación del desarrollo y formación del estudiante de medicina, de la forma más segura posible.

Mientras tanto el tiempo transcurría, y cada vez que se cumplía 15 días de cuarentena el gobierno central dictaminada 15 días más, así aproximadamente hasta inicios del segundo semestre del año. El sistema de salud peruano estaba pasando por una de las mayores crisis sanitarias en toda su historia. La primera ola había sido fatal, un sistema de salud aun precario, y la llegada del virus con una rápida diseminación llevaba al sistema a un inminente colapso. El gobierno se encargó de equipar lo más antes posible a las diversas instituciones de salud, aumentando los números de camas, balones de oxígeno, ventiladores mecánicos, entre otros. A lo que se convocó a un gran número de médicos para que pudieran ser parte del equipo sanitario, una de las estrategias fue anular que el SERUMS fuera requisito para trabajar en instituciones de salud del estado.

Para mediados de septiembre con una curva de muertos por día y camas ocupadas en descenso y un panorama más estable, daba posibilidad a un tan esperado retorno, con internos que a pesar de no estar acudiendo seguían en continua preparación gracias a seminarios y resoluciones casos clínicos continuos dadas por la facultad.

A mediados de agosto el poder ejecutivo publicaba el decreto supremo N°090-2020 en el cual indicaría el retorno de los internos, posterior a eso se publicaría los lineamientos para la reanudación progresiva y segura de los internos de medicina

Esta nueva norma establecía la reasignación de los internos a centros de salud, con un horario de trabajo establecido de lunes a sábados de 7:00h a 13:00h, y guardias diurnas con un máximo de 2 guardias en área no-COVID por un periodo de 15 días continuos posterior a eso 15 días de descanso para disminuir la explosión, por ende, el riesgo de contagio. Además se le otorgaría un seguro de salud y un estipendio no menor a una remuneración mínima vital siendo este de 930 soles, además de pruebas seriadas para descarte de SARS-CoV-2.

Es aquí donde entramos al desarrollo del internado en pandemia, se asignó como sede al Centro de Salud Pachacamac con un nivel I-3 el cual contaba con laboratorio básico (bioquímico, hemograma, microbiología) y solo atendía 12 horas en el día, una máquina de rayos x que trabaja solo 3 veces por semana en las mañanas, los consultorios estaban inoperativos, además de que la mayoría de los médicos por ser personas de riesgo se encontraban en casa haciendo trabajo remoto. Contando solo con el servicio de emergencias el cual se encargaba de atender emergencias e interconsultas del servicio de obstetricia.

Esta etapa mostraba desde el inicio un reto y una oportunidad para poner en práctica todo lo aprendido en ciencias clínicas guiándose solamente de la clínica del paciente con un laboratorio mínimamente equipado y horarios restringidos por las noches. Añadiéndole dificultad el hecho que por estar en emergencias las patologías que pueden venir son de todo tipo y no enfocado en solo una especialidad como lo sería en las rotaciones un hospital.

En cuanto a la situación de la pandemia, el Perú estaba empezando a cursar su segunda ola a inicios de enero del 2021, el rápido repunte de casos y el aumento del número de ingresos hospitalarios confirmaba lo que se temía. Mientras tanto en el primer nivel, ya se estaba manifestando con la llegada de pacientes con cuadros febriles y respiratorios. De esta manera añadiendo como experiencia la atención de pacientes Covid19 leves o moderados, el diagnóstico y manejo oportuno junto a la vigilancia telefónica sería la base del trabajo en este nivel de atención.

Por lo tanto, este trabajo explicara el desarrollo del interno, en su

formación teórica, práctica, y personal. Se explicará a detalle el enfoque y diferencias entre el segundo nivel y el primer nivel de atención, y las características detalladas de ambas instituciones. Se detallará las expectativas que se tuvo ante la reubicación a centros de primer nivel versus la realidad que se vivió, las experiencias ganadas en su totalidad, y terminando con las conclusiones y recomendaciones que servirá a futuros colegas para que en el caso continúe el internado en primer nivel puedan sacarle el máximo provecho posible.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado es pieza clave en el final de la carrera, depende de ella el formar criterio y juicio clínico. Es el último año de la carrera de medicina donde el estudiante, acude a hospitales por los 365 días del año. Es aquí donde rota por 4 especialidades: medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia y cirugía general. Cada servicio estaría integrado por médicos especialistas en sus ramas, y médicos residentes los cuales son médicos generales cursando la especialidad.

Mientras que por el otro lado en los centros de salud solo se cuenta con médicos generales, y un limitado equipo de exámenes auxiliares, siendo una condición propicia para aplicar todo lo impartido durante los 6 años de estudio, y con un uso continuo de la semiología en su estado más puro.

La experiencia de haber estado presente en ambas instituciones juega un rol crucial en el criterio medico formado, pudiendo comprender y analizar diversos escenarios presentados, llegando a individualizar el manejo, y encontrando la solución de cada caso en beneficio del paciente.

La experiencia final obtenida parte de 3 esferas: teórica, practica-procedimental y humanística.

En cuanto a la esfera teórica, fue impartida por la universidad por medio de seminarios, discusiones de casos clínicos y teoría de procedimientos; semanalmente. Por otro lado, otras fuentes como uptodate, normas técnicas, guías internacionales, etc.; en donde el interno podía ser autodidacta y ahondar más en el tema que le pareciera. Una estrategia para empezar seguir con la preparación teórica fue en primer lugar recurrir al ASIS (análisis situacional de salud) del centro para poder reconocer que patologías en frecuencia se atienden e ir priorizando los temas a tratar y actualizaciones de dichas patologías para el oportuno diagnóstico,

rentabilidad de exámenes auxiliares a pedir y el mejor manejo posible.

En la esfera practica-procedimental, con la teoría aportada y simulaciones en maquetas durante los 6 años de carrera; y el aumento de la demanda por los pacientes creaba una oportunidad provechosa de poner en práctica todo lo consignado.

Se pudo realizar procedimientos, como cambio de sonda vesical, otoscopias, lavado de otológico, curación y/o desbridamiento de heridas, permeabilización de vía periférica, lavado gástrico, entre otros.

En cuanto a las atenciones de casos clínicos se compartirán a continuación 2 de cada especialidad; se expondrá la anamnesis, forma de presentación, signos y síntomas generales, examen físico y el manejo que se dio en tal atención; más adelante en un capítulo aparte, se hará referencia y se cuestionará y/o añadirá información sobre el manejo infundado.

MEDICINA

Caso1:

Paciente femenino de 22 años procedente del distrito de Pachacamac que labora como ama de casa. Es traída por su pareja al servicio de emergencia

Signos y síntomas principales: náuseas y vómitos, sialorrea, diaforesis, miosis, trastorno de sensorio.

Tiempo de enfermedad: 30min Presentación: Insidioso Curso: Progresivo Pareja de la paciente refiere “haber tenido un conflicto con la paciente, por el cual ella se toma un sobre de veneno rata hace 45 min”, al interrogatorio de la paciente esta se muestra con tendencia al sueño, en posición álgida, llegando a vomitar en el servicio.

Antecedentes:

Familiares: diferido Personales: diferido Quirúrgico: diferido: RAM: diferido

Examen físico:

Ectoscopia: Paciente en mal estado general, presencia de vómitos de contenido alimenticio en ropa, soporosa, en posición álgica.

Temperatura: 37.8 °C, FC: 52, FR: 18, PA: 110/85, SatO2 95%

Piel y faneras: Diaforesis marcada, aumento considerado de secreción salival llenado capilar <2seg, no cianosis, no ictericia.

Tórax y pulmón: No se observan lesiones en tórax, adecuada amplexación de ambos hemitórax, a la percusión sonoro en ambos hemitórax, a la auscultación murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares, subcrepitos bilaterales difusos en ambos hemitórax.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de regular intensidad, no soplos

Abdomen: A la inspección leve distendido, no lesiones, a la auscultación ruidos hidroaéreos aumentados, a la percusión timpánico, la palpación superficial no se encuentra dolor, mientras que en la profunda ligero dolor difuso con predominio en mesogastrio, no masas, no visceromegalia.

GU: Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos.

SN: Somnolienta, desorientada, Escala de Glasgow 11/15, fasciculaciones de músculos del miembro superior, pupilas mióticas, isocóricas, reactivas a la luz.

Se procedió con el ABC respectivo, y a la vez ya se planteaba como diagnostico síndrome colinérgico debido a una intoxicación por órgano fosforado.

Inmediatamente se procedió a la colocación de sonda nasogástrica N°14 y lavado gástrico respectivo con 5 LT de cloruro de sodio, a su vez se canalizó vía endovenosa y administración de 4 ampollas de Atropina 1mg/1ml en bolo lento. El cual se repitió 2 ampollas de Atropina debido a la pobre resolución de síntomas

Inmediatamente se coordinó referencia con Hospital María Auxiliadora para su traslado oportuno. Siendo esta aceptada y enviada inmediatamente con ambulancia.

Caso 2:

Paciente femenina de 52 años, procedente de centro poblado Pica Piedra, que labora como ama de casa. Es traída por su hijo al servicio de emergencia.

Tiempo de enfermedad: 50 min Presentación: Insidioso Curso: Progresivo

Signos y síntomas: Trastorno de sensorio

Hijo de paciente refiere “haber salido a hacer compras, y al volver encuentra a su madre en el piso inconsciente, al no despertar ante el llamado y estímulo acude a la emergencia” añade que su madre es diabética e insulino dependiente.

Antecedentes:

Familiares: Diferido Personales: Diabetes Mellitus 2 Quirúrgico: Diferido

RAM: diferido

Examen físico:

Ectoscopia: Paciente en aparente mal estado general, aparentemente dormida, ventilando espontáneamente.

Temperatura: 36.5° C, FC: 64 lpm, FR: 17 rpm, PA: 120/85 SatO2: 98%

Piel y Faneras: Húmeda, elástica, turgente, llenado capilar <2 segundos, no cianosis, no edemas.

Cabeza y Cuello: Normocéfala, no tumoraciones, no solución de continuidad, no edemas, ni deformaciones.

Tórax y pulmón: No se observan lesiones en tórax, adecuada amplexación de ambos hemitórax, a la percusión sonoro en ambos hemitórax, a la auscultación murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

Abdomen: A la inspección no distención, no se observan lesiones, no estigmas hepáticos, a la auscultación ruidos hidroaéreos conservados, a la percusión timpánico, no hay dolor a la palpación superficial ni profunda, no masas, no visceromegalia

SN: Estupor marcado, Escala de Glasgow 09/15, pupilas céntricas, isocóricas, reactivas a la luz y la acomodación. Reflejo corneal presente.

Se aplica ABC, se canalizó vía periférica, y se planteaba como diagnóstico principal estado hipoglucémico, se procede a administrar Dextrosa 5% a chorro. Al cabo de 20 min paciente recobra la conciencia, por lo cual se disminuye el flujo de Dextrosa a 30 gotas/min por 10 min más.

Paciente quedo en observación por 2 horas, y al presentar mejoría se le da alta con indicaciones, e I/C con endocrinología.

PEDIATRIA

Caso 1:

Paciente varón de 5 años, procedente del centro poblado Cucuya, es traído por la madre.

Signos y síntomas: Diarrea, sensación de alza térmica

Madre refiere que menor presentó deposiciones líquidas con moco y sangre en 5 oportunidades desde hace 1 día asociado a sensación de alza térmica, no náuseas o vómitos, tolera vía oral, niega otros síntomas

Antecedentes:

Familiares: niega Personales: niega Quirúrgico: niega RAM: niega

Otros: Crianza de aves de corral

Examen físico:

Ectoscopia: Paciente en aparentemente buen estado general, despierto, ventila espontáneamente.

Temperatura: 38.5°C, FC: 120 lpm, FR: 25 rpm, SatO2: 98% Peso: 16kg

Piel y faneras: Turgente, elástica, húmeda, llenado capilar <2seg, signo del pliegue negativo, mucosa oral húmeda, no cianosis.

Tórax y pulmón: No se observan lesiones en tórax, adecuada amplexación de ambos hemitórax, no uso de músculos accesorios, a la percusión sonoro en ambos hemitórax, a la auscultación murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

Abdomen: A la inspección distensión moderada, no se observan lesiones, a la auscultación ruidos hidroaéreos ligeramente aumentados, a la percusión timpánico aumentado, no dolor a la palpación superficial, dolor a la palpación profunda en mesogastrio flanco izquierdo, no masas, no visceromegalia.

SN: Despierto, activo-reactivo, EG 15/15, pupilas céntricas, isocóricas, reactivas a la luz y la acomodación.

Se plantea el diagnóstico de como Diarrea disentérica aguda sin signos de deshidratación, fiebre y meteorismo. Se indica Azitromicina 200mg/5ml: 4ml cada 24 horas por 3 días, Paracetamol 120mg/5ml: 6.6 ml cada 8 horas por 3 días, Simeticona 80mg/m: 10 gotas cada 8 horas 45 min

después de los alimentos, y se explican signos de alarma.

Caso 2:

Paciente varón 12 años, procedente del centro poblado Guayabo, acude a su madre a servicio.

Signos y síntomas principales: Dolor abdominal, esteatorrea, lentería

Tiempo de enfermedad: 15 días Presentación: Insidioso Curso: Progresivo.

Madre de paciente refiere que su hijo cursa con dolor en epigastrio y mesogastrio tipo cólico, de 15 días de antigüedad, de moderada intensidad, que no se irradia a ningún otro lado, refiere que dolor aumenta horas luego de alimentarse. También refiere que menor presenta deposiciones con restos alimentarios, así mismo añade “encontrar gotitas de aceite en heces”. Niega fiebre, niega nauseas o vómitos, y tolera vía oral.

Antecedentes:

Familiares: niega Personales: niega Quirúrgico: niega RAM: niega

Examen físico:

Ectoscopia: Paciente en aparentemente buen estado general, despierto, ventila espontáneamente.

Temperatura: 36,7C, FC: 80 lpm, FR: 20 rpm, SatO2: 99% Peso: 35kg

Piel y faneras: Turgente, elástica, húmeda, llenado capilar <2seg, signo del pliegue negativo, mucosa oral húmeda, no cianosis.

Tórax y pulmón: No se observan lesiones en tórax, adecuada amplexación de ambos hemitórax, no uso de músculos accesorios, a la percusión sonoro en ambos hemitórax, a la auscultación murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

Abdomen: A la inspección distensión leve, no se observan lesiones en piel, a la auscultación ruidos hidroaéreos conservados, a la percusión timpánico, no dolor a la palpación superficial, dolor a la palpación profunda en epigastrio y mesogastrio, no masas, no visceromegalia.

SN: Despierto, localizado en tiempo y espacio, activo-reactivo, EG 15/15,

pupilas céntricas, isocóricas, reactivas a la luz y la acomodación.

Exámenes auxiliares: Hemograma, parasitológico seriado, coprofuncional.

Diagnostico presuntivo: Giardiasis

A la evaluación con resultados: Hb: 13.2 Leucocitos: 7000 Parasitológico:

Giardia lamblia Coprofuncional: Reacción Inflamatoria: Negativo Suda III:

Positivo

Se confirma diagnostico por lo que inicia tratamiento con Metronidazol 250mg/5ml: 3.5 ml cada 8 horas por 5 días.

CIRUGÍA

Caso 1:

Paciente varón de 45 años, procedente de Pachacamac, que labora como carpintero.

Signos y síntomas principales: Herida cortante

Tiempo de enfermedad: 15 min Presentación: brusco Curso: estacionario

Paciente acude al servicio de emergencias, cubierto con un pedazo de tela el antebrazo izquierdo, refiere haber “estado trabajando con amoladora mientras hablaba con celular, donde pierde control de la maquina ocasionando accidente” por lo que usa tela para detener sangrado, niega otros síntomas.

Antecedentes:

Familiares: Padre con HTA Personales: niega Quirúrgico: niega: RAM: niega

Examen físico

Ectoscopia: Paciente en aparentemente buen estado general, despierto, ventila espontáneamente, con manchas de sangre en toda su vestimenta, y lo que aparenta un torniquete casero sobre antebrazo izquierdo.

Temperatura: 37°C, FC: 110 lpm PA: 135/80 SatO2 100%

Piel y faneras: Solución de continuidad lineal en tercio medio de cada posterior de antebrazo izquierdo, de aproximadamente 10 centímetros de largo y 1.5 de profundidad, no signo de flogosis.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

Tórax y pulmón: No se observan lesiones en tórax, adecuada amplexación

de ambos hemitórax, no uso de músculos accesorios, a la percusión sonoro en ambos hemitórax, a la auscultación murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Abdomen: A la inspección no distensión, no se observan lesiones en piel, a la auscultación ruidos hidroaéreos conservados, a la percusión timpánico, no dolor a la palpación superficial, ni dolor a la palpación profunda, no masas, no visceromegalia.

AL: Movimientos de flexión, extensión, rotación externa e interna, así como rango articular de miembro superior izquierdo totalmente conservado

SN: Despierto, localizado en tiempo y espacio, EG 15/15, pupilas céntricas, isocóricas, reactivas a la luz y la acomodación.

Se procedió a lavado de herida con yodo povidona y solución salina, se suturó 12 puntos simples con nylon 3/0. Se le indico vacuna antitetánica, dicloxacilina 500mg cada 6horas por 7 días, diclofenaco 50mg cada 8 horas por 3 días. Además, se le recomienda limpieza de herida diario y signos de alarma, retornar en 7 días y retiro de puntos.

Caso 2:

Paciente varón de 21 años, procedente del poblado de Quebrada Verde, que tiene como ocupación estudiante.

Tiempo de enfermedad: 30 min Presentación: brusco Curso: estacionario

Signos y síntomas: Herida en pierna derecha

Paciente refiere haber sido mordido por perro en pierna derecha, refiere que perro pertenecería a su vecina. Añade dolor en área de la lesión, niega otros síntomas, momentos luego de hacer la anamnesis madre del paciente y dueña del perro se presentan al centro confirmando que perro no ha sido vacunado contra la rabia.

Antecedentes:

Familiares: niega Personales: niega Quirúrgico: niega RAM: niega

Examen físico

Ectoscopia: Paciente en aparentemente regular estado general, despierto, ventila espontáneamente, con marcada cojera del miembro inferior

derecho.

Temperatura: 36.3°C, FC: 94 lpm FR: 19 rpm, PA 125/75 SatO2 97%

Piel y faneras: Solución de continuidad curvilínea de aproximadamente 3 cm de longitud y de 1 cm de profundidad. No sangrado activo, No signos de flogosis

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
Tórax y pulmón: No se observan lesiones en tórax, adecuada amplexación de ambos hemitórax, no uso de músculos accesorios, a la percusión sonoro en ambos hemitórax, a la auscultación murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Abdomen: A la inspección no distensión, no se observan lesiones en piel, a la auscultación ruidos hidroaéreos conservados, a la percusión timpánico, no dolor a la palpación superficial, ni dolor a la palpación profunda, no masas, no visceromegalia.

AL: Movimientos de flexión, extensión, rotación externa e interna, así como rango articular de miembro inferior derecho totalmente conservado

SN: Despierta, localizada en tiempo y espacio, EG 15/15, pupilas céntricas, isocóricas, reactivas a la luz y la acomodación.

Se procedió a lavado de la herida con yodo povidona y solución salina. Sutura diferida, se administra vacuna antirrábica, se indica Amoxicilina + Acido Clavulánico 500mg/125mg cada 8 horas x 7 días, diclofenaco 50mg cada 8 horas por 3 días. Se recomienda limpieza de herida diaria y se explica signos de alarma. Se comunica al encargado de zoonosis para el seguimiento del caso.

GINECO-OBSTETRICIA

Caso 1:

Paciente femenino de 28 años, procedente de Pachacamac, primigesta 8 semanas

Es referida por obstetrix del centro, ya que en su primer control prenatal se encontró un examen de orina patológico, resto de evaluación por el servicio de obstetricia normal. Al interrogatorio la paciente refiere “sentirse bien, y que no tiene ninguna molestia”, niega síntomas urinarios.

Examen físico

Ectoscopia: Paciente en aparente buen estado general, deambula por su cuenta, ventila espontáneamente.

Temperatura: 37.3°C, FC: 89 lpm, FR: 22 rpm, PA 113/75 SatO2 99%

Piel y faneras: Turgente, elástica, húmeda, llenado capilar <2 segundos, signo del pliegue negativo, mucosa oral húmeda, no cianosis, no edemas

Tórax y pulmón: No se observan lesiones en tórax, adecuada amplexación de ambos hemitórax, no uso de músculos accesorios, a la percusión sonoro en ambos hemitórax, a la auscultación murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

Abdomen: A la inspección distensión leve, no se observan lesiones en piel, a la auscultación ruidos hidroaéreos conservados, a la percusión timpánico, no dolor a la palpación superficial, no dolor a la palpación profunda, se palpa útero aumentado de tamaño por debajo del ombligo

SN: Despierta, localizada en tiempo y espacio, activo-reactivo, EG 15/15, pupilas céntricas, isocóricas, reactivas a la luz y la acomodación.

Genito-Urinario: Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativo

Examen auxiliar: Hemograma → Hb 13.1 Leucocitos: 8000, Examen de orina Leucocitos 12-15 x camp, nitritos positivos, bacteria positivos.

Se plantea como diagnóstico bacteriuria asintomática. Por lo cual se indica Nitrofurantoina 100mg cada 6 horas por 7 días.

Caso 2:

Paciente femenino de 24 años, procedente de Pachacamac, Primigesta de 6 semanas.

Es referida por servicio de obstetricia del centro, ya que se en su primer control prenatal se encontró un RPR positivo. Al interrogatorio paciente no refiere ninguna molestia, niega otros síntomas. Añade que ya no vive con su pareja.

Examen físico

Ectoscopia: Paciente en aparente buen estado general, deambula por su

cuenta, ventila espontáneamente

Temperatura: 36.5°C, FC: 72 lpm, FR: 19 rpm, PA 116/85, SatO2 99%

Piel y faneras: Turgente, elástica, húmeda, llenado capilar <2 segundos, signo del pliegue negativo, mucosa oral húmeda, no cianosis, no edemas

Tórax y pulmón: No se observan lesiones en tórax, adecuada amplexación de ambos hemitórax, no uso de músculos accesorios, a la percusión sonoro en ambos hemitórax, a la auscultación murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

Abdomen: A la inspección distensión leve, no se observan lesiones en piel, a la auscultación ruidos hidroaéreos conservados, a la percusión timpánica, no dolor a la palpación superficial, no dolor a la palpación profunda, se palpa útero aumentado de tamaño por debajo del ombligo

SN: Despierto, localizado en tiempo y espacio, activo-reactivo, EG 15/15, pupilas céntricas, isocóricas, reactivas a la luz y la acomodación.

Genito-Urinario: Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativo

Examen auxiliar: Hemograma → Hb 12.3 Leucocitos: 6000 RPR cuantitativo: 32 dils

Se plantea como diagnóstico: Sífilis y se indica Penicilina G Benzatínica 2.4 millones UI IM cada semana por 3 semanas. Y buscar a la expareja para el tratamiento oportuno. Así mismo se le brinda consejería, y se le entrega preservativos.

En cuanto a la esfera humanística, haber tenido la oportunidad de ser partícipe de un internado el cual se llevó a cabo en 2 niveles de atención, más aún en pandemia, permitió en primer lugar valorar más la vida, ya que, al ser testigo de tan alta mortalidad, cada día del internado desde el retorno se percibía como si fuera el ultimo. Por otro lado, a entablar una buena relación médico-paciente, ya que se pudo percibir al paciente como una persona que acude a la atención dolor, una molestia, algo que le impide hacer su vida diaria, acude con miedo, con vergüenza, tal vez por la costumbre al trato paternalista departe del médico. Pero esta en cada uno poder ser empático, no juzgar, y sobre todo educar a paciente, y así poder generar la confianza necesaria para una mejor atención.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Centro de Salud Pachacamac se ubica en la Av. colonial s/n esquina con Av. Castilla en el distrito de Pachacamac es un establecimiento de salud que pertenece al primer nivel de atención con categoría I-3.

Un establecimiento de salud de primer nivel es donde la atención es del 70-80% de la demanda del sistema total. Aquí la severidad de los problemas de salud plantea una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y con menor especialización y de recursos. Aquí es donde se desarrollan principalmente actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las diversas enfermedades a presentarse y de categoría I-3 ya que tiene como equipo de trabajo mínimo, a los siguientes profesionales en su staff: médico cirujano o médico familiar, odontólogo, licenciado en enfermería, licenciado en obstetricia, técnico de laboratorio, técnico de farmacia, y técnico de enfermería. A su vez tener las siguientes unidades productoras de servicios: consultorio externo, farmacia, laboratorio, emergencias, nutrición, entre otras.

El distrito donde se ubica posee extensión de 160,23km² y una población de 140,005 personas en aproximadamente. Y la peculiaridad de estar geográficamente ubicado en el valle de Lurín. Además, que a diferencia de otros distritos este cuenta con centros poblados alejados unos de otro ubicados en su mayoría en los márgenes del río Lurín.

Por lo tanto, recibe referencias de puestos de salud de dichos centros poblados aumentando la demanda del establecimiento. Por lo general las referencias recibidas son para el servicio de emergencia en su mayoría, y en menor cantidad para el laboratorio para ayuda diagnóstica. El lugar

donde el centro refiere es el Hospital de Emergencias de Villa el Salvador. La atención del centro antes de la pandemia se basaba en campañas de promoción, prevención, consultorio externo, seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, planificación familiar, control prenatal, y servicio de emergencia entre otros.

En contraste, durante la pandemia se cerró el consultorio externo, el seguimiento y atención se daba por teleconsulta, y se continuó con los controles prenatales; la atención de emergencia seguía atendiendo con normalidad las 24h. Además, se agregó una emergencia diferenciada para el manejo de sintomáticos respiratorios, en la cual hacían pruebas diagnósticas y manejo oportuno para Covid19, se implementó un equipo de vigilancia para el seguimiento de pacientes con factores de riesgo que tenían Covid19 y para la oportuna referencia si se complicasen. En cuanto a los lugares donde se referían los pacientes, esto cambió, se referiría a todo paciente Covid19 positivo con IgG/IgM, prueba de antígeno o molecular al Hospital de Emergencia Villa el Salvador, y no necesariamente por cuadro respiratorio sino cualquier otra patología. Y se referiría al Hospital María Auxiliadora todo paciente Covid19 negativo con IgG/IgM, prueba de antígeno o molecular.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En este capítulo se revisará manejo de cada caso clínico expuesto anteriormente. Así mismo se expondrá si el manejo infundado fue adecuado y/o acorde a la literatura médica., y se pudo haber hecho algo más para mejorar la atención, de tal modo crear un feedback y mejorara la calidad de atención.

MEDICINA

Caso1: Intoxicación por órgano fosforado

El diagnóstico final se dio por las características clínicas el cual poseía al paciente, un toxidrome colinérgico que abarca ciertas características entre ellas bradicardia, miosis, sialorrea, broncorrea, emesis, diaforesis, entre otros (1).

Se debe mencionar que la información que apporto la pareja oriento parciamente a diagnóstico, ya que al referirse específicamente a “haber ingerido un sobre de veneno para rata” pudiera haber orientado más a una intoxicación por bromadiolona, un anticoagulante que está presente en la gran mayoría de raticidas en el mercado peruano. Pero esto se descarta inmediatamente, por una presentación clínica más compatible con intoxicación por órgano fosforado o carbamatos.

El manejo inicial como toda emergencia fue el adecuado y el oportuno, cumpliendo con el ABC respectivo, con respecto al manejo per se del cuadro, el procedimiento inicial es el lavado gástrico oportuno, esto quiere decir menor a 1 hora desde a ingestión. Y a la vez administrando el antídoto que en este caso sería la atropina que se da de 3 a 5 mg EV, posterior a eso ir evaluando cada 5 min tomando como marcador la resolución de síntomas antimuscarínicos pulmonar (secreción bronquial y broncoespasmo) no tomar como marcador diámetro pupilar (1). Haciendo

una comparación con la medicina basada en evidencias se actuó acorde a la literatura.

Se debe mencionar que este tipo de patologías son de referencia obligatoria a una institución de mayor resolución, ya que a pesar del manejo correcto que se dio, este necesita monitoreo constante.

Caso2: Hipoglicemia

En este caso la paciente entro con trastorno del sensorio, siendo el hijo la única persona en dar información, el antecedente de diabetes con manejo de insulina horario fue el mejor dato de orientación al diagnóstico. Por medio del examen físico se iba alejando la posibilidad de un TEC, de ese modo iniciando manejo lo más antes posible.

Como en toda emergencia se procedió con el ABC, luego de eso se empezó a habilitar una vía periférica, y administrar dextrosa al 5% a chorro por lo menos 20 minutos, hasta que paciente recobra conocimiento.

En esta situación en específico para poder confirmar el diagnóstico se debió haber dosado la glucosa por medio de un hemoglucotest, pero esto no se pudo dar debido a que el tóxico de emergencia no cuenta con tiras reactivas, esto no retrasaría el manejo oportuno ya que la clínica nos orienta a dicho diagnóstico. Esto es un gran ejemplo de las limitaciones materiales que como médicos generales podríamos tener y está en cada uno saber cómo afrontarlo de la mejor manera.

En cuanto al manejo, lo ideal en este caso hubiera sido la administración dextrosa 33.3% EV en bolo de 4-6 ampollas, buscando un valor total de 30 a 40 gr de dextrosa, cabe mencionar que 1 ampolla equivale a 6.6gr de dextrosa (2). La explicación a la conducta tomada, fue porque el centro de salud no contaba a la fecha, con ampollas de dextrosa al 33.3%. De este modo mostrando una vez más que el médico peruano tiene que adaptarse acorde a los recursos y a la necesidad del paciente.

PEDIATRÍA

Caso1: Diarrea disentérica sin signos de deshidratación

En cuanto al manejo de diarrea en pediátricos, cabe recordar en la

evaluación inicial es ver el estado de hidratación del paciente, posterior a eso todo lo demás. Ya que, por proporción al peso corporal, el paciente pediátrico tiende a deshidratarse más por cuadros diarreicos que los adultos.

En este caso se evaluó los signos cardinales de la deshidratación (estado de conciencia, ojos, mucosa oral, lagrimas, sed, signo del pliegue) (3).

Y en cuanto a la elección de antibiótico ideal, la familia refirió criar aves de corral lo cual posee una fuerte asociación a campylobacter jejuni siendo este sensible a la azitromicina (4).

La explicación del porque no se indicó un examen heces para hallar el agente patógeno específico es porque la atención fue dada un día feriado donde el laboratorio permanece cerrado. Este tipo de situación es común en el primer nivel donde se presenta esta disyuntiva entre darle el antibiótico al paciente y explicarle los signos de alarma, o dejarle una orden para hacerse el análisis y que al día siguiente regrese con los resultados para indicarle los antibióticos, el último escenario expuesto sería lo óptimo, pero en la realidad esto es poco frecuente ya que los pacientes por lo general no retornan, ya sea por la distancia, horarios de trabajo entre otros. Por lo que es importante adecuar el manejo acorde a la realidad.

Caso2: Giardiasis

Este caso tiene la particularidad que no es una emergencia en sí, y la razón por la que se aceptó esta atención fue que era alta la demanda de pacientes por consulta externa que el servicio de teleconsulta no se daba abasto. Por ende, quedó en decisión de del médico de guardia el poder atender a estos pacientes, claro está priorizando a otros pacientes que sean emergencias.

La evaluación clínica como la esteatorrea, lentería y dolor abdominal hacia orientar más a un cuadro de giardiasis, muy común en la zona de Pachacamac. Se pidió los exámenes correspondientes, confirmando el diagnóstico por un parasitológico positivo a giardia lamblia.

El manejo fue el ideal para giardiasis, el cual es 5mg/KG cada 8h por 5-7

días (5).

En este caso queda como ejemplo el poder que tiene uno como médico en poder ayudar a la población, tal vez no siguiendo el flujograma de atención, pero por el contexto de la alta demanda, y la larga espera del paciente que tal vez no reciba la atención, está en uno poder apoyar al paciente.

CIRUGÍA

Caso1: Herida cortante

En este caso se apreció lesión cortante lineal, que compromete piel y expone ligeramente tejido celular subcutáneo, sin comprometer musculo ni tendones al examen físico, por lo que se procedió a la lavar la herida, posteriormente revisar la herida y confirmar que no se trate de una herida con signos de flogosis o infectada. Se hace hincapié a esto porque a pesar de que el paciente pueda referir que el incidente fue hace 15 min, ocurre que los pacientes pueden ocultar información o mentir, lo cual desviara nuestro manejo.

En cuanto al tratamiento, la sutura con punto simple se aplica en este caso sin ningún problema, la vacuna antitetánica es fundamental en este caso, así como profilaxis con dicloxacilina para cubrir estafilococo entre otros (6).

Caso2: Mordedura de perro

Es de los casos más frecuentes que acuden a la emergencia, en cuanto al manejo es la misma que cualquier herida, con el lavado adecuado, pero en este caso el afrontamiento esta diferido, el manejo de primera línea fue lo que se indicó, pero en caso no se contara con amoxicilina más acido clavulánico, podría optarse por dicloxacilina más clindamicina, siempre pensando en cubrir anaerobios (7).

Es necesario comentar que toda mordedura de animal deber ser inmediatamente informado al encargado de zoonosis para rastreo y vigilancia. La vacuna antirrábica es obligatoria en este caso, ya que la dueña del animal confirma que este no posee vacuna.

GINECO-OBSTETRICIA

Caso1: Bacteriuria asintomática

También es uno de los casos más frecuentes que un médico general se puede topar, la bacteriuria asintomática es un hallazgo laboratorial que solo se da tratamiento en los siguientes casos: Gestantes, pacientes que van a tener alguna intervención urológica, y trasplantados recientes.

En este caso en específico, la importancia del manejo oportuno es crucial ya que se ha asociado a mayor probabilidad de complicaciones del embarazo. El manejo más adecuado según la bibliografía es con nitrofurantoina (solo no se usa en el último trimestre), otras opciones puede ser fosfomicina monodosis, amoxicilina, entre otros (8).

De igual manera es importante la reevaluación con el resultado del urocultivo, en el caso que hubiera resistencia rotar de antibiótico.

Caso 2: Sífilis en gestante

En este caso tenemos el hallazgo de una paciente con sífilis en su primer control prenatal en el primer trimestre. Para este caso debemos recordar que el manejo debe ser inmediato, quiere decir el mismo día que se diagnostica, y concientizarla que regrese para la administración del tratamiento restante.

El tratamiento debe ser completo para la prevención de sífilis congénita que es con penicilina G benzatínica 2.4 millones UI vía intramuscular 1 vez por semana por 3 semanas consecutivas. Y debe ser adecuado, esto quiere decir que la última dosis de penicilina G benzatínica es aplicada a la gestante hasta de 4 semanas previas al parto. De no cumplir con estos dos criterios, la probabilidad de que exista sífilis congénita en el producto es alta (9).

A demás del tratamiento la paciente debe recibir consejería, tratamiento para los contactos y recibir condones. El manejo en este caso fue el adecuado teniendo como base la norma técnica (9).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Como todo interno de medicina la expectativa de vivir la experiencia de un año completo dentro del hospital era enorme, más aun trabajando a lado de los residentes quienes son pieza clave para un trabajo en equipo, además de los asistentes quienes en su larga experiencia compartirían todos sus conocimientos.

La primera rotación, fue pediatría que se subdividía en 2 segmentos de 1 mes y medio cada uno, neonatología y pediatría. Se empezó con el servicio de neonatológica: en las cuales tenía 3 áreas de trabajo, atención inmediata del recién nacido, alojamiento conjunto y cuidados intermedios del recién nacido.

A pesar de la mala infraestructura y el hacinamiento, el personal muy bien ordenado y capacitado cubren sin problema esa falencia.

Sin duda como cualquier interno en un hospital nacional, una de las mayores desventajas es realizar el llenado de documentos, es increíble la cantidad de papeles a llenar. Esto nos lleva a reflexionar, que sería mucho más eficiente automatizar de alguna manera el llenado, de esa forma emplear más tiempo con los pacientes.

El siguiente segmento por realizar fue pediatría, pero esta vez en el nuevo hospital de vitarte. Con infraestructura moderna, habitaciones bipersonales, computadoras para poder realizar la documentación de forma automatizada, y con coordinación de exámenes auxiliares en tiempo real. Sin duda un mejor ambiente mejora no solo la capacidad de resolver las cosas, si no emocionalmente es un plus para un interno para sobrellevar con una sobrecarga laboral de por si alta.

Dos semanas antes de poder terminar la rotación, el presidente por medio de un decreto de urgencia pone en cuarenta a todo el país debido a la

pandemia. Y la Asociación de Peruanos de Estudiantes de Medicina, recomendó a las facultades de medicina retirar a los internos para salvaguardar sus vidas ya que son considerados estudiantes mas no parte del staff de la institución

Meses posteriores, se retomaría el internado con un mejor panorama, con una primera ola en descenso, y se reasignaría a establecimientos del primer nivel

Ya una vez asignado al centro de salud solo con el servicio de emergencia en funcionamiento, y aun 3 rotaciones por completar. La expectativa de poder encontrar patologías del mismo carácter que un hospital era baja, el pensamiento personal de cómo era un establecimiento I-3 era erróneo.

Desde el primer día en el servicio de emergencia, impresionaba la cantidad de demanda por enfermedades de todo tipo, esto era un reflejo a que aun los hospitales se veían saturados, y la negación del mismo paciente por acudir ahí.

Sin duda la mayor dificultad sería no tener las 3 rotaciones por separado y desarrollarlas por individual, ya que las patologías que llegaban eran de todo tipo. Lo segundo en dificultad sería las áreas de apoyo al diagnóstico, ya que se contaba con un laboratorio básico, y rayos x, mas no ecografía. Y estos 2 primeros tenían un horario de atención de 12 horas por las mañanas.

La estrategia a tomar para poder afrontarse a tal situación fue, acudir al ASIS del centro y al área de estadística para poder recolectar información de las patologías más frecuentes atendidas en el centro, de ese modo priorizar la base teoría de tales patologías y llevarlos de la mano en la práctica.

En cuanto a los exámenes auxiliares, solo se pedía lo necesario y lo que no se podía realizar en el centro, el paciente acudía a un particular.

El escenario se mostraba propicio para desarrollar todo lo aprendido en la universidad, una alta demanda de pacientes y diversas patologías, y un médico general con experiencia suficiente para resolver los problemas a pesar de las deficiencias del sistema en el primer nivel. Era suficiente para poder ganar experiencia y sobre todo capacidad de decisión y criterio al manejar pacientes de todo tipo.

A pesar de las dificultades, la experiencia obtenida en primer nivel con una alta demanda se podría asemejar en algún punto a lo que en el futuro se desarrollaría en un Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS).

CONCLUSIONES

Recapitulando todo lo estipulado en este trabajo, podemos concluir que el internado es sin duda pieza clave para la consolidación de los temas tratados en la Ciencias básicas y las practicas hospitalarias en Ciencias Clínicas. Se trata de un año completo de constante entrenamiento, tanto físico como mental, y el resultado final además de adquirir la práctica también lograr adquirir juicio y criterio clínico para poder afrontar los diversos escenarios que se presenten.

En cuanto al internado en primer nivel, a pesar de ser en un escenario atípico se logró abarcar la mayoría de las patologías frecuentes. A demás, un incremento en la capacidad de tomar decisiones terapéuticas, y ser capaz de discernir hasta donde se puede resolver la patología, y cuando referirla, de ese modo no saturando al segundo nivel de atención.

Una de las desventajas es extrapolar el orden de rotaciones que normalmente se hacían en el hospital, ya que este en el centro de salud no cuenta con las especialidades. Que con una buena estrategia de parte del interno se puede abarcar las patologías más frecuentes de cada uno. Finalizando este acápite, el primer nivel puede aparentar ser una institución que no aportaría mucho. Pero luego de pasar por esa experiencia es lo que más se asemeja a la realidad de un médico general.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones por dar serán tanto para un internado hospitalario como para uno en el primer nivel de atención. Se añadirá pautas para poder ser más eficiente y productivo, pudiendo sacar el máximo provecho de la rotación, además de eso saber cómo sobrellevar las deficiencias de cada institución.

La sugerencia para el internado del hospital es conocer la institución en la cual se harán las rotaciones, conocer dónde queda el servicio dentro del hospital, donde están ubicados los servicios de apoyo al diagnóstico como radiología y laboratorio. Quien y cuantos son los personales a cargo del servicio por turno, cual es el flujograma de atención, así como los documentos a llenar. Para lograr esto se recomienda acudir por lo menos 1 semana antes y buscar a interno saliente para familiarizarse con todos estos tópicos ya mencionados. Esto aumentará la productividad, y ahorrar tiempo para poner más énfasis en a practica clínica.

En cuanto al primer nivel, las recomendaciones son las expuestas anteriormente, pero aquí se le añadirá otras más, como acudir al ASIS, para ver las enfermedades más frecuentes que acuden, esto se debe a que por ser manejo de medicina general no se enfocara solo en una especialidad determinada, sino abarcara muchas patologías al mismo tiempo. Y como recomendación final, es revisar las herramientas con las que se trabaja, esto incluye a indagar los medicamentos con los que se cuenta farmacia para ver que manejo se le dejara al paciente, y por último de la misma forma ver las herramientas que cuenta el tópico de emergencia, como glucómetro, pantoscopio, aspirador de secreciones, desfibrilador, etc. Esto ayudara a estar preparados ante cualquier tipo de escenario.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Bird S. Organophosphate and carbamate poisoning. UpToDate [Internet]. febrero de 2021; Disponible en:
https://www.uptodate.com/contents/organophosphate-and-carbamate-poisoning?search=cholinergic%20toxicity&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
2. Cryer E. Hypoglycemia in adults with diabetes mellitus. En: UpToDate [Internet]. 2021. Disponible en:
https://www.uptodate.com/contents/hypoglycemia-in-adults-with-diabetes-mellitus?search=hypoglycemia&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
3. Minsa. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de a enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño [Internet]. 2017 ene. Disponible en:
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf
4. Allos BM. Clinical manifestations, diagnosis, and treatment of Campylobacter infection. En: UpToDate [Internet]. 2019. Disponible en:
https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-treatment-of-campylobacter-infection?search=campylobacter%20jejuni&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
5. Bartelt L. Giardiasis: Treatment and prevention. En: UpToDate [Internet]. 2020. Disponible en:
https://www.uptodate.com/contents/giardiasis-treatment-and-prevention?search=giardia%20treatment&source=search_result&selectedTitle=1~106&usage_type=default&display_rank=1

6. deLemos D. Skin laceration repair with sutures. En: UpToDate [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/skin-laceration-repair-with-sutures?search=wound&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6
7. Baddour LM, Harper M. Animal bites (dogs, cats, and other animals): Evaluation and management. En: UpToDate [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/animal-bites-dogs-cats-and-other-animals-evaluation-and-management?search=dog%20bite&source=search_result&selectedTitle=1~41&usage_type=default&display_rank=1%2025
8. Hooton T, Gupta K. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. En: UpToDate [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=asymptomatic%20bacteriuria&topicRef=8061&source=see_link
9. Minsa. Norma técnica de salud para la prevención de la transmisión materno infantil del vih, sífilis y hepatitis b [Internet]. 2019. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1226904/501520200811-2899800-1gh6axo.pdf>