



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA PROFESIONAL DEL INTERNADO MÉDICO
DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL HOSPITAL DE
HUAYCÁN, EN EL PERIODO 2020-2021**

**PRESENTADO POR
CAROLINA STEPHANIE MOSQUERA GUTARRA**

**ASESOR
JOSÉ RODOLFO GARAY URIBE**

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

LIMA- PERÚ

2022



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 PROFESIONAL DEL INTERNADO MÉDICO
DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL HOSPITAL
DE HUAYCÁN, EN EL PERIODO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

CAROLINA STEPHANIE MOSQUERA GUTARRA

ASESOR

DR. JOSÉ RODOLFO GARAY URIBE

Lima, Perú

2022

JURADO

Presidente: Mg. Alejandra Parhuana Bando

Miembro: M.E. Edgar Kelvin Espinoza Tarazona

Miembro: M.E. Víctor Emilio Cubas Vásquez

DEDICATORIA

A mis padres por su apoyo incondicional y paciencia todos estos años de carrea. A mi novio y a mi hija que han sido mi mayor soporte e impulso para culminar la carrera en tiempos de pandemia. A mis abuelos, que ya no están presentes físicamente, esto es para ustedes.

Carolina Stephanie Mosquera Gutarra

AGRADECIMIENTO

Mi gran agradecimiento al Hospital de Huaycán por permitirnos retomar el internado médico en sus instalaciones en plena pandemia, especialmente a los médicos asistentes por su darnos sus enseñanzas, confianza y amistad.

INDICE

JURADO	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
INDICE	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCION.....	viii
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 ROTACIÓN DE CIRUGÍA	2
1.2 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA	7
1.3 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.....	10
1.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA.....	14
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	19
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL.....	23
3.1 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL	23
3.2 ROTACIÓN DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGÍA	25
3.3 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.....	28
3.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA.....	29
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.....	32
CONCLUSIONES.....	35
RECOMENDACIONES.....	36
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	37
ANEXOS	40

RESUMEN

El hospital de Huaycán es un establecimiento de salud de categoría II-1 que, como campo clínico para la realización del internado médico, ofrece la posibilidad de un aprendizaje, en la práctica, directamente de los asistentes de las cuatro especialidades básicas (medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría), toda vez que no cuente con médicos residentes. Esta particularidad del hospital de Huaycán hace que el interno de medicina cumpla múltiples tareas: las de su propio nivel de desarrollo y aquellas que, clásicamente, le corresponden al residente de una especialidad. Debido a la pandemia de COVID-19 en el Perú, las actividades del internado 2020 se vieron interrumpidas, suspendiéndose las prácticas clínicas en los hospitales. Meses después se pudo regresar a las actividades, pero en periodos reducidos. Si bien esto causó ciertas limitaciones, no fue impedimento para poder aprovechar al máximo el tiempo en el hospital de Huaycán.

Objetivo: Describir la experiencia profesional adquirida en el internado médico desarrollado durante el periodo de enero 2020 a abril 2021.

Metodología: Recuento de casos clínicos frecuentes en el hospital. Recopilación de información y apreciación sobre la experiencia del internado médico.

Conclusiones: La experiencia del internado médico en el Hospital de Huaycán, a pesar de la pandemia por COVID-19, se desarrolló de manera directa con los medios asistentes, lo que fue crucial para el aprendizaje de cada interno.

Palabras claves: Internado médico, Cirugía general, Gineco obstetricia, Medicina interna, Pediatría y neonatología, COVID-19.

ABSTRACT

The Huaycán hospital is a category II-1 health establishment that, as a clinical field for the medical internship, offers the possibility of learning, in practice, directly from the assistants of the four basic specialties (internal medicine, surgery, obstetrics and gynecology and pediatrics), since it does not have resident doctors. This peculiarity of the Huaycán hospital makes the medicine intern fulfill multiple tasks: those of their own level of development and those that, classically, correspond to the resident of a specialty. Due to the COVID-19 pandemic in Peru, the activities of the 2020 internship were interrupted, suspending clinical practices in hospitals. Months later it was possible to return to activities, but in reduced periods. Although this caused certain limitations, it was not an impediment to making the most of the time in the Huaycán hospital.

Objective: Describe the professional experience acquired in the medical internship developed during the period from January 2020 to April 2021

Methodology: Count of frequent clinical cases in the hospital. Compilation of information and appreciation on the experience of the medical internship.

Conclusions: The experience of the medical internship at the Huaycán Hospital, despite the COVID-19 pandemic, was developed directly with the attending media, this was crucial for the learning of each inmate.

Key words: Medical internship, General surgery, Obstetric gynecology, Internal medicine, Pediatrics and neonatology, COVID-19.

INTRODUCCION

Cada año, los estudiantes del séptimo año de la carrera de medicina humana realizan el internado médico, el cual consiste en prácticas preprofesionales, durante todo un año, en establecimientos de salud de todo el Perú. Este periodo tiene como propósito poner en práctica lo aprendido en años anteriores, además de ser requisito para obtener el título profesional.

El internado 2020 se realizó en el hospital de Huaycán iniciándose en la rotación de cirugía general, durante los meses de enero, febrero y mitad del mes de marzo. El 16 de marzo se suspenden las actividades debido a la cuarentena obligatoria que dispuso el gobierno a causa de la pandemia del COVID-19.

Tras meses sin actividades, se logra retomar el internado médico en el mes de octubre del 2020, según lo establecido en la Resolución Ministerial N622-202-MINSA(1). Así mismo, el Documento Técnico de los Lineamientos para la reanudación progresiva al internado, dispuso que las actividades de los internos se realizarían bajo el régimen de 15 días de asistencia continua, en áreas no-COVID, seguidos de 15 días de descanso(2). También se determina que el internado médico culminaría en abril del 2021.

Para el retorno del internado médico se realizaron capacitaciones sobre COVID-19 y medidas de bioseguridad por parte de la facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres. Así mismo, el Hospital de Huaycán realizó charlas virtuales sobre las nuevas medidas de bioseguridad y el correcto uso y desecho del equipo de protección personal (EPP), para

todos sus internos. Además de realizarles exámenes médicos, así como pruebas serológicas antes del retorno al hospital.

Es así que se retoman las actividades del IM en áreas no-COVID del Hospital de Huaycán el 2 de octubre de 2020, para la rotación de Pediatría, seguido de Ginecología y terminando con Medicina Interna. Cabe resaltar que debido a las limitaciones y al bajo flujo de pacientes, no se logró un internado médico óptimo.

Por lo tanto, el presente informe tiene como finalidad describir la experiencia y los conocimientos adquiridos en cada rotación durante el IM enero 2020-abril 2021.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

Los años de carrera de medicina humana, en la Universidad de San Martín de Porres, se dividen en tres etapas. Los primeros tres años académicos se llevan cursos de ciencias básicas, que son básicamente cursos teóricos; en los siguientes años, se llevan cursos de ciencias clínico-quirúrgicas, en donde los estudiantes empiezan a asistir clases prácticas en diversas sedes hospitalarias; y en el último año de carrera se inicia el internado médico, en donde se realizan prácticas preprofesionales durante un año calendario, guiados por un médico asistente, en diferentes hospitales.

El internado médico es el año en donde los estudiantes de medicina tienen la oportunidad de consolidar y poner en práctica todo lo aprendido en años anteriores. En este periodo el interno deberá realizar las historias clínicas de sus pacientes asignados, participar de las visitas y juntas médicas, realizar un correcto diagnóstico y dar un manejo oportuno al paciente. Todo esto supervisado y evaluado por un tutor o médico asistente. Adicional a esto, el internado da la oportunidad de afianzar las habilidades del futuro médico para lograr una buena relación médico-paciente. Por otro lado, adquiere experiencia en el trabajo en equipo con el personal médico que trabajan en la misma institución

En el hospital de Huaycán, el interno de medicina debe rotar por los diferentes servicios de la especialidad en la que se encontraba, como hospitalización, consultorio externo y tópicos de emergencia. En el área de hospitalización, el interno tiene la responsabilidad de realizar todas las historias clínicas de los pacientes que ingresaban, además de escribir diariamente la evolución de su

paciente asignado para que en el momento de la visita médica exponga el caso clínico ante su médico asistente. De la mano de su tutor, en interno deberá realizar el diagnóstico y dar un tratamiento a su paciente. En consultorio externo, el futuro médico, se encarga de asistir al médico, evaluar al paciente y realizar las recetas médicas y/o realizar las ordenes de exámenes auxiliares si es que lo amerita. En el tópicico de emergencia, se realizan las guardias de doce horas, en donde se reciben a pacientes con alguna emergencia. Se evalúa rápidamente a todos los pacientes, se les da un diagnóstico y tratamiento adecuado y se le hospitaliza si es que la patología lo amerita.

1.1 ROTACIÓN DE CIRUGÍA

La primera rotación en el Hospital de Huaycán fue en el servicio de Cirugía General, que se dio desde el primero de enero hasta el quince de marzo de 2020. En el área de consultorio externo se apoya al personal asistencial realizando retiro de puntos, curación de heridas, programación de cirugías y reevaluación de pacientes post operados. En hospitalización, se tiene la responsabilidad de evaluar diariamente a los pacientes post operados hasta su día del alta, así como de asegurarse que al paciente se le realicen los exámenes auxiliares que se le solicita y que se cumpla con el tratamiento correcto. En las guardias en el tópicico de cirugía, se atendían, en su mayoría, heridas contuso-cortantes, mordedura canina, contusiones y pacientes con clínica de apendicitis. También se atendían casos de traumatología, como esguinces, luxaciones y fracturas.

A continuación, se hablará a detalle de dos casos clínicos resaltantes durante los meses de rotación en este servicio. Cabe resaltar que el desarrollo de los casos se dio bajo la supervisión de un médico asistentes.

Caso A:

1. ANAMNESIS

Filiación: Paciente varón de 45 años.

- Natural de Jauja, Junín, procedente de Horacio, Huaycán.
- Ocupación: Comerciante

Enfermedad actual:

TE: 10 horas **Inicio:** insidioso **Curso:** Progresivo

Paciente varón de 45 años de edad, sin antecedentes de importancia, llega a emergencia con un tiempo de enfermedad de 10 horas. El paciente refiere dolor en hemi abdomen inferior de tipo cólico, en una escala visual analógica del dolor (EVA) 7/10. A las dos horas de iniciado el cuadro clínico refiere haber tomado dos tabletas de Paracetamol de 500 mg, pero el dolor no cede. Una hora antes del ingreso, menciona que el dolor migró hacia fosa iliaca, asociado a sensación de alza térmica no cuantificada, náuseas y falta de apetito por lo que decide acudir a emergencia del Hospital de Huaycán.

Antecedentes:

- **Antecedentes patológicos:** no refiere
- **Hábitos:** Bebe alcohol sólo en reuniones sociales.
- **Antecedentes familiares:** niega

Funciones biológicas:

- **Apetito:** Disminuido.
- **Sed:** Aumentada.
- **Orina:** Conservada
- **Deposiciones:** Conservada
- **Sueño:** Conservado

2. EXAMEN FISICO:

Peso: 70 kg / **Talla:** 1.65 cm / **Frecuencia cardiaca (FC):** 82 lpm / **Frecuencia respiratoria (FR):** 17 rpm / **T:** 38,5 °C / **Sat. O2:** 99% / **PA:** 110/ 65

Paciente despierto en aparente regular estado general (AREG), aparente buen estado de hidratación (ABEH), aparente buen estado de nutrición (ABEN), ventilando espontáneamente.

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

Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares. No ruidos asociados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos de buena intensidad. No se auscultan soplos.

Abdomen:

- **Inspección:** No se visualizan lesiones.
- **Auscultación:** ruidos hidroaéreos presentes
- **Palpación:** Blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en FID. Signo de Mc Burney: positivo, Blumberg: positivo
- **Percusión:** Timpánico.

Genitourinario: Sin alteraciones

Neurológico: LOTEP, Escala de Glasgow 15/15

Con la anamnesis y examen físico realizado, se tiene un diagnóstico presuntivo de apendicitis aguda. Se procede a solicitar exámenes auxiliares como hemograma, examen de orina, urea y creatinina, y ecografía abdominal. Luego de recibir los resultados de los exámenes auxiliares, se aplica la escala de Alvarado para la valoración clínica del paciente, obteniéndose una puntuación de 9. Por ende, se llega a un diagnóstico definitivo de apendicitis aguda y se procede a solicitar riesgo quirúrgico para intervenirlo quirúrgicamente. La apendicetomía abierta no presentó complicaciones y la evolución post operatoria fue favorable por lo que a las 48 horas fue dado de alta con tratamiento antibiótico.

CASO B:

1. ANAMNESIS

Filiación: Paciente mujer de 39 años.

- Natural de Lima, procedente de Huaycán.
- Ocupación: Estilista

Enfermedad actual:

TE: 1 día **Inicio:** insidioso **Curso:** Progresivo

Paciente mujer de 39 años de edad, con un tiempo de enfermedad de 1 día. Ingresa a emergencia del hospital por presentar una clínica de dolor abdominal tipo cólico, predominantemente en epigastrio e hipocondrio derecho que se irradia al dorso, en una escala EVA de 6/10, que inició luego de haber ingerido alimentos grasos. Seis horas antes del ingreso presentó náuseas y vómitos en 2 ocasiones. Una hora antes del ingreso presentó aumento del dolor de intensidad 9/10 por lo que decide acudir al hospital de Huaycán.

Antecedentes:

- **Antecedentes patológicos:** litiasis vesicular por ecografía hace 2 meses. Cólico vesicular hace 1 mes por lo que fue atendida en el hospital.
- **Hábitos:** no refiere.
- **Antecedentes quirúrgicos:** cesárea hace 9 años.
- **Antecedentes familiares:** niega

Funciones biológicas:

- **Apetito:** Disminuido.
- **Sed:** Aumentada.
- **Orina:** Conservada
- **Deposiciones:** Conservada
- **Sueño:** Conservado

2. EXAMEN FISICO:

Peso: 60 kg / **Talla:** 1.55 cm / **FC:** 88 lpm / **FR:** 19 rpm / **T:** 37,3 °C / **Sat. O2:** 99% / **PA:** 120/ 65

Paciente despierta en aparente regular estado general (AREG), aparente buen estado de hidratación (ABEH), aparente buen estado de nutrición (ABEN), ventilando espontáneamente.

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

Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares. No ruidos asociados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos de buena intensidad. No se auscultan soplos.

Abdomen:

- **Inspección:** No se visualizan lesiones.
- **Auscultación:** ruidos hidroaéreos aumentados
- **Palpación:** Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho. Signo de Murphy: positivo, Blumberg: negativo
- **Percusión:** Timpánico.

Genitourinario: Sin alteraciones

Neurológico: LOTEP, Escala de Glasgow 15/15

Luego de realizar la anamnesis y el examen físico se llega al diagnóstico presuntivo de colecistitis aguda por lo que se solicita exámenes auxiliares de apoyo para el diagnóstico definitivo. Se solicita hemograma completo, glucosa, urea, creatinina y PCR, ecografía abdominal. Se le da tratamiento para el manejo del dolor y las náuseas. Los resultados de los exámenes solicitados arrojaron leucocitos y en el informe ecográfico se observaron múltiples imágenes litiásicas en su interior; lo que, junto con la anamnesis y el examen físico, llevó a concluir en el diagnóstico definitivo de colecistitis aguda, por lo que el manejo fue quirúrgico. Se le realizó una colecistectomía abierta. Durante la cirugía no se presentaron complicaciones. A las 72 horas después de la cirugía, no presentó complicaciones por lo que se le dio de alta con tratamiento antibiótico.

1.2 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

La segunda rotación del presente internado se realizó en el contexto de la pandemia por el COVID-19, pero gracias a la Resolución Ministerial ya antes mencionada, donde decretan el retorno de los internos a los hospitales, se logra iniciar la rotación de pediatría y neonatología el 2 de octubre del 2020 en el Hospital de Huaycán. Debido a los lineamientos para el retorno a los hospitales, los internos sólo debían rotar en áreas NO COVID. Por consiguiente, la cantidad de pacientes era muy reducido en comparación a los meses antes de la pandemia, llegando a atender 4 pacientes en un día como máximo.

En el área NO COVID de pediatría y neonatología sólo se atendían pacientes con prueba serológica de COVID 19 negativa. Así mismo, no se atendían pacientes sintomáticos respiratorios. Es por ello que la variedad de patologías que se vieron fue muy escasa.

El servicio de Pediatría se dividía en hospitalización y emergencia. En el área de hospitalización, en donde sólo había 4 camas, el interno tenía la función de realizar las historias clínicas, examinar a los pacientes a diario para ver su evolución hasta el día de su alta médica. En tópicos de emergencia la patología más vista fue diarrea aguda, intoxicación por pesticidas y convulsión febril. El servicio de neonatología se dividía en el área de atención inmediata y alojamiento conjunto. En la primera área, el interno se encargaba de evaluar y realizar los cuidados al neonato. A las dos horas se le reevaluaba con el objetivo de detectar oportunamente alguna patología. Si todo era favorable, el neonato pasaba a alojamiento conjunto, en donde el interno se encargaba de evaluar diariamente al recién nacido y describir su evolución clínica hasta el día de su alta.

Caso C:

1. ANAMNESIS

Recién nacido a término, varón de 39 semanas, adecuado para edad gestacional, con tiempo de vida de 1 día y 6 horas, nacido por parto vaginal.

Antecedente materno: Segundigesta

Antecedentes natales: Peso: 3575 gr / talla: 50 cm / temperatura: 36.9 °C / FC: 145 lpm / FR: 50 rpm. Apgar 9 al primer minuto y 9 a los 5 minutos. Examen físico sin alteraciones.

2. EXAMEN FÍSICO

FC: 150 lpm / FR: 47 rpm / temperatura: 37 °C

Recién nacido dormido en alojamiento conjunto con su madre, ventilando espontáneamente.

Piel: coloración amarillenta (++)/+++ hasta abdomen, llenado capilar: menos de 2 segundos.

Tórax y pulmones: amplexación simétrica, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos y de buena intensidad. No se auscultan soplos.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible. No visceromegalia. Ombligo cubierto por gasa seca.

SNC: Fontanela normotensa, reactivo a estímulos. Reflejos: succión (+), prensión (+), Moro (+).

Según lo descrito en la anamnesis y examen físico realizado al RN se llegan a los siguientes diagnósticos; RNAT varón de 39 semanas por parto vaginal, AEG e ictericia neonatal fisiológica. Por lo que el plan consiste en continuar con la lactancia materna exclusiva a demanda con una buena técnica para evitar una baja de peso del RN. Así como vigilar la ictericia.

Caso D:

1. ANAMNESIS:

Filiación: Paciente varón de 5 años.

- Natural de Lima, procedente de Huaycán.

Enfermedad actual:

TE: 1 día **Inicio:** insidioso **Curso:** Progresivo

Paciente varón de 5 años es traído por su madre refiriendo que su niño se encuentra realizando deposiciones líquidas, sin moco ni sangre, en 5 oportunidades desde hace 1 día aproximadamente. Esto asociado a falta de apetito y decaimiento. Tres horas antes del ingreso refiere fiebre de 38 °C medida en la axila con termómetro de mercurio, por lo que decide darle paracetamol, bajando así la temperatura. Madre refiere que el menor se encuentra más irritable que de costumbre y le pide tomar agua constantemente. Una hora antes del ingreso presentó un vómito de contenido alimenticio, luego es traído a emergencia del hospital.

Antecedentes:

- **Antecedentes patológicos:** no refiere
- **Antecedentes familiares:** niega
- **Inmunizaciones** Completa

Funciones biológicas:

- **Apetito:** Disminuido.
- **Sed:** Aumentada.
- **Orina:** Conservada
- **Deposiciones:** aumentada
- **Sueño:** aumentado

2. EXAMEN FÍSICO

Peso: 20 kg / **Talla:** 1.07 cm / **FC:** 92 lpm / **FR:** 20 rpm / **T:** 37 °C

Paciente despierto en aparente regular estado general (AREG), aparente regular estado de hidratación (AREH), aparente buen estado de nutrición (ABEN), ventilando espontáneamente.

Piel: Tibia, mucosas poco húmedas. Signo del pliegue negativo. Llenado capilar: menos de 2 segundos.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares. No ruidos asociados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos de buena intensidad. No se auscultan soplos.

Abdomen:

- **Inspección:** abdomen distendido
- **Auscultación:** ruidos hidroaéreos aumentados
- **Palpación:** Blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda.
- **Percusión:** Timpánico.

Genitourinario: Sin alteraciones

Neurológico: LOTEP, Escala de Glasgow 15/15

En el examen físico podemos ver signos de deshidratación moderada como mucosas poco secas e irritabilidad, que se asocian con lo descrito en la anamnesis en donde se indica que el niño tiene sed aumentada. Por esta razón se llega al diagnóstico de diarrea aguda. El plan terapéutico para este paciente fue, en primer lugar, la rehidratación oral con SRO (sales de rehidratación oral) en pequeñas cantidades para la reposición de líquidos; quedando en observación por 4 horas para vigilar su tolerancia a los líquidos. Además, se solicitaron exámenes auxiliares como reacción inflamatoria en heces y examen de heces en fresco. Ese día el hospital sólo contaba con el primer examen mencionado, el cual salió negativo. Tras cuatro horas de observación, el paciente evolucionó favorablemente, no hubo vómitos, toleró la ingesta de alimentos blandos. Se le da de alta al paciente y se procede a indicar a la madre los signos de alarma.

1.3 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

La tercera rotación se dio en la primera quincena de diciembre de 2020 y primera quincena de enero de 2020. El servicio de ginecología y obstetricia se dividía en las áreas de centro obstétrico, puerperio, patología, ecografía, emergencia y consultorio externo. Debido a la llegada de la segunda ola de contagios por COVID 19, se cancelaron las citas por consultorio externo.

En el área de puerperio, el interno tenía la actividad de evaluar a las puérperas y describir su evolución en la historia clínica hasta el día de su alta. En el área de patología se veían casos como hiperémesis gravídica, infección urinaria en gestantes, miomatosis y enfermedad pélvica inflamatoria; en donde el interno debía evaluar a las pacientes y realizar las evoluciones. En el área de centro obstétrico, el interno se encargaba de realizar los monitoreos fetales, asistir a los partos y AMEUs (aspirado manual intrauterino). En emergencia se recibían, en su mayoría, a las gestantes en trabajo de parto y pacientes con dolor pélvico; en donde el interno debía realizar el examen físico de cada paciente.

A continuación, se desarrollarán 2 de los casos más resaltantes de esta rotación.

CASO E:

Gestante de 37 años con 39 4/7 semanas, G2 P1001, FUR: 05/05/2020

Antecedentes familiares: niega

Antecedentes personales: cesárea en el 2018

Antecedentes ginecológicos:

Menarquia: 11 años / Ritmo catamenial: 3-5/28 / IRS: 17 años

Número de parejas sexuales: 3 / Método anticonceptivo: condón

Antecedentes obstétricos:

- G1: 2018, cesárea por estrechez pélvica, sin complicaciones en hospital de Huaycán.
- G2: 2020, feto podálico.

Paciente acude a emergencia del hospital por percibir contracciones uterinas cada 10 minutos, de moderada intensidad desde hace 2 horas. Percibe movimientos fetales. Refiere pérdida de líquido transparente hace media hora por lo que decide venir al hospital.

EXAMEN FISICO:

AREG, AREN, AREH ventilando espontáneamente

Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar: menor de 2 segundos.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad.

Abdomen: cicatriz de cesárea anterior

Altura uterina: 34 cm / SPP: LPI / DU: 1/10

Latidos fetales: 150 lpm / MF: ++/+++

Pelvis: Ginecoide. Tacto uterino:

Dilatación: 4 / AP: -3 / I: 90% / Membranas: rotas

Miembros inferiores: no edemas

SNC: LOTEP, Glasgow 15/15

En el presente caso clínico debido a la posición podálica del feto, la cesárea anterior hace menos de 3 años por estrechez pélvica, y la edad de la paciente se decide terminar con el embarazo mediante cesárea. Se procede a preparar a la gestante para SOP. La cesárea se realizó sin complicaciones obteniéndose un neonato varón de 3700 gr. La paciente pasa a recuperación con vía salinizada, analgésicos y antibióticos. Se le realiza masaje uterino y se le reevalúa en dos horas. Se le solicita exámenes de rutina en donde se obtiene un hematocrito control de 30%. Se le da de alta a la paciente a las 72 horas con analgésicos y sulfato ferroso por 7 días. Se le cita a los 7 días por teleconsulta.

CASO F:

1. ANAMNESIS

Filiación: Paciente mujer de 18 años.

- Natural de Lima, procedente de Huaycán.
- Ocupación: Estudiante

Enfermedad actual:

TE: 5 días **Inicio:** insidioso **Curso:** Progresivo

Paciente mujer de 18 años, con tiempo de enfermedad de 5 días, refiere un aumento de flujo vaginal color blanco grisáceo de mal olor asociado a prurito vaginal. Refiere percibir olor a pescado después de cada relación sexual. Niega dolor pélvico. Niega sangrado.

Antecedentes:

- **Antecedentes patológicos:** no refiere
- **Hábitos:** bebe alcohol los fines de semana
- **Antecedentes familiares:** niega
- **Antecedentes ginecológicos:**
Menarquia: 13 años / Ritmo catamenial: 4-6/28 /
IRS: 16
Número de parejas sexuales: 1 / Método
anticonceptivo: condón

Funciones biológicas:

- **Apetito:** Conservado
- **Sed:** Conservado
- **Orina:** Conservada
- **Deposiciones:** normales
- **Sueño:** Conservado

2. EXAMEN FÍSICO

Abdomen: blando, depresible. Ruidos hidroaéreos presentes. No doloroso a la palpación profunda.

Genitourinario:

- Especuloscopia: se observa leucorrea de aspecto blanco grisáceo abundante. No sangrado.

Después de la anamnesis y el examen físico se formula el diagnóstico de vulvovaginitis. Se plantea el tratamiento de metronidazol por 5 días y

miconazol en crema para el prurito vaginal. Se le brinda consejería sobre enfermedades de transmisión sexual y se le deriva a planificación familiar.

1.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

La última rotación de medicina interna se realizó desde el primero de febrero hasta la quincena de abril del 2021 en el hospital de Huaycán. El servicio de medicina interna se dividía en las áreas de hospitalización, observación y emergencia. Debido al estado de emergencia por el COVID-19, la afluencia de pacientes en el área NO COVID continuó siendo baja; es por ello que sólo se contaban con 5 camas de hospitalización en donde una de las patologías más vistas fue pancreatitis aguda, fibrosis pulmonar, infecciones urinarias en pacientes diabéticos, entre otras patologías. En el tópico de emergencia se recibían pacientes, en su mayoría, con síndrome doloroso abdominal a causa de colecistitis aguda, pancreatitis y gastritis aguda. Otras dos patologías frecuentes en emergencia fue diabetes mellitus descompensada, infección del tracto urinario y síndrome hipertensivo.

Por otro lado, las patologías respiratorias infecciosas no se pudieron atender debido a que estas eran derivadas al área COVID del hospital.

A continuación, se describirán 2 casos clínicos más frecuentes de esta rotación.

CASO G:

1. ANAMNESIS

Filiación: Paciente varón de 51 años.

- Natural de Junín, procedente de Huaycán - Lima.
- Ocupación: Chofer de combi.

Enfermedad actual:

TE: 1 día **Inicio:** insidioso **Curso:** Progresivo

Paciente varón de 51 años de edad, con un tiempo de enfermedad de 1 día. Ingresó a emergencia del hospital por presentar dolor en

epigastrio e hipocondrio derecho que se irradia a zona dorsal, de intensidad 6/10, que inició luego de haber ingerido alcohol durante 3 días seguidos. Cinco horas antes del ingreso presentó náuseas y vómitos en 2 ocasiones de contenido alimenticio. El paciente refiere que no tolera alimentos ni líquidos. Refiere sensación de alza térmica no cuantificada. Una hora antes del ingreso presentó aumento del dolor de intensidad 9/10 por lo que decide acudir al hospital de Huaycán.

Antecedentes:

- **Antecedentes patológicos:** niega
- **Hábitos:** ingiere alcohol (ron) todos los fines de semana.
- **Antecedentes quirúrgicos:** niega
- **Antecedentes familiares:** niega

Funciones biológicas:

- **Apetito:** Disminuido.
- **Sed:** Aumentada.
- **Orina:** Conservada
- **Deposiciones:** Conservada
- **Sueño:** Disminuido

2. EXAMEN FÍSICO

Peso: 67 kg / **Talla:** 1.60 cm / **Frecuencia cardiaca (FC):** 80 lpm / **Frecuencia respiratoria (FR):** 16 rpm / **T:** 36,5 °C / **Sat. O2:** 99% / **PA:** 120/ 65

Paciente despierto en AREG, AREN, AREH y ventilando espontáneamente.

Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar: menos de 2 segundos. Mucosa oral poco húmeda.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No se auscultan soplos.

Abdomen:

- **Inspección:** Abdomen distendido. No se visualizan lesiones.
- **Auscultación:** ruidos hidroaéreos presentes
- **Palpación:** Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio. Murphy (-). No signos peritoneales.
- **Percusión:** Timpánico.

Genitourinario: Sin alteraciones

Neurológico: LOTEP, Escala de Glasgow 15/15

Después de la anamnesis y el examen físico se llega al diagnóstico de síndrome doloroso abdominal causado posiblemente por una pancreatitis aguda. Para confirmar el diagnóstico se le solicita una ecografía abdominal y exámenes auxiliares como hemograma, amilasa y lipasa. Mientras tanto se hidrató vía endovenosa al paciente. Los resultados de los exámenes de laboratorio arrojaron leucocitosis, amilasa y lipasa elevados. Así mismo, la ecografía abdominal encontró imagen sugestiva a inflamación de páncreas, por lo que se le solicita una tomografía. Con estos resultados se decide hospitalizar al paciente con el diagnóstico de pancreatitis aguda y se le restringe líquidos y alimentos. El plan terapéutico con este paciente fue hidratación endovenosa, control del dolor, antiemético y reevaluación en 72 horas. La tomografía confirmó el diagnóstico ya planteado y continuo con el tratamiento. A las 72 horas se le toma exámenes de laboratorio de control, en donde se observa disminución de los valores de amilasa y lipasa. Se procede a realizar tolerancia oral, en donde el paciente ya no presentó náuseas. Una vez tolerado los alimentos sólidos se procedió a dar de alta al paciente. Se le solicitó interconsulta con psiquiatría por el problema de consumo de alcohol.

CASO H:

1. ANAMNESIS

Filiación: Paciente mujer de 37 años

- Natural de Lima, procedente de Huaycán - Lima.
- Ocupación: Comerciante.

Enfermedad actual:

TE: 1 día **Inicio:** insidioso **Curso:** Progresivo

Paciente mujer de 37 años, ingresa por dolor en zona lumbar de intensidad 8/10 asociado a disuria, polaquiuria y urgencia para miccionar. Refiere sensación de alza térmica no cuantificada. Niega secreción vaginal, niega prurito. No náuseas, no vómitos.

Antecedentes

- **Antecedentes patológicos:** niega

Funciones biológicas:

- **Apetito:** Disminuido.
- **Sed:** Conservado
- **Orina:** Aumentada
- **Deposiciones:** Conservada
- **Sueño:** Conservado.

2. EXAMEN FÍSICO

Peso: 60 kg / **Talla:** 1.58 cm / **Frecuencia cardíaca (FC):** 82 lpm / **Frecuencia respiratoria (FR):** 17 rpm / **T:** 37,2 °C / **Sat. O2:** 99% / **PA:** 110/ 60

Paciente despierta en AREG, ABEN, ABEH y ventilando espontáneamente.

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

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad. No se auscultan soplos.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda.

Genitourinario: PRU derecho (+) / izquierdo (-). PPL (+) en ambos lados. No globo vesical.

Neurológico: LOTEPE, Escala de Glasgow 15/15

Después de realizado el examen físico se llega a la alta sospecha de infección urinaria, por lo que se solicita un examen de orina y se le da tratamiento endovenoso para el dolor. A las dos horas se reciben los resultados, hallándose orina de aspecto turbio, leucocitos 50 a 100 por campo y nitritos positivos. Se solicita urocultivo y luego se decide dar tratamiento empírico ambulatorio con ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas por 7 días y fenazopiridina 200 mg cada 8 horas por 5 días para el malestar de la ITU baja. La paciente ya no presentó dolor y se procedió a darle de alta con reevaluación en 5 días con resultados de urocultivo.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El presente internado médico se realizó desde el primero de enero del año 2020 en el Hospital de Huaycán (HH), el cual pertenece a la Dirección de Redes integradas de Salud Lima Este y al Ministerio de Salud del Perú(3). El HH se ubica en el distrito de Ate Vitarte, en la avenida José Carlos Mariátegui. Por su nivel de complejidad se ubica en la categoría II – 1, es decir, brinda atención de baja complejidad durante las 24 horas(3).

El HH inició su atención en el año 1984 siendo un Puesto de Salud, el cual abrió sus puertas con apenas un médico jefe, una obstetra, cinco técnicos de enfermería y un técnico de farmacia. En el nosocomio se realizaban solo turnos de 6 horas(4). En 1992, con ayuda del gobierno, se logró mejorar la infraestructura, llegando a convertirse en un Hospital Materno Infantil.

Tras años de mejoramiento constante, gestionado por los directivos del hospital y mediante la Resolución Ministerial N° 0868-2003-SA/DM, el HH logra subir de categoría convirtiéndose en un Hospital de Baja Complejidad I. Finalmente es en el 2013 en donde oficializan al HH como unidad ejecutora, mediante la Resolución Ministerial N° 587-2013/MINSA, teniendo como objetivo mejorar la capacidad resolutive de acuerdo a su categoría II-1(4).

Su jurisdicción consta de los puestos de salud de Horacio Zevallos, La Fraternidad, Fraternidad Niño Jesús y Señor de los Milagros. Por otro lado, cuando se hallaron dificultades en la capacidad de atención a los pacientes en el HH o se requería algún examen auxiliar más especializado, se hacía referencia principalmente al Hospital Hipólito Unanue.

Dentro de los problemas de salud que más aquejan a la población, en general, de Huaycán se encuentran las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, siendo esta la morbilidad más diagnosticada por consultorio externo. Así mismo, dentro de la población en etapa joven (de 18 a 29 años), la razón más frecuente por la que se realizan consultas externas son los trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo. En la etapa adulta mayor, las causas más comunes de consulta externa son Diabetes mellitus, enfermedades hipertensivas, dorsopatías y artropatías(5).

Por otro lado, la causa de hospitalización más frecuente en el HH fue el embarazo, parto y puerperio, especialmente en la población de entre los 18 a 29 años. Otras causas son las enfermedades del sistema digestivo y enfermedades del sistema respiratorio(5).

Este establecimiento de salud consta de un piso construido por material noble, en donde se ubican los servicios de salud y en el segundo piso se ubican las oficinas administrativas. El hospital cuenta con diversos servicios asistenciales como el servicio de medicina, cirugía y anestesiología, pediatría, gineco-obstetricia y servicio de emergencia. Todos los servicios mencionados cuentan con áreas de hospitalización. Así mismo, cuenta con servicios de apoyo al diagnóstico como laboratorio, banco de sangre tipo I y diagnóstico por imágenes (ecografía y radiología). Además, brinda servicios de apoyo al tratamiento con el área de psicología, servicio social, nutrición y farmacia(6)
Ver Anexo 1.

En la época prepandemia del internado médico, el área de hospitalización del servicio de cirugía estaba constituido por un pabellón de varones, con 4 camas, y un pabellón de mujeres, con 5 camas. El área de traumatología contaba con un pabellón de hospitalización de 5 camas. El área de consultorios externos estaba conformada de un consultorio de cirugía general, un consultorio de traumatología, un consultorio de oftalmología y uno de urología. El tópico de emergencia de cirugía compartía espacio con el servicio de medicina interna. Con la llegada de la emergencia sanitaria por COVID-19 la distribución del hospital se tuvo que modificar para poder adaptarse a las nuevas necesidades de los pacientes.

El servicio de pediatría tuvo que dividir el área de emergencias pediátricas en hospitalización, con tres camas, y tópicos de emergencias; ya que el antiguo pabellón de hospitalización estaba ocupado por pacientes diagnosticados con COVID. El área de consultorio externo se encontraba cerrado ya que sólo se atendían mediante teleconsulta. El servicio de ginecología y obstetricia contaba con 9 camas en el área de puerperio, 6 camas en el área de patología. En el área de centro obstétrico se contaba 4 camas. En el servicio de medicina interna, el área de observación se tuvo que cerrar y sólo había área de hospitalización con 7 camas y tópicos de emergencia.

El retorno de los internos al hospital se llevó con ciertas restricciones y medidas de seguridad dadas por el gobierno, lo cual tuvo como consecuencia la reducción de las horas de trabajo y por consiguiente las horas de aprendizaje. Una de estas limitaciones fue que los internos de medicina sólo podían asistir a las áreas NO COVID del establecimiento de salud, llegando a atender hasta 4 pacientes en un turno de emergencia. Además de esto, las medidas incluyeron sólo 15 días consecutivos de prácticas seguidos de 15 días de descanso. No se permitieron las guardias nocturnas de los internos, y sólo se debían hacer dos guardias diurnas dentro de los 15 días de prácticas, esto con el fin de evitar los contagios por la COVID-19.

Al inicio del retorno, sólo los pacientes con prueba serológica para COVID-19 negativa podían ingresar a las áreas NO COVID para ser atendidos, pero en el transcurso de las semanas estas pruebas empezaron a escasear. Esto provocó que la mayoría de los pacientes no puedan ser atendidos. Luego, se indicó que, si los pacientes no tenían síntomas sospechosos para COVID, podían pasar a ser atendidos en emergencia NO COVID. Esto causó incertidumbre en el personal de salud ya que no se tenía evidencia de que los pacientes no se hayan contagiado por el virus de la COVID.

Las atenciones en el tópicos de emergencias deben tener celeridad para evitar las aglomeraciones. Esto ocasionó que la interacción médico-paciente no se llevara de manera eficiente. Sin embargo, de los cuatro servicios por los que se rotó, fue en el área de hospitalización donde se tuvo más oportunidad y

tiempo para examinar a los pacientes ya que los que se encontraban hospitalizados debían tener una prueba antigénica negativa.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

Caso A:

En el primer caso de cirugía general nos habla sobre apendicitis aguda, que fue una de las patologías quirúrgicas más frecuentes en tópico de emergencia. Para llegar a este diagnóstico, primero se tomó en cuenta los signos y síntomas como dolor en fosa iliaca derecha que va incrementando de intensidad rápidamente, hiporexia, náuseas y sensación de alza térmica. Esto acompañado de rigidez abdominal. Con todo lo mencionado se llegó al diagnóstico sindrómico de abdomen agudo quirúrgico, por lo que, entre los diagnósticos diferenciales, la apendicitis aguda viene a ser la urgencia quirúrgica abdominal más común(7).

Ante la sospecha diagnóstica se aplicó la escala de Alvarado (Anexo 2), que es una herramienta útil para el diagnóstico de apendicitis aguda, obteniendo un puntaje de 9, lo que indicia que la paciente tenía que ser intervenido quirúrgicamente(8). Se procede a hospitalizar al paciente y se le solicita los exámenes pre quirúrgicos que incluyen, hemograma, grupo sanguíneo y factor Rh, tiempo de coagulación y sangría, glucosa, urea y creatinina, prueba rápida para VIH, RPR, prueba rápida para hepatitis B, examen completo de orina y un electrocardiograma. Una vez obtenidos los resultados, el paciente pasa consulta por medicina interna y luego se le realiza un riesgo quirúrgico en anestesiología.

En sala de operaciones se confirma el diagnóstico de apendicitis aguda, en donde se halla apéndice cecal flemonosa sin compromiso de base. Se realiza apendicetomía a muñón libre y se procede a realizar el cierre de planos y piel. El acto quirúrgico se dio sin complicaciones y se le indico:

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000cc -> I y II
3. Ceftriaxona EV 2gr cada 24 horas.
4. Metronidazol 1 gr EV cada 8 horas
5. Ranitidina 50 mg EV cada 8 horas
6. Control de funciones vitales

El paciente pasa al área de hospitalización en donde se le realiza limpieza de herida operatoria a las 24 horas de la cirugía. A las 48 horas, el paciente evoluciona favorablemente. No presenta complicaciones, deambula y tolera vía oral. Se procede a dar de alta al paciente y se le cita en 7 días por consultorio externo.

Caso B:

En este caso tenemos a una paciente con un antecedente importante, litiasis vesicular, diagnosticado hace dos meses por ecografía abdominal. Así mismo, el cuadro clínico de dolor en el cuadrante superior derecho luego de ingerir alimentos grasos asociado a náuseas y vómitos, nos dice que estamos ante una colecistitis aguda.

En el examen físico, al momento de evaluar abdomen, la paciente presentó signo de Murphy positivo. Este signo tiene una alta sensibilidad para el diagnóstico clínico de colecistitis aguda y consiste en pedir al paciente que inspire profundamente mientras el examinador palpa el área de la fosa vesicular, debajo del borde del hígado; al inspirar la vesícula desciende y es palpada por el examinador, causando mayor dolor y el cese de la inspiración(9).

Se solicitaron exámenes auxiliares en donde se halló leucocitosis de 14 000 y la ecografía abdominal arrojo litiasis vesicular. Se confirmó el diagnóstico de colecistitis aguda por lo que se decide realizarle una colecistectomía abierta.

Se prepara al paciente para la cirugía y se le realiza riesgo quirúrgico. En el acto operatorio se halla vesícula biliar con abundantes litos, se procede a realizar colecistectomía, hemostasia y cierre de pared por planos. El paciente pasó a hospitalización con las siguientes indicaciones:

1. NPO por 8 horas, luego Dieta líquida
2. NaCl 0.9% 1000 cc
3. Ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas
4. Ranitidina 50 mg EV cada 8 horas
5. Ketoprofeno 50 mg EV cada 8 horas
6. Tramadol 50 mg SC PRN dolor intenso
7. Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas
8. Control de funciones vitales

La paciente evolucionó favorablemente, a las 24 horas se le realiza limpieza de herida operatoria. Tolera bien la dieta líquida y deambula por lo que a las 72 horas de post operada se le da de alta con tratamiento antibiótico y analgésicos. Se le cita en 7 días por consultorio externo.

3.2 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

Caso C:

En este caso tenemos a un neonato a término de 1 día y 6 horas de vida, sin antecedentes maternos de importancia, que presenta ictericia hasta la zona del abdomen. La ictericia neonatal se define como la coloración amarillenta de la piel y mucosas causada por un incremento sérico de la bilirrubina(10). Esta patología se clasifica cronológicamente en ictericia patológica si se presenta dentro de las 24 horas de nacido, ictericia fisiológica o por amamantamiento se considera cuando aparece en el segundo o tercer día de vida y desaparece a los 7 días; y la ictericia por leche materna que aparece a la semana de vida(11). Así mismo se puede clasificar según los niveles séricos de bilirrubinas(11):

Hiperbilirrubinemia neonatal benigna: Es el más frecuente en neonatos y es transitorio. También llamado ictericia fisiológica.

Hiperbilirrubinemia neonatal significativa: Bilirrubinas totales mayor de percentil 95.

Hiperbilirrubinemia neonatal grave: Bilirrubinas total mayor de 25 mg/dL y se asocia a mayor riesgo de disfunción neurológica.

Hiperbilirrubinemia neonatal extrema: Bilirrubinas totales mayor de 30 mg/dL y también está asociado a mayor riesgo de disfunción neurológica.

Según lo explicado anteriormente, el neonato de este caso clínico se le puede clasificar como ictericia neonatal fisiológica o benigna ya que se presentó después del primer día de nacido. Este tipo de ictericia produce bilirrubina indirecta y es considerado un fenómeno de transición normal producto de la renovación de los eritrocitos fetales, la inmadurez del hígado para metabolizar correctamente la bilirrubina y el aumento de la circulación enterohepática(11). Al ser una ictericia benigna por tanto transitoria se da la indicación de continuar con la lactancia materna exclusiva a libre demanda mínimo cada 2 horas, así mismo de asegurarse de una buena técnica de amamantamiento bajo la supervisión del personal de enfermería. Se da de alta al paciente con indicación de reevaluación al séptimo día de vida.

Caso D:

En este paciente de 5 años se diagnosticó enfermedad diarreica aguda (EDA) debido a la disminución de la consistencia de sus heces, en este caso refirió de consistencia líquida; y el aumento de la frecuencia habitual de las deposiciones, la madre refirió 5 veces en un día. La EDA se define como la disminución de la consistencia (líquida o acuosa) y el incremento de la frecuencia de las deposiciones, que generalmente es de 3 veces en 24 horas, que puede ir acompañado de vómito y/o fiebre en un periodo no mayor de 14 días(12).

La diarrea se clasifica en diarrea aguda acuosa, caracterizada por deposiciones de consistencia disminuida; diarrea aguda disintérica, caracterizada por la presencia de moco y sangre; diarrea persistente,

caracterizada por una duración de 14 o más días. Se considera diarrea crónica cuando esta dura más de cuatro semanas(12). En este caso podemos definirlo como una diarrea aguda acuosa, ya que la madre refirió cinco deposiciones líquidas sin moco ni sangre en un día y medio.

Durante la EDA ocurre un desequilibrio hidroelectrolítico producto de la pérdida de agua y electrolitos como sodio, cloruro, potasio y bicarbonato(12). Esto puede desencadenar en una deshidratación si es que no se reemplazan adecuadamente estas pérdidas(12). Así mismo, definir el grado de deshidratación debemos basarnos en los signos y síntomas del paciente, los cuales reflejaran la cantidad de líquido perdido(12).

Según la “Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño” del Ministerio de Salud del Perú, existen tres planes (A, B y C) para el tratamiento según el nivel de deshidratación en que se encuentre el paciente (Anexo 3). En este caso se evaluó los signos y síntomas del paciente (mucosas secas, irritabilidad, sed) y se determinó que esta tenía deshidratación leve a moderada, por lo tanto, se debía aplicar el plan B para su tratamiento (Anexo 4).

El plan B considera que el paciente debe recibir terapia de rehidratación con solución de SRO en un establecimiento de salud, por personal capacitado, durante 4 horas. Por tanto, el manejo para este paciente fue:

1. Restricción de alimentos para evitar vómitos.
2. Hidratar con SRO: 1500 ml en 4 horas (50-100 ml/kg en 4 horas), iniciando 5 ml cada 5 minutos e ir aumentando la cantidad según la tolerancia hasta completar los 1 500 ml.
3. Balance hídrico
4. Control de funciones vitales y observación de signos de alarma.

Se le indico a la madre que le diera la SRO en cantidades pequeñas y de manera pausada. Se empezó con 5ml de SRO cada 5 minutos y luego se fue incrementando según la tolerancia del paciente. A las 2 horas de tratamiento, la madre no refirió vómitos ni otros signos de alarma. Se volvió a monitorizar a las 4 horas y la madre refirió haber terminado la cantidad de SRO que se le indicó sin ningún inconveniente. El menor evolucionaba favorablemente por lo

que se decidió dar de alta para manejo en casa. Se le indicó líquidos a voluntad, continuar con la alimentación habitual, suplemento de zinc (20 mg/día por 10 días) y se le enseñó a la madre a reconocer los signos de alarma y de deshidratación, así como medidas de prevención de futuros episodios de diarrea.

3.3 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Caso E:

En el primer caso de esta rotación, se describe una segundigesta de 39 4/7 semanas, cesareada anterior por estrechez pélvica hace 2 años. La gestante ingresa a emergencia de HH por contracciones uterinas y pérdida de líquido transparente, sin sangre, media hora antes del ingreso. Durante el examen físico se halló feto en posición podálica, dinámica uterina en 1 contracción cada 10 minutos, dilatación 4, altura de presentación de -3, incorporación al 90% y membranas rotas.

La paciente fue ingresada con los siguientes diagnósticos:

1. Gestante de 39 4/7 semanas por fecha de última regla
2. Trabajo de parto en fase activa
3. Feto podálico
4. Cesareada anterior + periodo intergenésico

Cuando se atiende una gestación en donde el feto está en presentación podálica, existen dos opciones para el parto; parto por cesárea, que es el método preferido, y el parto vaginal(13). En este caso, su antecedente de cesárea anterior y un periodo intergenésico corto reforzaron la decisión de finalizar el embarazo por cesárea.

Se preparó a la paciente para la cirugía, la cesárea se dio sin complicaciones obteniendo un recién nacido de 3 150 gr. Luego fue llevada al área de recuperación con vía salinizada, dextrosa al 5%, oxitocina 10 UI, analgésicos y antibiótico. Luego se le realizó masajes uterinos. Asimismo, se le solicitó hematócrito control a las 12 horas del parto, en donde se halló un hematócrito de 30. La púerpera fue evolucionando favorablemente por lo que se les dio

de alta a las 72 horas del post parto con antibióticos y sulfato ferroso de 300 mg por 30 días. Se le cita en 7 días para reevaluarla.

Caso F:

En este caso clínico se llegó al diagnóstico de vulvovaginitis debido a los signos y síntomas mencionados. La vaginitis es un trastorno de la vagina ocasionado por una infección, inflamación o cambios en la flora vaginal(14). Entre sus síntomas están la secreción o flujo vaginal, olor, prurito y/ malestar(14). Las causas más comunes de vulvovaginitis son la Vaginosis Bacteriana, Cándida y la Tricomoniasis; representan más del 90 por ciento de las infecciones(14). Durante la anamnesis la paciente refirió prurito en zona vaginal, flujo vaginal de color blanco grisáceo y mal olor después de tener relaciones sexuales con su pareja desde hace 5 días. Cuando se le preguntó por el método anticonceptivo que usa, la paciente refirió que usaba condón, pero no siempre.

A la Especuloscopia, se halló secreción de color blanco grisáceo en moderada cantidad, además de eritema en zona vulvar. Según la “Norma Técnica de Salud para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú” del Ministerio de Salud(15), el tratamiento recomendado para vaginitis es con metronidazol ya que cubre Vaginosis Bacteriana y Tricomona que son las causas más frecuentes. Y si es que existe picazón vaginal se agrega Clotrimazol, ya que es muy posible que haya Cándida(15).

En este caso a la paciente se le indicó metronidazol de 500mg cada 12 horas por 7 días vía oral y Clotrimazol de 500mg vía vagina en dosis única. Así mismo, se le indicó evitar relaciones sexuales durante el tratamiento y uso de método de barrera. Se le brindó consejería sobre planificación familiar.

3.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso G:

En este caso vemos una de las patologías más vistas en el servicio de medicina interna del Hospital de Huaycán. La pancreatitis aguda es una inflamación del páncreas que se caracteriza por dolor abdominal y elevación de enzimas pancreáticas en sangre(16). Dentro de las causas más frecuentes

de esta patología, se encuentra en primer lugar los cálculos biliares y en segundo lugar está el alcoholismo crónico(16). El paciente de este caso clínico tiene como antecedente el consumo de alcohol desde la adolescencia. No se evidenció cálculos en vesícula.

Dentro de las manifestaciones clínicas está el dolor abdominal de inicio agudo e intenso a nivel de cuadrante superior derecho, especialmente en epigastrio y se puede irradiar a la espalda(17). También se presenta vómitos y náuseas(17). En este caso el paciente refirió dolor en zona del cuadrante superior derecho que se irradia a la espalda, además de náuseas y vómitos en dos ocasiones de contenido alimenticio. También refirió no tolerar alimentos sólidos ni líquidos.

Al examen físico de abdomen se observó distensión abdominal y dolor a la palpación profunda en epigastrio. Por todo lo mencionado se procedió a solicitar exámenes auxiliares de rutina para esta patología en donde se halló amilasa (245 U/l) y lipasa (4 300 U/l) séricas aumentadas. Así mismo se halla leucocitosis (14 000 mm³). La ecografía abdominal arrojó inflamación de páncreas.

El manejo en este paciente fue hospitalizarlo para hidratarlo vía endovenosa y brindar analgésicos para el control del dolor. Según la literatura, la reanimación con fluidos debe ser rápida dentro de las primeras 6 horas de ingreso y hasta las primeras 24 horas(18). Se recomienda el uso de suero fisiológico o lactato de Ringer para la hidratación(18). Para la analgesia se debe elegir medicamentos de manera escalonada según el nivel de intensidad del dolor y debe evitarse el uso de AINES(18).

El tratamiento para este paciente fue:

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000 cc
3. Metamizol 2 gr EV STAT
4. Omeprazol 40 mg EV STAT
5. Tramadol 50 mg SC cada 8 horas, condicional al dolor.
6. Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas
7. Ranitidina

8. CFV + BHE

En cuanto a la alimentación, se recomienda el inicio de la dieta tan pronto el paciente no presente náuseas ni vómitos, disminución del dolor abdominal y haya una mejora de los marcadores inflamatorios(18). Se aconseja dieta blanda baja en grasas.

CASO H:

Según los signos y síntomas de la paciente de este caso clínico, se llegó al diagnóstico de infección del tracto urinario (ITU). Las ITU incluyen cistitis (infección del tracto urinario bajo) y pielonefritis (infección del tracto urinario superior) y se define como la colonización bacteriana del tracto urinario(19). La causa más frecuente de esta patología es la *Escherichia coli*, seguido de *Klebsiella spp* y *proteus spp*(19).

Los signos y síntomas de la cistitis incluyen disuria, polaquiuria, urgencia urinaria, dolor suprapúbico y en ocasiones hematuria(19). En el caso de la pielonefritis se presenta fiebre, escalofríos, náuseas y/o vómitos y dolor lumbar; también puede haber síntomas de cistitis.

El gold estándar para el diagnóstico de ITU es la recolección de orina mediante aspiración suprapúbica para obtener un resultado más verídico(19). Sin embargo, no se realiza en la práctica clínica por lo que usualmente la orina se obtiene mediante la micción natural; ese sentido, debe aceptarse cierto grado de contaminación de la muestra(19). Es por ello que se debe solicitar un examen de orina completo a todos los pacientes sospechosos de ITU. En este caso se halló orina de aspecto turbio con leucocitos en 50 a 100 por campo y nitritos positivos, esto nos indica presencia de bacteriuria significativa.

Al recibir los resultados del examen de orina, se solicitó urocultivo y se decidió iniciar tratamiento empírico. La paciente ya no sentía dolor, no presentaba fiebre por lo que se decide dar tratamiento ambulatorio. El manejo de esta paciente fue con ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas por 7 días y fenazopiridina 200 mg cada 8 horas por 5 días para los síntomas de cistitis. Se citó a la paciente a los 5 días con resultados de urocultivo.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

En nuestro país, el último año de medicina humana se realiza el internado médico que consiste en prácticas preprofesionales en un establecimiento de salud del país los 365 días del año, sin días libres ni feriados. Generalmente inicia el primero de enero y culmina el 31 de diciembre; esto se da para que el interno de medicina aproveche el máximo de tiempo en ver la mayor cantidad de casos clínicos y poner en práctica lo aprendido en la facultad.

El presente internado inició el primero de enero del 2020 comenzando por el servicio de Cirugía General. Los meses de enero y febrero se dieron con total normalidad, en donde se tuvo la oportunidad de tratar diversas patologías de la especialidad. En las guardias en el tópico de cirugía se pudo realizar múltiples curaciones de heridas y suturas llegando a manejar a los pacientes nosotros solos, pero siempre supervisados con el médico asistente de turno. Se tuvo la oportunidad de asistir en las cirugías, como apendicectomía y colecistectomía, y poder ayudar al asistente a realizar el reporte operatorio; lo cual generaba entusiasmo para seguir aprendiendo. Al mes de iniciado el internado se logró adaptarse a los horarios y al ambiente de trabajo. Así mismo, ya se contaba con confianza suficiente para realizar un correcto manejo de los pacientes con las patologías más frecuentes de Cirugía.

A inicios del mes de marzo, en el Perú, se reportó el primer caso de COVID-19 lo cual generó cierta preocupación en el personal de salud especialmente de los internos ya que recién comenzábamos la vida laboral. El 16 de marzo del 2020, mediante un decreto urgencia, el presidente la república decide poner en cuarentena total al país, esto significaba la suspensión de toda actividad. En este sentido, se decidió postergar el internado médico ya que

aún éramos estudiantes y no estábamos capacitados para enfrentar una pandemia.

La suspensión del programa de internado médico se vio como una oportunidad, en cierta manera, para descansar de la carga laboral que llevábamos y poder prepararnos mejor para el Examen Nacional de Medicina (ENAM) que estaba programado para noviembre del 2020. Al principio se pensó que la cuarentena duraría sólo quince días, pero mediante iba transcurriendo las semanas los casos de COVID-19 iban en aumento dejando víctimas mortales a su paso. Esto hizo que la cuarentena total se extendiera por más tiempo en el país.

Al transcurrir de la cuarentena, se tuvo la oportunidad de continuar con las clases virtuales de la universidad y clases de preparación para el ENAM. Por otro lado, había la incertidumbre sobre el reinicio y culminación del internado ya que era nuestra última oportunidad de poder ver la mayor cantidad de casos clínicos antes de ejercer como médicos cirujanos.

Tras varios meses en confinamiento, el gobierno aprobó el Documento Técnico de los Lineamientos para la reanudación progresiva al internado, en donde el interno podía retomar sus actividades de manera voluntaria. Si bien estos lineamientos ofrecían un salario, seguro de vida, equipo de protección personal, quince días de descanso después de quince días de asistencia; la decisión fue difícil de tomar ya que muchos internos vivían con familiares de riesgo y el miedo de contagiarse era constante. Finalmente se decidió continuar con cierto temor, pero con las ganas de culminar este periodo de aprendizaje.

El reinicio del internado se dio los primeros días de octubre en el servicio de pediatría. Las áreas de este servicio se habían reducido, ya que toda el área que antes era hospitalización de pediatría estaba ocupada por pacientes COVID. La cantidad de pacientes que se pudieron manejar en este servicio fueron muy pocas ya que había una baja afluencia de pacientes. Sin embargo, los pocos casos que se pudieron atender, como diarrea aguda e intoxicación alimentaria, fueron aprovechados al máximo. Por otro lado, no se pudieron ver

casos respiratorios en niños como crisis asmáticas ya que todos los casos con sintomatología respiratoria eran retenidos en el área COVID del hospital.

En el mes de diciembre se realizó la rotación de Ginecología y Obstetricia en donde también la cantidad de pacientes fue reducida, la cantidad de partos que el interno podía atender se redujo considerablemente ya que en años anteriores los internos atendían mínimo un parto por día, en la presente experiencia sólo se pudo atender 2 partos durante toda la rotación ya que también había internas de obstetricia en el hospital.

En el mes de febrero del 2021 se realizó la rotación de medicina interna, así mismo iniciaba la segunda ola de contagios por COVID-19. Adicional a esto, las pruebas diagnósticas para COVID eran muy escasas, es por ello que la dirección del HH decidió que, si el paciente no presentaba síntomas de COVID, podía pasar a ser atendido en el área NO COVID. Ello trajo mucho temor en el interno ya que medicina interna era la rotación en donde había más probabilidades de contagiarse ya que había la posibilidad que el paciente sea asintomático.

La promoción de internos de medicina 2020, fue sin duda la más afectada de todas las promociones en cuanto a la oportunidad de manejar diversas patologías que deberán tratar en Serums y en la vida profesional. Otro problema fue que ya no se contaba con pruebas suficientes para el personal de salud y mucho menos para los internos; esto causó incomodidad ya que el temor de haberse contagiado era latente en todo momento. Es importante resaltar que, a pesar del miedo al contagio y la incomodidad del uso del equipo de protección, se trató de aprovechar al máximo todo lo aprendido en este internado atípico.

CONCLUSIONES

1. Llevar un internado en medio de una pandemia ha sido, sin duda, un gran reto para los internos 2020 por los tiempos reducidos en el hospital. Sin embargo, el hecho de que en el hospital de Huaycán no hubiera residentes hizo que los internos aprendan de manera directa con el médico asistente.
2. Si bien las tres últimas rotaciones se dieron en periodos reducidos y por ende cada uno debía buscar aprender lo más que se podía, esto llevó a poner más empeño en cada caso clínico que se presentaba. Así mismo, fue una oportunidad de confirmar la vocación con la carrera.
3. Las nuevas normas de bioseguridad, que la emergencia sanitaria demandaba, como el uso de EPPs en todo momento en un clima caluroso no fue fácil de sobrellevar. Sin embargo, se logró adaptarse.
4. La nueva normalidad por el COVID-19, hizo que el personal de salud tomara más consciencia en cuanto a las medidas de bioseguridad al momento de atender a los pacientes. Esto fue muy importante ya que, en la práctica médica sin pandemia, estas medidas, como el lavado de manos antes y después de examinar a un paciente, se estaba descuidando un poco.
5. Cabe resaltar que, a pesar de la pandemia, se logró culminar con las cuatro rotaciones del internado médico sin ninguno otro inconveniente gracias a la gran oportunidad que le dio el Hospital de Huaycán a sus internos de poder volver sus actividades y brindarnos todo lo que estuvo en sus manos.

RECOMENDACIONES

Se sugiere gestionar las facilidades para que el interno de medicina pueda continuar sus prácticas preprofesionales de manera segura, llevando a cabo pruebas de descarte de COVID-19 y otras patologías de manera constante, así como asignarles un seguro de salud durante todo el periodo de internado con o sin pandemia.

Es conveniente para la institución y el personal replantear el horario de los internos para que tengan más oportunidades de aprendizaje, sin generarles una sobrecarga laboral, las cuales podrían tener impactos negativos en su salud.

El Hospital de Huaycán debe gestionar la ampliación del área de internos y el área de docencia, con el fin de que se puedan llevar a cabo actividades académicas tales como las exposiciones de casos clínicos.

Es importante que, tanto la universidad como el establecimiento de salud, agoten todos los recursos de coordinación y gestión logística para que los internos de medicina puedan contar con los implementos de bioseguridad (equipos de protección personal y entrenamiento en medidas de bioseguridad), considerando la coyuntura actual de la pandemia de COVID-19.

A las promociones futuras, que las adversidades que se presenten en el internado no opaquen sus ganas de aprender. Cada día en el hospital es una gran oportunidad de adquirir experiencia para la vida profesional.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Resolución Ministerial N° 622-2020-MINSA [Internet]. [citado 18 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1097726-622-2020-minsa>
2. Ministerio de Salud. Documento técnico [Internet]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/DOCUMENTO_TECNICO.pdf
3. Ministerio de Salud del Perú. Cartera de servicios de salud del Hospital de Huaycán, categoría II-I [Internet]. Disponible en: http://www.dirislimaeste.gob.pe/virtual2/Publicaciones/CarteraServiciosSalud/CarteraServiciosSalud_HospHhuaycan_2019.PDF
4. HOSPITAL DE HUAYCAN [Internet]. [citado 18 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://www.hospitalhuaycan.gob.pe/vistas/Institucional/Nosotros.php>
5. Hospital de Huaycán. Análisis Situacional de Salud 2019 [Internet]. Disponible en: http://www.hospitalhuaycan.gob.pe/SIESMAR/Archivos/epidemiologia/3.5.0.0/Analisis_situ-07_01_2020-08;53;43.pdf
6. Hospital de Huaycán. Manual de organización y funciones del Hospital de Huaycán [Internet]. Disponible en:

<http://www.hospitalhuaycan.gob.pe/vistas/Institucional/2.0.0.0-2.1.0.0-2.1.2.0-2016-08-19-183423.pdf>

7. HEJCU. Guías de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda [Internet]. 2011. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0107/14062011100927.PDF>

8. Meléndez Flores JE, Cosio Dueñas H, Sarmiento Herrera WS. Sensibilidad y especificidad de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de pacientes atendidos por apendicitis aguda en Hospitales del Cusco. Horiz Méd Lima. enero de 2019;19(1):13-8.

9. Salam F Zakko. Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~87&usage_type=default&display_rank=1#H1169450224

10. MINSA. Guías de práctica clínica para la atención del recién nacido [Internet]. 2007. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1027_DGSP198.pdf

11. Wong RJ, BA, Bhutani VK, MD, FAAP. Unconjugated hyperbilirubinemia in the newborn: Pathogenesis and etiology. 2019.

12. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño [Internet]. 2017. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf

13. Hofmeyr GJ, MD. Delivery of the singleton fetus in breech presentation [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/delivery-of-the-singleton-fetus-in-breech-presentation?sectionName=Head&search=parto%20podalico&topicRef=4450&anchor=H9&source=see_link#H1

14. Sobel JD, MB. Approach to females with symptoms of vaginitis [Internet]. 2021. Disponible en:

https://www.uptodate.com/contents/approach-to-females-with-symptoms-of-vaginitis?search=vaginal%20discharge&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H5

15. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el manejo de infecciones de transmisión sexual en el Perú. [Internet]. 2009. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969122/rm_263-2009_minsa.pdf

16. Swaroop S, MD. Etiology of acute pancreatitis [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/etiology-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&topicRef=5652&source=see_link

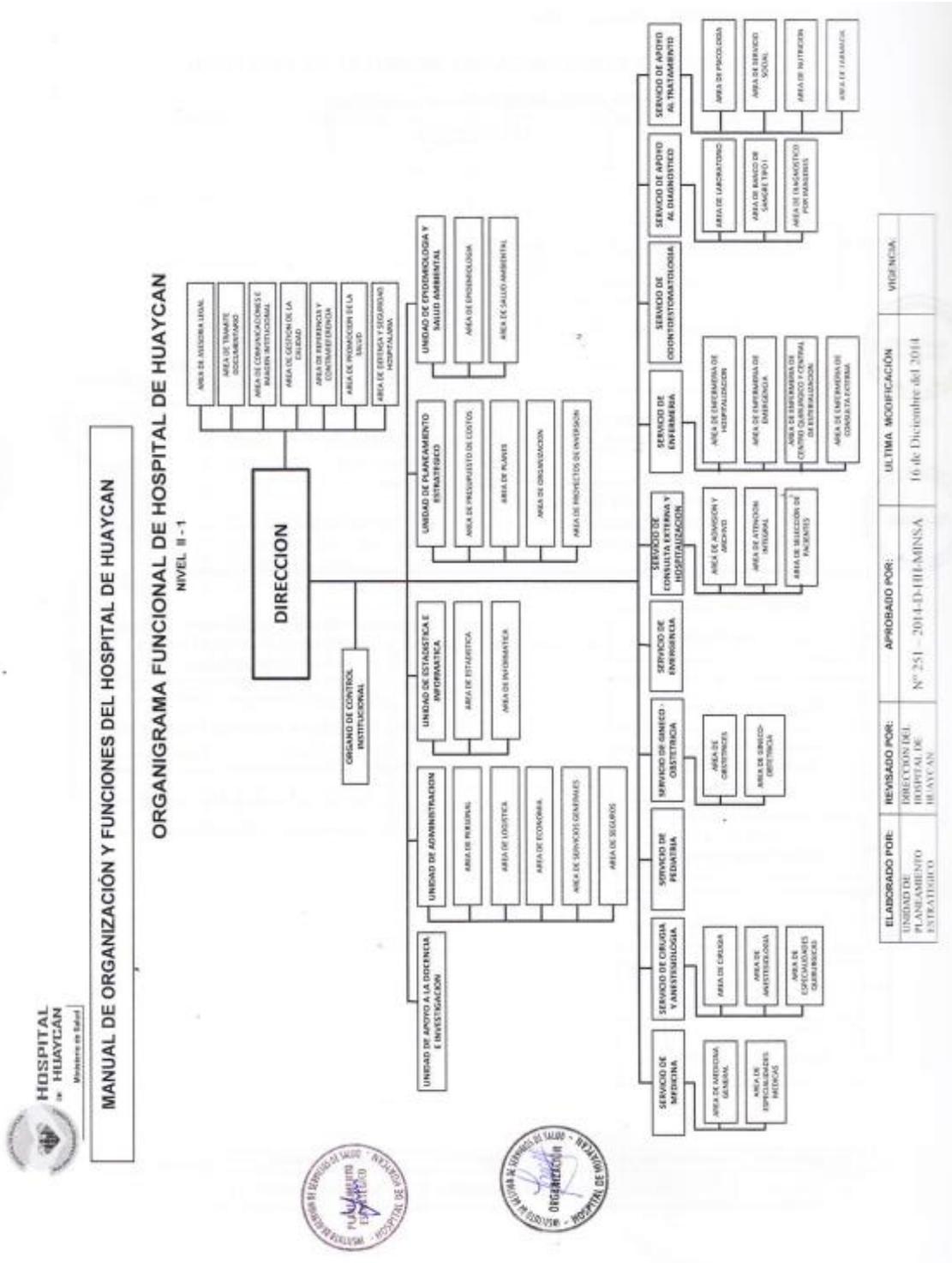
17. Swaroop S, MD. Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&topicRef=5633&source=see_link#H1

18. MINSA, Hospital Cayetano Heredia. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda en ácientes adultos [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/2017/09/RD-351080917.pdf>

19. Hooton T, Gupta K. Acute simple cystitis in women [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-simple-cystitis-in-women?search=infection%20urinary%20non%20complicated&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2761251353

ANEXOS

Anexo N°1: Organigrama funcional del Hospital de Huaycán.



ELABORADO POR:	APROBADO POR:	ULTIMA MODIFICACION	VIGENCIA
UNIDAD DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	N° 251 - 2014-03-111-MINSA	16 de Diciembre del 2014	




Anexo N°2: Escala de puntuación para el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda según la escala de Alvarado.

Aspecto	Manifestaciones clínicas y de laboratorio	Puntuación
Síntomas	Migración del dolor a fosa iliaca derecha	1
	Anorexia	1
	Náuseas y / o vómitos	1
Signos	Dolor en cuadrante inferior derecho	1
	Dolor al rebote o descompresión	2
	Fiebre	1
Laboratorio	Leucocitosis	2
	Desviación izquierda	1
Total de puntos		10

Anexo N°3: Evaluación de deshidratación.

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

(*) "Signos claves de deshidratación"

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

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

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

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (2017), adaptado de la referencias bibliográficas^{23,4}



Anexo N°4: Flujograma de plan B para tratamiento de deshidratación leve a moderada.

