



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA MÉDICA EN LOS HOSPITALES DE VITARTE Y

CHANCAY JULIO 2021 - ABRIL 2022

PRESENTADO POR
ESTEPHANIE ISABEL ROSALES POMALAZA

ESTHER ABIGAIL VASQUEZ HOLGADO

ASESOR
JOHAN EDUARDO MEDRANO ALVAREZ

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

LIMA- PERÚ

2022



Reconocimiento

CC BY

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN LOS HOSPITALES DE VITARTE Y
CHANCAY JULIO 2021 - ABRIL 2022**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

**ROSALES POMALAZA ESTEPHANIE ISABEL
VASQUEZ HOLGADO ESTHER ABIGAIL**

**ASESOR
DR. MEDRANO ALVAREZ JOHAN EDUARDO**

**LIMA, PERÚ
2022**

JURADO

Presidente: M.E. Karim Elizabeth Ugarte Rejavinsky

Miembro: M.E. Lincoln Florencio Blacido Trujillo

Miembro: Edgar Rolando Ruiz Semba

INDICE

AGRADECIMIENTO	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	IV
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1. Rotación en Medicina Interna	1
1.2. Rotación en Ginecología y Obstetricia	6
1.3. Rotación en Pediatría	9
1.4. Rotación en Cirugía	12
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	17
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	20
3.1. Rotación en Medicina Interna	20
3.2. Rotación en Ginecología y Obstetricia	24
3.3. Rotación en Pediatría	28
3.4. Rotación en Cirugía	31
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	34
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	38
FUENTES DE INFORMACIÓN	40
ANEXOS	
Anexo N°1	

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestros padres y hermanos, porque fueron nuestro pilar en estos años de carrera, impulsándonos y motivándonos a seguir creciendo como futuras profesionales, además por su entrega, comprensión y sacrificio realizado para poder cumplir nuestros sueños.

RESUMEN

El presente trabajo detalla las experiencias en la práctica clínica de los internos de medicina durante el periodo de julio 2021- abril 2022. Este se realizó en pleno curso de la pandemia y con la llegada de nuevas variantes de covid-19 siendo de menor severidad, pero de mayor contagio. Fue realizado en un contexto diferente debido al modo de rotación que se optó tanto en hospitales como establecimientos de salud y a diferencia de otros años, se desarrolló en un periodo más corto.

El objetivo fue describir cómo se llevó a cabo las prácticas en las rotaciones de las diferentes especialidades de Pediatría, Ginecología-Obstetricia, Medicina Interna y Cirugía en el contexto de pandemia y los conocimientos teórico-prácticos obtenidos durante el desarrollo del internado.

Desarrollo Se realizó una selección de una serie de casos clínicos que fueron los más destacados por frecuencia en cada hospital y como fueron afrontados según guías nacionales como internacionales.

Conclusión El internado es una parte de la formación académica muy importante, en el cual cada estudiante se desempeña según los conocimientos obtenidos durante años de estudio y pone en práctica sus habilidades. Realizar este período en tiempo de pandemia ayuda a poner en contexto a cada estudiante de lo que será y tendrá que afrontar en su vida profesional como serumista, médico residente y médico asistente.

Palabras clave: Internado médico, rotaciones médicas, experiencia internado, internado en pandemia.

ABSTRACT

The present work details the experiences in the clinical practice of medical interns during the period of July 2021-April 2022. This was conducted during the pandemic and with the arrival of new variants of covid-19, being less severe but more contagious. It was conducted in a different context due to the rotation mode that was chosen both in hospitals and health establishments and unlike other years, it was developed in a shorter period.

The objective was to describe how the practices were conducted in the rotations of the different specialties of Pediatrics, Gynecology-Obstetrics, Internal Medicine, and Surgery in the context of a pandemic and the theoretical-practical knowledge obtained during the development of the internship.

Developing A selection was made of a series of clinical cases that were the most outstanding by frequency in each hospital and how they were faced according to national and international guidelines.

Conclusion. The boarding school is an important part of the academic training, in which each student performs according to the knowledge obtained during years of study and puts their skills into practice. Conducting this period in times of pandemic helps to put each student in context of what they will be and will have to face in their professional life as serum specialist, resident, and attending .

Keywords: Medical internship, medical rotations, internship experience, internship in pandemic.

INTRODUCCIÓN

El Hospital Vitarte inicia como puesto de salud en 1957 en donde se estableció la organización y funciones de las áreas hospitalarias, en 1961 se traslada al local del ministerio de vivienda en Ate y luego a su local actual en la carretera central del distrito de Ate - Vitarte. Debido a acontecimientos en 1991 ocurridos por la epidemia de cólera, es que la DISURS Lima Este dispone la atención del establecimiento durante las 24 horas por el cual progresivamente se van incorporando médicos especialistas y se realizó al inicio partos normales y cirugía menor. Ese mismo año es catalogado como centro de salud y el 05 de agosto del 2003 es oficialmente reconocido como Hospital de Vitarte. Actualmente es considerado un Hospital tipo II-2 el cual cuenta con 78 camas de las 4 especialidades de Medicina, Cirugía, Pediatría y Ginecología, 2 salas de operaciones, equipos de rayos x y ecografía, además funciona las 24 horas, siendo posible la llegada de emergencias en las especialidades ya mencionadas(1).

El hospital de Chancay está categorizado como nivel II-2, fue inaugurado el 17 de setiembre de 1971. Se crea como órgano desconcentrado de la Dirección Subregional de Salud III de Lima Norte, está a cargo de 02 centros de salud; de Chancayllo y Aucallama y 06 puestos de salud; Pampa Libre, Cerro La Culebra, Quepepampa, Peralvillo, Pasamayo y Palpa. Cuenta con los servicios de consultorios externos, hospitalización, atención de enfermería, atención de obstetricia, servicio de emergencia, diagnóstico por imágenes, patología clínica, anatomía patológica y farmacia(2).

El internado, es así llamado al último año de la carrera de medicina humana, este es un año indispensable, es netamente práctico y su principal finalidad es que las competencias adquiridas en los 6 años anteriores se integren y se

logre la consolidación de todos los conocimientos frente a una situación legítima de ejercicio profesional. Las estrategias que se utilizan están centradas en el alumno el cual, mediante la vivencia de diferentes casos, buscan la solución, en vez de sólo recibir la información pasivamente, siempre bajo supervisión de los residentes, un coordinador de la sede hospitalaria y un tutor por especialidad, los cuales llevan el progreso del alumno (3) . Esta ha sido la base del aprendizaje durante años ya que el aprendizaje de ciencias de la salud debe estrechar no solo términos cognitivos, sino además debe añadir procedimientos y actitudes, persiguiendo un desarrollo del profesional, incluyendo siempre el pensamiento crítico por parte del estudiante capacitándolo para formar opiniones propias (3) . Dentro de las diferentes rotaciones también se incluyen charlas de temas básicos y discusión de casos clínicos de las diferentes especialidades donde se termina de consolidar lo aprendido del paciente, siendo necesaria la participación del interno. Este desarrollo se llevará a cabo en diferentes unidades hospitalarias y centros de salud los cuales serán sedes, en donde el interno llevará a cabo sus rotaciones para las 4 especialidades principales: Cirugía, Medicina, Gineco - Obstetricia y Pediatría. El internado 2021 se inició en Julio aun en tiempos de pandemia, después de meses de incertidumbre del inicio del internado. Los casos covid continuaban cobrando vidas y muchos hospitales de Lima recibían pacientes contagiados, lo cual era poner en peligro a los internos de la salud. La estrategia de cómo cursar el internado 2021-2022 siguió el mismo patrón que del anterior periodo de internado luego de reintegrarse después de meses del cierre y retiro de todos los internos en ese tiempo, debido a la cantidad de internos y las pocas plazas en hospitales de Lima se decidió llevar la mitad del periodo de internado en establecimientos de salud y la otra mitad en Hospitales niveles II a III. Antes del comienzo de las rotaciones, se decidió que el interno de salud debía ir protegido con las dos dosis de vacuna, como en el principio de año se estuvo dando a todo el personal trabajador de todos los hospitales del país. Se volvió un requisito indispensable para poder llevar a cabo el internado, aparte de ello se realizó diferentes gestiones para que en los establecimientos de salud que se encontraría rotando cada interno, se le brindara el equipo de protección personal y así estar más protegidos, aparte

de hacer cada cierto tiempo el descarte de la enfermedad con pruebas antigénicas o moleculares. Muchos Hospitales como estrategia para evitar contagios al personal, dividieron por módulos covid y no covid, los consultorios externos fueron suspendidos y solo se atendía por tele consultas, a todo ingreso a las emergencias se le realizaba su prueba antigénica como triaje antes de ser atendidos y todo trámite dentro del hospital era manteniendo su distancia y con doble mascarilla.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico es uno de los pilares de la educación médica ,este está dentro del plan de estudios de las diferentes facultades y escuelas de medicina a nivel nacional .Este es considerado un periodo previo a la realización del Servicio rural y urbano marginal en salud (SERUMS) el cual es realizado al término de la carrera de medicina , además es un requisito necesario para la realización de una segunda especialidad o para obtener un trabajo en el sector público a nivel nacional (4). Este periodo es caracterizado por la vivencia de la práctica con pacientes y la resolución a sus problemas, desarrollando así el pensamiento crítico por parte del estudiante, recogiendo datos, diagnosticando, tratando y tomando decisiones de acuerdo con los problemas presentados por el paciente quien fortalece los conocimientos adquiridos en los últimos 6 años de carrera profesional (4). La educación médica por lo tanto necesita centrarse en las distintas especialidades fusionando lo docente con lo científico, con el fin de alcanzar mediante métodos didácticos y por ende la evolución armoniosa del estudiante. Actualmente en el contexto que nos encontramos por la pandemia de COVID -19 estos objetivos y la enseñanza ha tenido que adaptarse a las nuevas circunstancias, siendo la práctica principal en el primer nivel de atención, por ellos a continuación se presentaran los casos clínicos llevados en las 4 especialidades durante el internado 2021 – 2022 (5).

1.1. Rotación en Medicina Interna

Caso 1

Paciente femenino de 16 años que ingresa por emergencia con tiempo de enfermedad de 4 días donde refiere inicio con dolor en muslo izquierdo de intensidad 3/10 persistente el cual aumenta de intensidad causando dificultad al caminar. 3 días antes del ingreso cuadro continúa agregando hiporexia, sensación de alza térmica, escalofríos por el cual se automedica con paracetamol 500mg c/12 horas. 2 días antes de, ingreso el dolor se incrementa a 8/10 con aparición de masa dura asociado a enrojecimiento en la región del muslo izquierdo, además de continuar con sensación de alza térmica por lo que continúa con automedicación. 1 día antes del ingreso el dolor persiste incluso al reposo, motivo por el cual acudió a EMG. Niega antecedentes de importancia. Fecha de última regla hace 2 semanas.

Funciones vitales al ingreso: Presión Arterial (PA) 118/70 mmHg, Frecuencia cardiaca (FC): 130 por minuto, frecuencia respiratoria (FR):19 por minuto, Sat%: 99%, T: 38C.

Al examen físico se encuentra a nivel de región medial de muslo izquierdo: lesión roja levemente indurada de 12 x 10 cm en 1/3 superior cara interna del muslo izquierdo con zona central indurada muy sensible a la palpación de aprox 4 x 3 cm.

En los resultados de laboratorio se evidenció lo siguiente: Leucocitos :16 920 x mm³, Hb: 12,8 gr/dl, Hto: 39%, plaquetas: 262 000 x mm³, PCR: 69 mg/dl, fibrinógeno: 539 mg/dl, creatinina: 0,5 mg/dl, urea: 18 mg/dl, glucosa: 93 mg/dl, perfil hepático en parámetros normales.

La impresión diagnóstica fue Celulitis del 1/3 superior de cara interna de muslo izquierdo

El plan terapéutico fue el siguiente: CINA 0.9% 100cc + metamizol 2gr EV + oxacilina 1 gr (2 ampollas) c/d 4 hrs + tramadol 50mg condicional a dolor intenso

En la ecografía transvaginal (partes blandas) se encontró adenomegalia de 4,3 cm x 2 cm con hilio graso de aspecto reactivo a la cara medial del 1/3 superior del muslo izquierdo asociado a extenso incremento de la ecogenicidad del TCSC adyacente el cual presenta edema rodeando el 1/3 superior de la vena safena magna ipsilateral la cual se encuentra permeable

al doppler. **CONCLUSIÓN:** Extensa celulitis que compromete la vena safena magna asociado con adenomegalia.

Caso 2

Paciente varón de 47 años con antecedente de asma desde los 15 años controlado y hospitalización por Pancreatitis aguda en septiembre del 2021.

Ingresa por emergencia con tiempo de enfermedad de 1 día, refiere como antecedente que 5 días antes del ingreso inicia con dolor abdominal tipo cólico en epigastrio que se irradia a hipocondrio derecho y espalda de moderada intensidad, asociado a náuseas, niega fiebre por lo que acude a EMG en donde le calman el dolor y es dado de alta. El día del ingreso refiere presentar mismo cuadro por el cual se automedica con tramadol, pero a pesar de medicación cuadro de dolor no cede por el cual acude nuevamente a EMG.

Funciones vitales al ingreso: Presión Arterial (PA) 130/80 mmHg, Frecuencia cardiaca (FC): 77 por minuto, frecuencia respiratoria (FR):18 por minuto, Sat%: 98%, T: 36.5 °C .

Al examen físico se encontró un abdomen no distendido, no se evidencia cicatrices anteriores, RHA (+) de 4 - 5 por minuto, blando depresible, doloroso a la palpación difuso de predominio de hemiabdomen superior, no visceromegalia. Murphy (-) Blumberg (-)

En los resultados de laboratorio se evidenció lo siguiente: Amilasa: 1237 U/l, Leucocitos 13 490 x mm³, Hb: 16 gr/dl, Hto: 48%, Plaquetas: 277 000 x mm³, TGO: 28 U/L, TGP: 41 U/L, GGT: 244 U/L, FA: 251 U/L, BT: 115 mg/dl, BD: 0,58 mg/dl, BI: 0,57 mg/dl .

La impresión diagnóstica fue Dolor abdominal, D/C pancreatitis aguda biliar

El plan terapéutico fue el siguiente: CINA 0.9% 100cc + metamizol 2gr EV + escopolamina 1 ampolla + tramadol 50mg condicional a dolor intenso.

En la ecografía abdominal superior se evidencia hígado de bordes regulares, parénquima homogéneo con leve incremento de la ecogenicidad difusa, vías biliares no dilatadas, colédoco de 5 mm, vesícula biliar de 88 mm x 37 mm, pared delgada con barro biliar, páncreas: **CONCLUSIONES:** Leve hepatopatía difusa D/C esteatósica. 2) Barro biliar

Caso 3

Paciente mujer de 35 con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada desde hace 5 años con uso de insulina NPH y múltiples hospitalizaciones por ITU Blee asociado a vómitos persistentes. Acude a EMG con tiempo de enfermedad de 1 día donde refiere iniciar con náuseas y vómitos en 5 oportunidades de tipo alimentario intermitente, automedicándose con gravol y metoclopramida mejorando cuadro. Antes del ingreso se asocia a dolor abdominal y cuadro de vómitos persiste.

Funciones vitales al ingreso: Presión Arterial (PA) 110/80 mmHg, Frecuencia cardiaca (FC): 103 por minuto, frecuencia respiratoria (FR):20 por minuto, Sat%: 98%, T: 36.5C. HGT: 210

Al examen físico se encontró palidez +/+++ , un abdomen no distendido, no se evidencia cicatrices anteriores, RHA (+) de 4 - 5 por minuto, blando depresible, no doloroso a la palpación.

En los resultados de laboratorio se evidenció lo siguiente: Glucosa: 236, Examen de orina: leucocitos de 60 - 70 x campo, hematíes 1 - 2, cuerpos cetónicos 1+, Hemograma: leucocitos: 9 370, Hb: 13, Hto: 38,7. Plaquetas: 275 000. AGA: Glucosa: 241, pH: 7,43 pCO₂: 39,2, HCO₃: 25,7, Lac: 0,75

La impresión diagnóstica fue

- 1) Infección del tracto urinario complicada
- 2) Diabetes mellitus 2 descompensada

El plan terapéutico fue el siguiente: ClNa 0.9% 100cc + Ceftriaxona 2 gr cada 24 horas + Dimenhidrinato 50mg EV c/d 8 hrs + Metoclopramida 10 mg EV c/d 8 hrs + Insulina NPH 10 UI y 05 UI.

En la ecografía abdominal superior se evidencio colédoco de 5mm. (Se evidencia con dificultad), vesícula biliar de 73 mm x 31 mm, pared delgada, sin cálculos en su interior. Hígado de 128 mm. De bordes regulares. Parénquima homogéneo, con leve aumento de la ecogenicidad. Vías biliares no dilatadas, de calibre y trayecto conservado. Conclusiones: 1. Leve esteatosis hepática o hepatopatía difusa. 2. Meteorismo intestinal incrementado.

Caso 4

Paciente mujer de 54 años con antecedente de litiasis vesicular hace 3 años y TBC hace 12 años en tratamiento durante 6 meses. Ingresar por emergencia con tiempo de enfermedad de 3 días en el que refiere que inició con dolor abdominal tipo cólico difuso asociado a 4 vómitos alimenticios. 2 días antes del ingreso continúa con cuadro por el cual se automedica con Hioscina, dolor disminuye y se localiza en hipocondrio derecho asociado a sensación de alza térmica por lo que se automedica con paracetamol. El día del ingreso acude por dolor abdominal intenso tipo cólico en hipocondrio derecho que dificultan la deambulaci3n, motivo por el cual acude a emg.

Funciones vitales al ingreso: Presi3n Arterial (PA) 120/70 mmHg, Frecuencia cardiaca (FC): 89 por minuto, frecuencia respiratoria (FR):19 por minuto, Sat%: 98%, T: 37.5C.

Al examen f3sico se encontr3 un abdomen no distendido, no se evidencia cicatrices anteriores, RHA (+) de 3 - 4 por minuto, blando depresible, doloroso a la palpaci3n superficial y profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, no visceromegalia. Murphy (+) Blumberg (-)

En los resultados de laboratorio se evidenci3 lo siguiente: Amilasa: 32 U/l, leucocitos 21 510 x mm³, Hb: 10,9 gr/dl. Plaquetas: 380.000 x mm³, TGO: 14 U/L, TGP: 18 U/L, GGT: 64 U/L, FA: 378 U/L, BT: 1,29 mg/dl, BD: 0,86 mg/dl, BI: 0,43 mg/dl.

La impresi3n diagn3stica fue dolor abdominal, D/C colecistitis aguda

El plan terap3utico fue el siguiente: CNa 0.9% 100cc + metamizol 2gr EV + escopolamina 1 ampolla + dimenhidrinato 50mg + tramadol 50mg condicional a dolor intenso.

En la ecograf3a abdominal superior se evidencio un h3gado de bordes regulares, par3nquima homog3neo, v3as biliares no dilatadas, col3doco de 6mm, ves3cula biliar de 132 mm x 53 mm, pared de 12 mm, con c3lculos a nivel infundibular de 28 mm y otro de 17 mm, adem3s de barro biliar, CONCLUSIONES: 1) Colecistitis aguda calculosa. 2)Hidrocolecisto

1.2. Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso 1

Paciente mujer de 18 años sin antecedentes de importancia ingresa a emergencia debido a que en consultorio externo por ginecología durante evaluación no se evidencia latidos cardiacos fetales, estudio ecográfico obstétrico lo confirma. Antecedentes ginecológicos: menarquia a los 15 años, régimen catamenial: 7/30, método anticonceptivo: niega, fecha probable de parto: 22/04/22, edad gestacional 27 semanas 5 días por ecografía de I trimestre, G1P0.

Al examen físico: piel, tórax y pulmones, cardiovascular y genitourinario sin alteraciones. A nivel de abdomen: altura uterina 24cm, situación posición y presentación (SPP): longitudinal cefálica derecha, latidos cardiacos fetales: ausentes, dinámica uterina: ausente. Al tacto vaginal: cérvix posterior blando, Orificio Cervical Externo: permeable 1 dedo, Orificio Cervical Interno: cerrado, Altura Presentación: fuera de pelvis.

Exámenes de laboratorio: examen de orina: leucocitos: 20-25 por campo. hemograma: leucocitos:12930 A:1% S:79% L: 15

Impresión diagnóstica: Óbito fetal de 27 semanas 5 días por ecografía I trimestre, Trabajo de Parto ausente.

Plan de trabajo:

1. Misoprostol 100mg VV cada 6 horas
2. Monitoreo Materno
3. Antibioticoterapia
4. Se hospitaliza

Caso 2

Paciente mujer de 25 años, acude a emergencia por dolor en tumoración en mama derecha dolorosa de 2 años de evolución, presenta controles por consultorio externo de masa en mama derecha desde el 2019. Antecedentes gineco obstétricos: Método anticonceptivo: inyectable mensual. G0P0.

Al examen físico: piel, tórax y pulmones, cardiovascular y genitourinario sin alteraciones. mama derecha: tumoración palpable de diámetro 3x3 cm en

pezón de bordes definidos, mama izquierda sin alteraciones.

Impresión diagnóstica: Tumoración en mama derecha: Fibroadenoma.

Plan de trabajo: se programa para Exceresis total de Fibroadenoma

Caso 3

Mujer de 29 años sin antecedentes de importancia ingresa a la emergencia debido a que presenta dinámica uterina con pérdida de líquido desde hace una hora antes del ingreso, refiere percibir movimientos fetales, niega la pérdida de sangre. Antecedentes gineco obstétricos: menarquia a los 11 años, régimen catamenial: 4/30, fecha probable de parto: 17/02/22, método anticonceptivo: niega. G1P0.

Funciones Vitales: FC: 102 lpm, PA: 120/80 mmHg, T°: 36.9°C

Talla: 1.60 cm. Peso: 102 Kg IMC: 39.8 kg/m² Obesidad tipo 2

Al examen físico: piel, tórax y pulmones, cardiovascular y genitourinario sin alteraciones. A nivel del abdomen: altura uterina 35 cm, situación posición presentación (SPP): Longitudinal cefálico derecho, latidos cardiacos fetales: 143 latidos por minuto, Dinámica Uterina: 1-2 contracciones en 10 minutos. Al tacto vaginal: cérvix blando posterior permeable 1 dedo, Altura de Presentación en c-3.

Impresión Diagnóstica: Gestante de 36 semanas 5 días por ecografía de primer trimestre, Pródromos de Trabajo de Parto, Ruptura Prematura de Membranas, Obesidad Materna.

Plan de Trabajo:

1. Evolución espontánea
2. Test No Estresante
3. Ecografía Obstétrica
4. Interconsulta a Neonatología
5. Evaluar signos de alarma

Caso 4

Paciente mujer de 25 años sin antecedentes de importancia acude a control prenatal para Test No Estresante, se le realiza toma de funciones vitales en la

cual se evidencia presión arterial de 140/90 mmHg , si percibe movimientos fetales, niega la pérdida de sangre o líquido por vía vaginal, niega signos de irritación cortical. Antecedentes Ginecológicos Obstétricos: menarquia a los 14 años, régimen catamenial: 5/30, fecha probable de parto: 30/11/21, métodos anticonceptivos: niega, G2P1:

Funciones Vitales: FC: 76 latidos por minuto , FR: 20 respiraciones por minuto PA: 140/90 mmHg, T°:36,6°C, SatO2: 98%.

Al examen físico: piel, tórax y pulmones, cardiovascular y genitourinario sin alteraciones. A nivel de abdomen: Útero grávido altura uterina: 32 cm, situación posición presentación (SPP): Longitudinal Cefálico Izquierdo, latido cardiaco fetal:142 latidos por minuto, Dinámica Uterina: no se evidencia. Al tacto vaginal: cérvix central blando permeable 2 cm, incorporación: 80%, altura de presentación: c-3, membranas íntegras, pelvis ginecoide. Locomotor: no se evidencian edemas. Presencia de reflejos.

Exámenes de laboratorio Leucocitos: 9 080 x mm³, abastionados:0%, segmentados: 66% , plaquetas: 209 000 x mm³ ,creatinina: 0.87 mg/dl , LDH: 422.3 U/L, TGO: 16.3U/L, TGP: 16 U/L, Índice de proteína en orina : 7.73 mg/gr, Índice de creatinina en orina: 81 mg/gr.

Examen de orina: leucocitos 18-20/campo, hematíes 8-10/campo, células epiteliales: 30-35/campo.

Ecografía obstétrica: Ponderado Fetal: 3200 kg, líquido amniótico: Pozo único 15mm. Observaciones: circular simple de cordón.

Impresión Diagnóstica: Gestante de 39 semanas 1 día por ecografía primer trimestre, No trabajo de Parto, Trastorno Hipertensivo del embarazo: Preeclampsia sin signos de alarma. Oligohidramnios.

Plan de trabajo:

1. Ecografía obstétrica más perfil biofísico
2. Nifedipino 10mg VO PRN PA \geq 160/110 mmHg
3. Test estresante
4. Monitoreo fetal estricto
5. Vigilar signos de hipertensión: alteraciones visuales, náuseas, vómitos, epigastralgia.

1.3. Rotación en Pediatría

Caso 1

Paciente varón de 4 meses ingresa a la emergencia con un tiempo de enfermedad de 1 día debido a que presenta llanto intenso, no lacta, asociado a tos con movilización de secreciones, madre administra Paracetamol 5 gotas, pero síntomas persisten. Antecedentes: 1 día antes recibe segunda dosis de vacuna pentavalente, Rotavirus y Neumococo.

Funciones Vitales: FR: 42 rpm, FC: 126 lpm, T°: 36,7°C, SatO2: 98%

Examen físico: peso: 7,200 kg, Talla: 70 cm, Pc: 43cm.

Aparente regular estado general, nutrido, ventila espontáneamente sin apoyo de Oxígeno, facies no características. Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", no palidez ni cianosis. TCSC: no edemas. Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien AHT, no ruidos agregados. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Abdomen: plano, RHA (+), blando y depresible, no impresiona dolor a la palpación. Genitales: sin alteraciones. Neurológicas: : Despierto, irritable , reactivo a estímulos , tono y fuerza muscular adecuado para la edad.

Examen de laboratorio: Hemograma: leucocitos: 20 770 x mm³, abastionados: 0%, segmentados: 62%, linfocitos: 31, Hb: 11,8 gr/dl, plaquetas: 550 000 x mm³.

Examen de orina: leucocitos 12-14 por campo, hematíes: 0-1 por campo, células epiteliales 3-4 por campo

Impresión diagnóstica:

1. Infección del tracto urinario

Plan:

1. Tratamiento antibiótico

Caso 2

Paciente femenina de 03 meses ingresa a la emergencia con un tiempo de enfermedad de 05 días, por presentar inicialmente rinorrea y sensación de

alza térmica, acude a emergencia donde le indican que es un proceso viral y recetan Clorfenamina, posterior a cuadro se agrega tos, dificultad para respirar y agitación.

Funciones Vitales: FR: 37 rpm, FC:104 lpm, T°:38C, SatO2: 96%,

Al examen físico: peso: 6,500 kg, Talla: 57cm

piel: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor a 2", no cianosis. TCSC: no edemas. cabeza: Fontanela anterior normotensa. Faringe: congestiva +/+++

Tórax y Pulmones: Tiraje subcostal e intercostal. Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, se auscultan sibilantes en ambos campos pulmonares, Bierman y Pearson: 3 puntos. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Abdomen: globuloso, blando y depresible, RHA (+) Neurológico: Despierta, reactiva a estímulos.

Examen de laboratorio: prueba antigénica covid-19: Negativa

Radiografía de Tórax: A-P: signos de atrapamiento aéreo con aumento de la trama vascular peri bronquial e infiltrado intersticial que llega a 1/3 medio bilateral.

Impresión diagnóstica:

1. Bronquiolitis
2. Inmunizaciones incompletas

Plan:

1. Oxigenoterapia condicional a SatO2
2. B2 agonistas
3. Corticoides
4. Limpieza de fosas nasales a demanda
5. Monitorización respiratoria

Caso 3

Paciente femenina de 10 años ingresa a la emergencia con un tiempo de enfermedad de 03 días, refiere que luego de haber ingerido arroz chaufa presentó dolor abdominal tipo cólico, náuseas y vómitos hasta en 03 oportunidades de contenido alimentario, dolor abdominal se intensifica

asociado a deposiciones líquidas sin moco y sin sangre, 04-05 cámaras al día.

Funciones vitales: T: 37,1°C, FC:73 lpm, FR: 20 rpm, PA: 98/60 mmHg, SatO2: 98%

Examen físico: peso: 42.300 Kg, Talla: 1.47

piel: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor a 2", no signos del pliegue. TCSC: no edemas. Ganglios: No adenopatías. Boca: mucosas húmedas. Faringe: no congestiva, no eritematosa. Tórax y pulmones: No tirajes, MV pasa bien ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Abdomen: blando, depresible, RHA (+). SNC: Reactivo a estímulos, tono y fuerza muscular conservados.

Exámenes auxiliares: prueba antigénica: negativa, Ca iónico: 1.16 mg/dl, creatinina: 0.76 mg/dl, potasio: 3.6 mmol/L, sodio: 138 mmol/L, urea: 34 gr/dl.

Reacción inflamatoria en heces: Negativo

Hemograma: Leucocitos: 8420 x mm³, abastionados:0%, eosinofilos:10%, plaquetas: 228 000 x mm³, Hb: 14.8 gr/dl , Hto: 42.9 % PCR: 7 mg/dl.

Impresión diagnóstica:

1. Enfermedad Diarreica Aguda sin Deshidratación

Plan:

1. Tolerancia oral, progresar dieta
2. Hidratación

Caso 4

Paciente femenina de 05 meses ingresa a la emergencia con un tiempo de enfermedad de 03 días. la cual refiere que menor presentaba rinorrea y tos exigente que le producía dificultad para respirar, madre administra paracetamol y prednisona con los cuales síntomas no ceden, tos seca continúa causando agitación y llanto en menor.

Funciones Vitales: FR: 35 rpm, FC: 111 lpm, T°: 37,5°C, SatO2: 99%.

piel: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor 2". Orofaringe: congestiva. Tórax y Pulmones: tiraje subcostal, subcrépitos y sibilantes en ACP. MV pasa bien en AHT. Aparato Cardiovascular: ruidos cardiacos

rítmicos, no soplos. Abdomen: Blando, depresible, RHA (+). SNC: reactivo a estímulos externos.

Exámenes de laboratorio: prueba antigénica covid 19: Negativo. Hemograma: leucocitos: 12 250 A :0%. S:33% Linfocitos: 64 PCR: 1 mg/l

examen de rotavirus: positivo Adenovirus: Negativo

Impresión diagnóstica:

1. Bronquiolitis

Plan:

1. Lactancia materna a libre demanda
2. B2 agonista
3. Monitoreo respiratorio

1.4. Rotación en Cirugía

Caso 1

Paciente varón de 36 años sin antecedentes de importancia ingresa a emergencia con tiempo de enfermedad de 30 horas, refiere que inicia con dolor abdominal a nivel de epigastrio difuso de intensidad 6/10, Luego de 3 horas se asocia a cuadro náuseas y sensación de alza térmica. 10 horas antes del ingreso dolor migra a fosa iliaca derecha con aumento de intensidad de dolor a 9/10 por lo cual se automedica con pastillas que no recuerda, pero cuadro no mejora por el cual acude a EMG.

Funciones vitales al ingreso: Presión Arterial (PA) 110/70 mmHg, Frecuencia cardiaca (FC): 70 por minuto, frecuencia respiratoria (FR):20 por minuto, Sat%: 99%, T: 36.7C.

Al examen físico se encontró un abdomen no distendido, simétrico, no se evidencia cicatrices anteriores, RHA (+) de 2 - 3 por minuto, blando depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, no visceromegalia. Blumberg (+), Mcburney (+). Alvarado 6/10 (No fiebre, no leucocitosis, no desviación izquierda)

Además, se le solicitaron exámenes auxiliares Prequirúrgicos.

En los resultados de laboratorio se evidenció lo siguiente : Leucocitos: 6 880

x mm³, Hb: 13,5 gr/dl, Hto: 40%, Plaquetas: 183 000 x mm³. Abastionados: 0%, segmentados: 64% .

En la ecografía abdominal inferior se evidencia imagen tubular hipoecogénica que mide 40 mm x 8 mm, aperistáltica no depresible y dolorosa a la ecopresión con leve incremento de la hiperecogenicidad del tejido mesentérico adyacente. Conclusión: Imagen ecográfica sugestiva de apendicitis aguda, correlacionar con clínica y hemograma.

Apreciación Diagnóstica:

1. Apendicitis aguda
2. Sobrepeso

El plan terapéutico fue el siguiente:

1. Analgesia
2. Hidratación
3. Antibioticoterapia profilaxis
4. Preparar para sala de operación

Reporte operatorio:

Líquido libre escaso, apéndice cecal 7 x 1,5cm, necrosada en toda su extensión en posición paracecal interna descendente, base en buen estado y ciego levemente congestivo.

Caso 2

Paciente mujer de 34 años con antecedente de cesárea marzo de 2020, acude a emergencia con tiempo de enfermedad de 5 meses, refiere inicia con dolor abdominal tipo cólico a nivel de hipocondrio derecho post ingesta de comida copiosa que cede con medicación (buscapina). 4 meses antes del ingreso refiere sufrir mismo cuadro de dolor que se asocia a náuseas y vómitos en 2 oportunidades que no ceden a analgésicos por el cual recibe atención particular donde le diagnostican de litiasis vesicular. El día del ingreso paciente refiere mismo cuadro con dolor de intensidad moderada. Niega sensación de alza térmica, ictericia, coluria, acolia, hospitalizaciones por pancreatitis.

Funciones vitales al ingreso: Presión Arterial (PA) 110/60 mmHg, Frecuencia

cardiaca (FC): 79 por minuto, frecuencia respiratoria (FR):20 por minuto, Sat%: 99%, T: 36.9C.

Al examen físico se encontró un abdomen no distendido, se evidencia cicatriz supraumbilical transversal de aprox 10 cm, RHA (+) de 4 - 5 por minuto, blando depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho, no visceromegalia. Murphy (-) Blumberg (-)

En los resultados de laboratorio se evidenció lo siguiente: Leucocitos: 4020, Hb: 13, Hto: 39%, Plaquetas: 187 000, segmentados: 32%, BT: 0,48, BD: 0,28, BI: 0,18, FA: 198, GGT: 83. TGO: 37. TGP: 39, examen de orina negativo

En la ecografía abdominal superior se evidencia colédoco de 4,6 mm, vesícula biliar de 58mm x 26 mm, pared delgada con imágenes hiperecogénicas menores de 5 mm que ocupan toda la luz vesicular. CONCLUSIÓN: Litiasis vesicular múltiple

La impresión diagnóstica fue:

1. Colecistitis crónica calculosa reagudizada

El plan terapéutico fue el siguiente:

1. Analgesia
2. Hidratación
3. Antibioticoterapia profilaxis
4. Preparar para sala de operación

Reporte operatorio:

Vesícula biliar de aprox 6 x 3 cm de paredes delgadas, arteria y conducto cístico delgados.

Caso 3

Paciente mujer de 21 años sin antecedentes de importancia, ingresa con un tiempo de enfermedad de 1 año, refiere que inició con cuadro de dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho post ingesta de comida copiosa irradiado a región lumbar asociado a náuseas y vómitos en 3 oportunidades de contenido alimentario. Posteriormente presentó múltiples episodios, automedicándose con hioscina encontrando mejoría, siendo el último hace 2 meses.

Funciones vitales al ingreso: Presión Arterial (PA) 120/60 mmHg, Frecuencia cardiaca (FC): 85 por minuto, frecuencia respiratoria (FR):18 por minuto, Sat%: 97%, T: 36.8C.

Talla: 1,56 m Peso:65kg IMC: 26,7 Kg/m²

Al examen físico se encontró un abdomen no distendido, no se evidencia cicatrices anteriores, RHA (+) de 4 - 5 por minuto, blando depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda, no visceromegalia. Murphy (-) Blumberg (-)

Además, se le solicitaron exámenes auxiliares como

Los resultados de laboratorio evidenciaron lo siguiente: BT: 0,7 mg/dl, FA: 228 U/L, GGT: 25 U/L, TGO: 20 U/L, TGP: 13 U/L, Urea: 25 mg/dl, Creatinina: 0,76 mg/dl. Leucocitos: 7900 x mm³, Hb :13,3 gr/dl. Plaquetas: 300 000 x mm³.

En la ecografía abdominal superior se evidencia colédoco de 5mm, sin cálculos en si interior. Vesícula biliar de 39 mm con pared delgada con múltiples cálculos en su interior menores a 10mm. CONCLUSIÓN: Litiasis vesicular

La impresión diagnóstica fue

1. Litiasis vesicular
2. Sobrepeso

El plan terapéutico fue el siguiente:

1. Analgesia
2. Hidratación
3. Antibioticoterapia profilaxis
4. Preparar para sala de operación

Reporte operatorio: Vesícula biliar de aprox 8 x 4 cm de pared delgada de aprox 3mm. Bilis clara, múltiples cálculos en su interior de aprox 5 mm. conducto cístico ancho de aprox 4 mm, colédoco no evaluable. arteria cística única.

Caso 4

Paciente varón de 42 años con antecedente de Laparotomía exploratoria por

PAF en el 2013, acude a la EMG por tiempo de enfermedad de 3 años, refiere que inicia con sensación de masa a nivel de región periumbilical derecha, sin dolor, no náuseas, ni vómitos de 2 x 3 cm. Hace 2 meses presenta episodio de dolor tipo cólico 4/10 sin irradiación, por lo que se automedica mejorando el dolor. Niega otras molestias. El día del ingreso refiere nuevo episodio de dolor moderado asociado a náuseas que no cede a analgésicos. Niega cambio de coloración, vómitos, sensación de alza térmica.

Funciones vitales al ingreso: Presión Arterial (PA) 100/70 mmHg, Frecuencia cardiaca (FC): 77 latidos por minuto, frecuencia respiratoria (FR):18 respiraciones por minuto, Sat%: 99%, T:36.8 °C.

Talla: 1,69 m Peso: 92 kg IMC: 32 kg/m²

Al examen físico se encontró un abdomen no distendido, se evidencia cicatriz mediana, RHA (+) de 3 - 4 por minuto, blando depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda. Presencia de masa a maniobra de Valsalva en región periumbilical derecha de aprox 8 x 11 cm, reducible, sin cambios de coloración.

Además, se le solicitaron exámenes auxiliares Prequirúrgicos

En los resultados de laboratorio se evidenció lo siguiente: Leucocitos 8380 x mm³, Hb: 14,4 gr/dl. Plaquetas: 228 000 x mm³. Glucosa: 132 mg/dl. Urea: 32 mg/dl. Creatinina: 1,1 mg/dl. Albúmina: 4,1 gr/dl.

En la ecografía de partes blandas se evidencia una imagen heterogénea de 70 x 76 x 36 mm en flanco derecho a 2 mm de la superficie que aumenta a la maniobra de Valsalva, y la posición de la piel emerge por un agujero periumbilical de 10mm. Conclusión: Hernia paraumbilical, D/C oclusión intestinal

La impresión diagnóstica fue:

1. Eventración abdominal
2. Obesidad grado I

El plan terapéutico fue el siguiente:

1. NPO
2. Analgesia
3. Hidratación

4. Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas
5. Ceftriaxona 1gr EV cada 12 horas
6. Preparar para SOP

Reporte operatorio: Hernia ventral con saco de aprox 10 cm sin contenido en su interior. Anillo herniario de aprox 4 cm en región de cicatriz operatoria previa periumbilical.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado se inició pasada la primera ola de la pandemia COVID - 19 , habiendo sido ya recibidos los internos del 2020 - 2021, con una duración estimada de 10 meses, los cuales se dividieron en 2 segmentos , se decidió hacerlo con predominancia en el primer nivel de atención durante 5 meses el cual es la entrada al sistema de salud, ya que se considera el primer contacto con la población incluidos aquí las postas como centros de salud de atención básica y luego 5 meses en una unidad hospitalaria de mayor nivel en el cual se pudieran poner en práctica casos más complejos , en contacto con especialidades quirúrgicas y clínicas, UCI , y servicios de imágenes

El Hospital de Vitarte es considerado un hospital III - 1 perteneciente a la red de Hospitales de la Dirección Integral de Redes de Salud de Lima Este, siendo catalogado de baja complejidad por lo que su Hospital de referencia principal

es el Hospital Hipólito Unanue ubicado en el Agustino. Su ubicación está en Av. Nicolas Ayllón 5880 - Ate Lima. Este nosocomio brinda atención en salud a la gran población de Ate, como principal misión tiene la atención preventiva - promocional, sin fines de lucro. Contaba con un total de 924 trabajadores de los cuales 142 son médicos especialistas; además el hospital cuenta con 78 camas, dos salas de operaciones, ecógrafos, equipos de rayos x (1).

En julio del 2021 se dio inicio al internado, las rotaciones se dieron tanto en hospitalización como en emergencia de cada especialidad, acompañado por la tarde de discusión de casos clínicos y exposiciones realizadas por los internos, con debates del tema con los residentes.

En la Rotación en Medicina se llevó a cabo el manejo de emergencias como intoxicaciones con benzodiazepinas, cólico biliar, cólico renal, cetoacidosis diabéticas , estado hiperosmolar, crisis hipertensivas , pancreatitis aguda biliar , entre otras , en las cuales se vio desde la correcta forma de hacer la entrevista al paciente, el pedido de exámenes de laboratorio de ser necesario , el tratamiento inicial para cada patología y criterios de alta o hospitalización , así como la realización de procedimientos como toma de gases arteriales en su gran mayoría . En el área de hospitalización existen 2 secciones: aquellos pacientes que son ingresados son hospitalizados en el área de emergencias, y aquellos con alguna patología más complicada o con estancia más prolongada pasan al área de hospitalización oficial donde cuentan con 7 camas las cuales cuentan con oxígeno y monitor de ser necesario. El interno se encarga de las evoluciones, solicitud de exámenes y seguimiento de estos, además de la realización de procedimientos.

En la Rotación en cirugía general y traumatología se tuvo la oportunidad de hacer guardias diurnas en emergencias , en donde se pudieron realizar diversos procedimientos como suturas de heridas menores y mayores, drenaje de abscesos , curación de heridas postoperatorias , colocación de férulas y yesos de diferentes áreas , además de aprender el manejo de pacientes quemados de primer y segundo grado , epistaxis , pacientes politraumatizados , fracturas cerradas y abiertas , pacientes heridos por PAF. Además, el ingreso a sala de operaciones se dio tanto para cirugías de emergencias como electivas, siendo este último visto en hospitalización, el

interno fue encargado de ver el progreso del paciente desde su ingreso hasta su alta, siendo responsable de la realización de historia clínica, la firma de consentimientos informados por el paciente o su familiar , el pedido de exámenes laboratoriales y riesgos quirúrgicos, así como la evolución del paciente. Siendo cirugías frecuentes las colecistectomías, apendicectomías, hernioplastias, laparotomías exploratorias, entre otras.

En la Rotación en Ginecología y Obstetricia se tuvo la oportunidad de la atención de parto tanto eutócico como distócico, de poder realizar el monitoreo de la gestante acompañando en su labor de parto, así mismo realizando el puerperio inmediato parte fundamental ya que es el tiempo donde ocurren las hemorragias post parto y llevan a muerte materna. Se tuvo la oportunidad de participar en cirugías como cesáreas electivas como de emergencia, histerectomías, ligadura de trompas como método anticonceptivo en paridad satisfecha, corrección de distopias, así como procedimientos menores como AMEU o Legrado uterino. Colocación de métodos anticonceptivos. En área de consultorios aprender a llevar un control materno de gestante sin y con alto riesgo obstétrico, maniobras de Leopold, medición de altura uterina, monitoreo cardiaco fetal. En el área de emergencia a aprender a actuar de forma inmediata y que exámenes pedir, así como que procedimientos realizar.

En el área de Pediatría, se divide en el área de UCI neonatología, Alojamiento conjunto, Hospitalización Pediátrica y Emergencia. En el área de UCI neonatal se realizaba las evoluciones, evaluación de neonatos en cuidados intermedios, balances hidroelectrolíticos, llevar un control de peso, talla y perímetro cefálico. En Alojamiento Conjunto la evaluación del neonato de maneja integral, control de porcentaje de peso pedido en sus 24 horas, evaluar signos de alarma y control de los neonatos en 07 días. En hospitalización pediátrica, a tratar patologías frecuentes, realizar evoluciones, las dosificaciones de la medicina. En emergencia pediátrica a la atención de patologías respiratorias como digestivas en mayor frecuencia, a la atención de crisis asmáticas, a tratar las diarreas con deshidratación, así como patologías frecuentes como resfriados, rinofaringitis, entre otros.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Uno de los principales objetivos del internado es utilizar todos los conocimientos aprendidos en los años de carrera, en la práctica que se lleva a cabo en los hospitales. En esta etapa es que se explora el nivel de conocimiento de los internos, así como su habilidad para la resolución de problemas que se puedan presentar en la práctica médica. En este contexto es necesario aclarar que las experiencias y vivencias dependen mucho del entorno, en este caso de los Hospitales en los que se realice; por lo cual a pesar de que las guías internacionales nos brinden una orientación en cuantos, a los diversos tratamientos recomendables, muchos no podrán llevarse a cabo por el contexto en que se encuentran los internos.

3.1. Rotación en Medicina Interna

Caso 1

Paciente mujer de 16 años cuya historia clínica fue compatible con un cuadro clínico de celulitis la cual es una de las infecciones de piel más frecuente, está generalmente se manifiesta con dolor, edema, calor y eritema en un área, este se presenta luego de la entrada de bacterias a la barrera de la piel alterada. En este caso se presume que fue por una picadura en la zona interna del muslo izquierdo. El diagnóstico es netamente clínico, en este caso se pidieron exámenes laboratoriales como hemograma, PCR para descartar alguna complicación y ver su evolución, se encontró leucocitosis y un PCR. Debido a todo el cuadro febril asociado a leucocitosis y la limitación para un adecuado manejo ambulatorio es que se decide hospitalizar a la paciente e iniciar el tratamiento antibiótico con oxacilina 1 gr - 2 amp EV cada 24 horas por 5 días ya que fue una celulitis no complicada y al alta dicloxacilina 1 gr cada 8 horas VO por 7 días para así completar el tratamiento, además durante su estancia se mantuvo al miembro afectado elevado ya que este facilita el drenaje de los edemas por gravedad . Según las guías el tratamiento por vía oral puede ser usado en aquellas celulitis leves, en cambio la vía parenteral debería usarse en aquellos que cumplen con ciertos requisitos como: signos sistémicos de infección (fiebre > 38 C, hipotensión o taquicardia), progresión del cuadro a pesar de medicación antibiótica después de 48 horas, no tolerancia oral, entre otras (6). El tratamiento de elección es cefazolina 1gr cada 8 hrs EV y luego pasar a Cefalexina 500mg cada 12 hrs VO hasta completar 10 a 15 días, pero este tipo de antibióticos no los tiene el SIS, razón por la cual no se dio estaos medicamento. La evolución de la paciente fue favorable ya que dejó de presentar picos febriles y hubo una notable disminución de los leucocitos y PCR, por el cual se le dio el alta con la explicación de los debidos cuidados y medicación.(7)

Caso 2

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio en el cual se ven envueltas alteraciones sistémica y metabólicas ya que existe la liberación súbita de enzimas pancreáticas, las cuales causan lesión tisular y más adelante fallo orgánica; esta puede ser de tipo biliar, siendo las más frecuente en un 80% por colelitiasis, y la de causa no biliar . En esta caso el paciente acudió con

antecedente de una hospitalización previa por pancreatitis aguda en septiembre del 2021, el cual nos marca un precedente importante, además acude con la clínica de dolor abdominal intenso ubicado en epigastrio que se irradia hipocondrio derecho y región lumbar con la típica ubicación en “el cinturón”. El diagnóstico de esta patología se da además con exámenes laboratoriales y radiológicos, por lo que se solicitó: amilasa, resultado su valor 3 veces por encima del límite superior normal , y una ecografía abdominal superior en la que se evidencio barro biliar por lo que entraría dentro de los criterios diagnósticos de esta patología. Se pasa a hospitalizar al paciente y se realiza los scores pronósticos como Marshall el cual evalúa los 3 sistemas orgánicos como el respiratorio (PAFI), renal (Creatinina). Cardiovascular (PAM> 90 mmHg) en este caso el paciente puntuó con 1 punto el cual define que no había fallo orgánico(8) .El manejo inicial de esta patología es la hidratación con cristaloides, siendo de elección el lactato de ringer , y el manejo del dolor , la primera es explicada por la inflamación y respuesta inflamatoria ,esto lleva a una extravasación de fluido al tercer espacio por lo tanto la hidratación cumple un rol importante en la mejora del volumen de fluidos ,mejorando así la oxigenación del tejido y evitando su posterior necrosis (8) ; la segunda es unos de los síntomas principales por los cuales lo pacientes acuden a emergencia y el causante muchas veces de inestabilidad hemodinámica , en esta patología está indicados los opioides , también es sugerido el manejo en combinación con un AINE para poder lograr la disminución del dolor. En este paciente el primer día se mantuvo en NPO, iniciando dieta blanda al día siguiente en ausencia de dolor abdominal, antes se recomendaba que el paciente se encuentre algunos días en NPO para evitar la estimulación de secreción de enzimas pancreáticas, pero ahora en las nuevas guías se concluye el inicio temprano de la alimentación enteral como ayuda a disminuir el riesgo de necrosis y falla orgánica (9). El paciente cursó con una evolución favorable y se fue de alta con referencia hacia cirugía para el tratamiento definitivo el cual se considera la colecistectomía.

Caso 3

La infección urinaria es aquella en la se encuentra existencia de

microorganismos patógenos en el tracto urinario asociado a síntomas o no, los más frecuente son bacterianos en un 80 - 90 % , siendo la *Escherichia coli* el patógeno de relevancia .Existen ciertas clasificaciones , este caso fue una infección urinaria complicada ,la cual es descrita en aquellos paciente que tienen un factor predisponente que hacen un mayor riesgo de una evolución desfavorable , en esta paciente fue el antecedente de diabetes mellitus y una Infección del Tracto urinario recurrente .EL paciente acude por persistencia de náuseas y vómitos a pesar de medicación principalmente asociado a fiebre y síntomas urinarios , se solicitan exámenes laboratoriales como hemograma ,urea, creatinina, PCR , electrolitos y glucosa para descarte de un cuadro séptico ,además que por su antecedente de diabetes corroborar si existe alguna injuria renal de por medio , y un examen de orina completo el cual sale patológico . Por no tolerar la vía oral es hospitalizada y se realiza un urocultivo el cual queda en curso, se le realiza además una ecografía en la que no impresiona alguna anormalidad. El manejo que se realiza es iniciar de manera empírica un antibiótico el cual debe elegirse debido a la gravedad del cuadro , los factores de riesgo y los factores del paciente , en algunas de las guías se inicia con ceftriaxona 1 gr EV cada 24 horas o carbapenem antipseudomonas como meropenem 1gr EV cada 8 horas si es que sospecha de algún germen MDR, en este caso se inició con ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas con el cual tuvo una evolución favorable ya que dejó de presentar fiebre y empezó a tolerar la vía oral ; después de 5 días salió el urocultivo el cual fue positivo a E Coli Blee pero no se decidió rotar el medicamento porque la paciente había respondido al antibiótico evidenciado en la disminución de los leucocitos (5400 x mm³) y PCR (1.2 mg/dl) post antibioticoterapia con ceftriaxona (10).

Caso 4

La colecistitis es una de las complicaciones más frecuentes de la colelitiasis, esta es causada por la persistente obstrucción del conducto cístico, causando una inflamación a nivel de la pared vesicular asociada a la infección de la bilis. Para el diagnóstico se utilizan los criterios de Tokio los cuales se dividen en signos locales de infección como el signo de Murphy positivo y masa o dolor en cuadrante superior derecho, los signos sistémicos como la fiebre, PCR

elevada y leucocitosis, y por último los hallazgos de imagen en los que se incluye el engrosamiento de la pared (> 5 mm) , agrandamiento de la vesícula , gas en imagen , detritus ecográfico. en este caso la paciente cumplía con los signos locales, sistémicos y de imagen ya que en la ecografía abdominal superior se encontró una pared de 12 mm con cálculos en su interior los cuales harán el diagnóstico definitivo (11). En cuanto a los criterios de severidad este era de grado II o moderada porque tenía una leucocitosis de 21 510 por el cual se inició el tratamiento con ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas asociado a tramadol 50 mg EV cada 12 horas para manejo del dolor. La paciente tuvo una evolución favorable porque la mayoría de los síntomas y signos remitieron, se dejó referencia para el manejo quirúrgico posterior.

3.2. Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso 1

Se trata de un caso de óbito fetal, esta es una patología en la cual el feto no está vivo, pero aún el útero no expulsa contenido y no hay cambios en el orificio cervical (12). Esto se constata al no presentarse latidos cardiacos fetales que viene a ser una de las características también de esta patología, así como la ausencia de movimiento fetal o un tamaño de útero no relacionado a la edad gestacional, puede haber presencia de sangrado vaginal también. En este caso se trataba de una gestación de 27 semanas 5 días por ecografía del primer trimestre, en la cual la madre no se alarmó al no sentir los movimientos de su bebe una semana anterior. La paciente llegó tranquila al consultorio externo como parte de los controles prenatales que le correspondía, sus funciones vitales estaban conservadas, ella no refería la pérdida de líquido o sangre por vía vaginal ni dolor tipo contracción. La altura uterina no guardaba relación con el tiempo gestacional de la paciente lo cual también fue motivo de sospecha. A la paciente se le realizaron todos los exámenes de rutina para poder ser hospitalizada e inducir al parto, dentro de los hallazgos de laboratorio se encontró un examen de orina patológica con presencia de *Trichomona vaginalis* en la muestra. Para el plan de trabajo de

la paciente se administró Misoprostol de 100 mg cada 6 horas vía vaginal , el cual no tuvo efecto en la paciente por lo que se decide colocar 2da dosis de Misoprostol 100mg VV cada 4 horas. También se trató la infección urinaria con Ceftriaxona 2g IV cada 24 horas. Con la dosis de Misoprostol, la paciente no presento muchos cambios al tacto vaginal por lo que se decido incrementar la dosis de 200mg cada 4 horas, ese mismo día se reporta el parto vaginal, el informe fue un óbito de sexo femenino y un peso 860gr, posterior a evento se programa para la intervención de legrado uterino, con un reporte de restos endometriales 10cc. La paciente se va de alta el día posterior con tratamiento antibiótico por 05 días además de método anticonceptivo con ampolla trimestral (13).

Caso 2

Se trata de un caso de fibroadenoma de mama, esta es una lesión benigna más frecuentemente diagnosticada en mujeres jóvenes se debe al crecimiento excesivo de tejido glandular debido a los cambios hormonales, este tumor está compuesto por tejido epitelial y estromal. Dentro de sus características se trata de una masa firme, gomosa, no dolorosa, móvil, delimitada, de 2-3 cm de tamaño aproximadamente. Tiene predilección de aparecer en el cuadrante superior externo de la mama. Tienen sensibilidad hormonal por lo que suelen aumentar de tamaño durante el embarazo e involucionar durante la menopausia (14). Esta es una paciente que llevaba su control por consultorio externo por un tiempo de 02 años, la cual presentaba una ecografía del abril del 2019 con una masa de 12 mm y otra ecografía del 18 de enero del 2021 con una masa de 24mm. Las características de la masa en mama siempre fueron de bordes definidos, móviles y sin retracción del pezón y sin características importantes o patológicas en la mama izquierda. Estuvo con tratamiento con vitamina E de forma diaria y con control en 1 mes. La paciente refiere un crecimiento progresivo por año, pero sin presencia de síntomas. Último control por consultorio externo la paciente presentaba un nódulo de 3 cm con leve dolor a la palpación, móvil en mama derecha cuadrante inferior externo. Dentro del plan de trabajo fue completar sus exámenes quirúrgicos y

hospitalizar para la intervención quirúrgica. El reporte de la intervención fue un fibroadenoma de diámetro 3x2 cm. La paciente sale de alta al día siguiente con antibiótico por 05 días, analgésico y vendaje compresivo de mama.

Caso 3

Se trata de una gestante de 36 semanas 5 días por ecografía del primer trimestre con trabajo de parto en fase latente y una ruptura prematura de membranas de 1 hora antes de su llegada al servicio, el RPM se describe como una rotura espontánea que ocurre posterior a las 22 semanas de gestación y esta se produce antes del inicio de trabajo de parto, según estadísticas es causante de la mitad de los partos pretérmino, dentro de las probables factores de riesgo están las infecciones urinarias y vaginosis no tratadas, una incompetencia cervical, polihidramnios entre otros (15)

La primigesta ingresó con funciones vitales conservadas, afebril. El líquido perdido fue de aspecto claro y se confirma con maniobra de Valsalva al espéculo. En este caso se trataba de una rotura prematura de membranas sin infección intraamniótica y no se inició antibioticoterapia profiláctica ya que se encontraba dentro de las 6 horas de haber ocurrido el evento.

Al examen a las 3am tenía una dilatación de 1 cm. Y una dinámica uterina de 2 a 3 contracciones en diez minutos. Se le realizó una ecografía obstétrica con los siguientes datos: feto único, con actividad cardíaca 140 lx', líquido amniótico pozo mayor de 6.7 mm, ponderado fetal: 2847 gr.

Dentro del plan de trabajo fue permitir una evolución espontánea para atención de un parto vaginal. La posterior evaluación de tacto vaginal a las 13h del mismo día la gestante presentaba una dilatación de 2 cm, incorporado al 90%, altura de presentación fuera de pelvis y membranas rotas presentando un trabajo de parto en fase latente prolongada. El trabajo de parto se divide en 03 fases; dentro de la primera etapa se subdivide en fase latente y fase activa. Durante la fase latente el tiempo a esperar según guías internacionales son que en nulíparas es hasta 20 horas y multíparas hasta 14 horas , la dilatación en nulípara debe ser de 1.2cm por hora y un descenso de 1cm por

hora, de no cumplirse esto en ese tiempo se considera prolongado (16).

En este caso se indica cesárea y se prepara los prequirúrgicos, el Reporte de cesárea: desproporción céfalo pélvica: feto fuera de pelvis, anhidramnios. Las Observaciones: líquido amniótico ausente, hipotonía uterina que cede con oxitocina, ergotrate y Misoprostol 4 tabletas vía rectal. Se recibe un Recién nacido masculino de 3330, Apgar 9-9 y Capurro 37 semanas sin otras interurrencias.

Caso 4

Este se trata de una Preeclampsia sin signos de severidad de una gestación de 39 semanas 1 día por ecografía de primer trimestre, la cual se define como una presión arterial sistólica mayor igual a 140 mmHg y/o presión arterial diastólica mayor igual a 90 mmHg en una gestación mayor a las 20 semanas en una mujer que era normotensa desde un inicio asociado o no a exámenes de laboratorio alterados. Puede haber presencia de proteinuria con una recolección de orina en 24 horas mayor igual a 300 mg, una relación proteína/creatinina mayor igual a 0.3mg/dl aunque también puede manifestarse sin proteinuria, otros criterios diagnósticos incluyen trombocitopenia con plaquetas inferior a 100 000/l, alteración de la función hepática con transaminasa 2 veces su límite superior, una insuficiencia renal con creatinina sérica superior a 1,1 mg/dl, edema pulmonar, cefalea, epigastralgia, síntomas visuales que no se explique algún diagnóstico, todo ello correspondiente a signos de severidad (17).

La paciente ingresó a la emergencia presentando en 02 oportunidades una presión arterial de 140/90 mmHg lo que llamó mucho la atención, se le toma exámenes de laboratorio para designar severidad y en la reevaluación su presión arterial estaba en 150/90 mmHg, al tacto vaginal estaba con 1 cm de dilatación, incorporado al 80%, una altura de presentación en -3 y membranas íntegras. Los resultados de laboratorio fueron: plaquetas, creatinina, LDH, transaminasas dentro de sus valores normales, un índice de proteína/creatinina en 0.09 mg/dl no alcanzando valor de severidad, además no presentaba síntomas. Se decide realizar un monitoreo materno fetal

estricto y Nifedipino en caso la presión arterial estuviese mayor igual a 160/110 mmHg, además de Test estresante con oxitocina.

También se le realiza una ecografía obstétrica con presencia de actividad cardíaca, movimientos fetales y respiratorios presentes y tono fetal adecuado, un líquido amniótico único de 15mm, un ponderado fetal de 3227 gr y circular simple de cordón.

A la reevaluación al día siguiente al tacto vaginal estaba en dilatación 2 cm incorporado 80% altura de presentación -2, se decide conducir a trabajo de parto con Misoprostol de 25 ug cada 6 horas por 04 dosis.

Después de aproximadamente 45 horas se prepara para intervención de cesárea debido a inducción fallida y presencia de Oligohidramnios, se recibe a un recién nacido de sexo femenino de 3200 gr, Apgar 8-9, líquido amniótico ausente.

Luego de 48 horas post cesárea la paciente hace fiebre por lo que se toma exámenes de laboratorio, encontrándose en el examen de orina leucocitos 18-20 por campo, iniciándose tratamiento antibiótico con ceftriaxona 2g IV suspendiéndose el alta, dos días después se decide dar el alta a la paciente sin presentarse ningún otra intercurencia durante estancia hospitalaria.

3.3. Rotación en Pediatría

Caso 1

Se trata de una infección urinaria en un lactante, considerada la causa más frecuente de fiebre sin foco en menores de 3 años, lo importante de diagnosticar y tratar oportunamente las Infecciones del Tracto Urinario en esta población es que un 30% de malformaciones en el riñón y tracto urinario pueden ser producidas por esta patología. Es más frecuente que se produzca en niños durante el primer año de vida, siendo en 95% producidas por

enterobacterias como el E. Coli. Según el sitio puede clasificarse en cistitis o pielonefritis, los síntomas en lactantes tienden a ser inespecíficos con presencia de fiebre, irritabilidad, rechazo a la lactancia (18)

En este caso el paciente presentó llanto intenso y rechazo a la lactancia lo cual fue motivo de preocupación para la madre, administrando paracetamol en gotas que para el peso del pediátrico fue insuficiente. Se encontraba con 03 de las 04 dosis de vacuna según calendario Minsa asignadas para su edad. Durante la exploración física no se encontró algo significativo, se encontraba afebril durante la evaluación. El Gold estándar para el diagnóstico de las Infecciones del Tracto Urinario es el urocultivo, sin embargo, en el Hospital este resultado demora 04 días, el examen que nos ayuda es el examen de orina patológico de este paciente donde se encontró más de 10 leucocitos por campo por ello se le brinda tratamiento con cefalosporina de 3er generación, en este caso el uso de ceftriaxona EV y paracetamol condicional a fiebre siempre con lactancia materna a demanda (19). El paciente en sus dos días de hospitalizado cursa afebril y sin ningún signo de alarma, se completa su 3era dosis de antibiótico endovenoso y se va a casa con cefalosporina de 1era generación por 5 días para completar tratamiento.

Caso 2

Se trata de una lactante de 03 meses con diagnóstico de Bronquiolitis, esta patología viene a ser el primer episodio de tos con sibilancias y/o estertores, precedido de rinitis aguda o catarro por 3 a 5 días en niños menores de 2 años. La etiología más frecuente hasta en un 70% es producido por el virus Sincitial Respiratorio (VSR) en un segundo lugar rinovirus, dentro de los factores de riesgo está la ausencia de lactancia materna exclusiva, la desnutrición, el bajo peso al nacer, entre otros. Dentro del cuadro clínico se encuentra presencia de rinorrea, tos persistente con o sin fiebre, los signos clásicos son taquipnea, uso de paquetes musculares, las sibilancias o estertores y en menores de 2 meses la apnea puede ser un signo cardinal (20)

En este caso el tiempo de enfermedad fue de 05 días, presentaba rinorrea y sensación de alza térmica añadiendo dificultad para respirar y agitación, llega

a la emergencia con fiebre por lo que se administra paracetamol en gotas correspondiente a su peso 10 gotas y salbutamol 02 puffs cada 10 minutos por una hora. Oxígeno por cánula binasal en caso la SatO₂ sea menor o igual a 92% (21). El lactante contaba con las primeras dosis de vacuna según calendario Minsa sin contar con las vacunas correspondientes a los 02 meses de edad, tenía una alimentación mixta: leche materna y fórmula, en conjunto son considerados factores de riesgo para esta patología. Los hallazgos clínicos de sibilantes en ambos campos pulmonares y uso de paquetes musculares aparte de ser el primer episodio de la menor eran signos de sospecha de una bronquiolitis. El paciente se encontraba con tratamiento con salbutamol con aerocámara, Dexametasona 0,6 mg EV por 03 días, posición semisentada, limpieza de fosas nasales con solución salina fisiológica y monitoreo respiratorio. Estuvo con CBN a 0.5L saturando a 95-96% y manteniendo un Bierman & Pearson de 03 pts. A los 05 días de hospitalizado menor tolera el retiro de oxígeno manteniendo una saturación de oxígeno en 97%, al examen físico con leve tiraje subcostal y escasos roncus y sibilantes inspiratorios en ACP. El resultado de IFI viral en el Hospital es una prueba que indica la etiología del proceso viral pero que demora un promedio de 02 semanas en salir resultados, por ende, seguido por la clínica y la frecuencia de esta patología se decide tratar como tal. El paciente sale de alta a los 8 días de hospitalizado afebril, en buen estado general y tolerando vía oral. Se indica a la madre los signos de alarma.

Caso 3

El tercer caso de pediatría se trata de una enfermedad diarreica aguda con deshidratación aguda, patología en la cual hay una disminución de la consistencia de las deposiciones, así como de la frecuencia habitual, en general si es mayor a 03 en un periodo de 24 horas de duración, y esto puede ir acompañado con vómito y/o fiebre. Para ser considerada aguda debe ser en un tiempo menor a 14 días. Durante la enfermedad hay pérdida de electrolitos lo que produce un desequilibrio hidroelectrolítico conllevando a la deshidratación del paciente que se constata con signos y síntomas que reflejan la cantidad de líquido perdido. La etiología más frecuente suele ser de

origen viral como Norovirus, adenovirus entre otros (22)

En el caso clínico presentado la paciente llegó con una historia de 04 a 05 deposiciones en un día. Tenía funciones vitales conservadas, estaba alerta, ojos normales, boca y lengua húmedas, lágrimas presentes, el signo del pliegue desaparece de inmediato, considerándose que no hay signos de deshidratación, el examen de reacción inflamatoria en heces con resultado negativo. El examen de hemograma no tiene resultados significativos, por ende, se trata como una diarrea de origen viral. El plan de trabajo fue dextrosa al 5% 1000 cc + cloruro de sodio 20% 40cc + cloruro de potasio 20% 10cc: 30 gotas por minuto, reposición volumen por volumen con NaCl al 0.9%, a los dos días paciente tolera dieta blanda sin residuos y se retira vía EV. Se le da alta médica.

Caso 4

El cuarto caso se trata de una lactante de 05 meses con el diagnóstico de Bronquiolitis, la cual presentaba un cuadro inicial de rinorrea luego caracterizado de tos exigente que le producía dificultad para respirar, dentro del examen físico se podía observar tiraje subcostal, a la auscultación subcrépitos y sibilantes en ambos campos pulmonares. Dentro de los factores de riesgo están que fue un recién nacido prematuro, recibe lactancia mixta y tuvo contacto con familiares en el hogar que tenían resfriado común. Los signos y síntomas son sugestivos de bronquiolitis además estudio de radiografía apoya al diagnóstico. Estuvo 05 días hospitalizado con pronóstico y evolución favorable (23)

3.4. Rotación en Cirugía

Caso 1

La apendicitis aguda es una de las causas más frecuente de abdomen agudo y la principal indicación quirúrgica de emergencia. El apéndice cecal se encuentra en la base del ciego, su base siempre está adherida a este pero muchas veces la ubicación de la punta puede variar, por el cual su posición

varía; cuando este tejido se obstruye puede causar la apendicitis, con el cuadro clínico clásico que conocemos. Si no es diagnosticado a tiempo puede llegar a tener complicaciones como la perforación y posteriormente causar peritonitis, que aumenta el riesgo de mortalidad y morbilidad en los pacientes. Existe una sospecha diagnóstica cuando hay ciertos criterios clínicos, laboratoriales e imágenes ya que la única forma de confirmación es la muestra quirúrgica en la cual se verá la histología de este; por lo tanto es que se hace uso de diferentes scores como Alvarado, Air y el nuevo AAS (Adult appendicitis score), en este caso de utilizar el score de Alvarado, según la guía de Jerusalén este score es suficientemente sensible para excluir la apendicitis aguda pero no suficientemente específico en adultos. El paciente tuvo un Alvarado 6/10 (no tuvo fiebre, no desviación izquierda, no leucocitosis) el cual significaba que es un diagnóstico compatible con apendicitis, pero no es requerido una intervención quirúrgica inmediata por lo cual el paciente puede ser observado. En este caso se decidió operar, previa a la cirugía se colocó antibioticoterapia endovenosa profiláctica, el cual según algunas literaturas indican que ayuda a prevenir la infección de la herida y posteriores complicaciones como un absceso residual. Posterior se realizó una apendicectomía a muñón libre encontrando un apéndice cecal necrosado en toda su extensión, con base en buen estado y ciego levemente congestivo. El paciente toleró el acto quirúrgico y fue pasado a Unidad de Recuperación Postanestésica, donde después pasó a hospitalización con antibioticoterapia (ceftriaxona 1 gr EV cada 12 horas) y después de una buena evolución fue dado de alta (24)

Caso 2 y 3

La colecistitis crónica es una complicación de la colelitiasis, los cuales son la presencia de cálculos en el interior de la vesícula biliar los cuales pueden o no desarrollar síntomas a largo plazo, esta se refiere a la inflamación crónica de la pared de la vesícula. Estos cálculos se forman debido a la secreción en gran cantidad de colesterol y a la disminución de motilidad o deterioro del vaciado de la vesícula biliar. Su presentación clínica es como el de la paciente de ambos casos, dolor abdominal post ingesta de comida copiosa ubicado en

el cuadrante superior derecho, no sensación de alza térmica. Como podemos notar existen ciertos factores de riesgo los cuales en estas pacientes se cumplen, como el sobrepeso la cual se sospecha que se da por un aumento de mayor síntesis y por ende secreción de colesterol, y el ser mujeres ya que se sospecha que es porque hay mayor estasis. Se realizaron en ambas ecografías abdominales superiores para la corroboración de la sospecha diagnóstica, en el que encontró una vesícula con pared delgada con múltiples cálculos en su interior, debido al cuadro en general se decidió la intervención quirúrgica de manera electiva la cual es el tratamiento definitivo. Se realizó una colecistectomía mixta a cielo abierto sin mayor complicación, dándolas de alta a los 2 días de operadas (25)

Caso 4

La hernia incisional o eventración es aquella protrusión anormal del peritoneo a través de la cicatriz patológica de una herida quirúrgica, este puede contener o no una víscera abdominal o tejidos. Este se da en un 10 al 15% de incisiones abdominales previas, siendo la de línea media la de incidencia más alta como la de nuestro paciente. Este paciente además tenía un importante factor de riesgo el cual era obesidad ya que se asocia a mayor riesgo de que se forme y exista un encarcelamiento de hernia, además claro de complicaciones y recurrencia. En el examen físico es importante discernir una hernia encarcelada la cual se presentará con cambio de coloración y dolor más agudo, por lo cual sería indicativo un manejo quirúrgico de emergencia, afortunadamente este paciente no presentó estos signos. Según su reductibilidad se puede dividir entre reducibles e irreducibles, en este caso era una hernia reductible que protruye a la maniobra de Valsalva la cual es un esfuerzo contra resistencia, el cual nos genera la protrusión involuntaria muchas veces de la hernia. En aquellos que no se pueda confirmar mediante el examen físico está indicada una TAC abdominal para confirmar la hernia , sobre todo se hace en obesos , debido al contexto del hospital se utilizó una ecografía abdominal en la cual se evidencio efectivamente una hernia paraumbilical por el cual se procedió al manejo quirúrgico , el cual fue una hernioplastia de pared abdominal en la que se cerró el defecto peritoneal con

vicryl 1/0 y se colocó una malla de polipropileno en espacio preperitoneal , se debe evitar colocarla en contacto de asa intestinales ya que hay un riesgo de iniciar un proceso inflamatorio y causar una fístula enterocutánea . Paciente queda con medicación antibiótica y evoluciona favorablemente(26).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Acudimos con la pandemia de COVID - 19 habiendo pasado ya la primera ola y habiendo mucha más estabilidad, con adaptación de las diferentes unidades hospitalarias y centros de primer nivel, los cuales ya habían recibido a los internos del 2020 - 2021, por lo tanto, había ya un cronograma establecido de actividades para las diferentes rotaciones. En el caso del Hospital de Vitarte y Hospital de Chancay hubo plazas completas en la sede hospitalaria, ya que la gran mayoría era necesario llevar la mitad del internado en centro de salud y la otra en una unidad hospitalaria.

En el Hospital de Vitarte se recibe a la mayoría de población de Ate no covid, ya que en el Hospital de Emergencias Vitarte es donde se recibían los casos con covid 19, siendo aperturado este el 8 de abril. Cuando se empezó la primera rotación ya no era de necesidad el uso de EPP por la estabilidad en que se encontraba el nivel de contagios, aun así, siempre se tuvo en cuenta las recomendaciones como el uso de mascarilla en todo momento, el lavado de manos después de cada actividad sanitaria o contacto con material contaminado, y desinfección del material básico usado como estetoscopio, pulsioxímetro, etc. Los internos que estaban en el servicio fueron los que enseñaron a los nuevos el uso del sistema informático ,así como la documentación requerida en caso de emergencias de mayor complejidad , como referencias y solicitudes de paquetes globulares .Los residentes como principales tutores fueron aquellos encargados de enseñarnos el manejo de emergencia , correcto llenado de historias clínicas , evoluciones y manejo de patologías en hospitalización ,siendo fructífera el aprendizaje , complementado con exposiciones y discusión de casos durante las visitas médicas con los asistentes de cada especialidad A pesar de ser un Hospital de baja complejidad la población acudía por diferentes patologías por lo que se pudo aprender y poner en práctica el manejo en las diferentes especialidades, pudiendo hacer prácticas de procedimientos tan igual como otros hospitales de mayor complejidad como apoyo en cirugías , suturas ,manejo de partos , manejo de dolores abdominales , manejo de intoxicaciones con benzodiazepinas , manejo de arritmias entre muchas otras ; esto también fue un punto de inflexión por la carencia de muchos elementos tanto en infraestructura como en materiales para la correcta atención al usuario ,por lo cual muchas veces era necesario coordinar referencias hacia otros hospitales . Al disminuir los casos de COVID - 19 se dio la oportunidad de traslado del Hospital de Vitarte hacia el Hospital de emergencias vitarte en el cual la infraestructura, equipos y materiales eran nuevos, por lo que se hicieron conversaciones para el pase de todos los pacientes hospitalizados, profesionales de todas las áreas e internos. En la actualidad solo los servicios de ginecología y pediatría han sido trasladados, quedando los servicios de medicina y cirugía en espera de un traslado próximo.

CONCLUSIONES

A partir de la pandemia de COVID - 19, el Perú fue uno de los países en los cuales impactó tanto en vidas humanas como recursos sanitarios, los cuales influyeron por ende en la educación médica, la cual tuvo que adaptarse para proveer a los internos los conocimientos necesarios en la práctica, para que puedan llegar a cumplir los objetivos de consolidación de práctica y conocimientos aprendidos en los 6 años anteriores. A pesar de eso y con aún las deficiencias del sistema de salud se pudo continuar el internado con menor exigencia en cuanto a horarios, siendo importante en este contexto la actitud del interno para aprender y obtener todo el provecho posible de los casos vistos durante la práctica. Tuvieron un gran papel los residentes, los cuales también fueron afectados en la parte académica durante el primer año por el contexto, ya que son los que mayor contacto tienen con los internos, siendo ellos los encargados de transmitir el conocimiento, evaluar y lograr que los internos terminen cada rotación con los conocimientos y practica básicos para poder sobresalir en el SERUM.

Respecto al área quirúrgica, la técnica quirúrgica usada en cada operación depende mucho de la habilidad y experiencia de cada cirujano, el manejo antibiótico y curación de heridas se basan según las guías clínicas nacionales e internacionales, las patologías quirúrgicas comunes son diagnosticadas según escalas establecidas y el criterio clínico, aunque muchas de los diagnósticos por imagen se veían limitadas según los recursos de cada hospital y estos tenían que ser tomados en otros establecimientos de mayor

complejidad, En el contexto de pandemia muchas veces el personal que asistía una operación se veía reducido o solo se aceptaban cirugías de emergencia y no tanto las electivas. Incluso había cirugías postergadas debido a que el paciente daba positivo en su prueba antigénica y por ende se tenía que preparar la sala de operaciones y equiparlo para la atención de un paciente covid.

Con respecto al área de ginecología y obstetricia ,y neonatología son servicios en los cuales se trabaja en conjunto, con ayuda de las obstetras y enfermeras respectivamente, son servicios que también se han visto afectados por la pandemia debido a que las gestantes tenían prueba antigénica positiva y por ende el neonatólogo tenía que estar pendiente del neonato. En cuanto a la atención de parto, así como la atención inmediata del recién nacido, se aprendió las técnicas de parto, el manejo de un parto complicado y en qué casos se debe referir a la paciente, lo mismo aprendido con la atención del neonato, las primeras vacunas que recibe, la antropometría, así como aprender a identificar cuándo iniciar RCP neonatal. La importancia de trabajar en equipo y cómo desenvolvernos en el SERUMS.

RECOMENDACIONES

Una de las principales deficiencias a nivel nacional es el sistema de salud el cual en este contexto de pandemia por COVID - 19 solo saca a relucir la falta de coordinación entre los diferentes niveles, entorpeciendo así la calidad de vida al paciente, al no poder realizarse oportunamente los tratamientos por burocracia o cirugías por falta de “papeleo”, el cual causa complicaciones en la salud del paciente. Por lo cual se debería mejorar las instancias o flujogramas de atención al paciente para agilizar los procedimientos.

Para poder mejorar el flujo entre los centros de salud, hospitales de menor a mayor complejidad es necesario que la población tenga claro los conceptos de urgencia, emergencia y aquellas patologías que pueden ser vistas en el primer nivel u otras que son necesarias de un médico especialista para así no saturar las diferentes unidades hospitalarias con casos que pudieron haber sido tratados en centro de primer nivel.

Aunado a eso es necesario educar e insistir con la población objetivo el tema de prevención, el cual implica modificar conductas o hábitos que mejoren la calidad de vida, disminuyendo el riesgo de diferentes patologías. Con la ayuda de la municipalidad sería provechoso realizar campañas a la población sobre la prevención de diferentes patologías frecuentes como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, obesidad, que en el contexto que enfrentamos de la COVID - 19 aumenta el riesgo de gravedad.

Los internos de medicina deben adaptarse en este nuevo contexto y aprender a convivir en este ambiente, con el fin de que puedan aprovechar al máximo cada una de las rotaciones brindadas, ya que solo en el internado se logra la

integración de conceptos con la parte prácticas, haciendo de cada uno un profesional de la salud competente, con pensamiento crítico.

Es importante que la población mantenga la distancia, no acuda a lugares muy concurridos y se proteja tanto con mascarilla como con el lavado de manos, y sobre todo que al presentar síntomas de covid no se automediquen.

Se debe reforzar triaje covid para evitar que pacientes positivos sean atendidos y sería mejor realizar pruebas moleculares que las antigénicas que muchas veces no diagnostican correctamente.

El internado médico debe volver a realizarse en un periodo de 12 meses como era anteriormente ya que la reducción de este solo afecta al interno, las rotaciones se ven reducidas y esto perjudica al futuro médico serumista.

Es importante que los hospitales no solo brinden EPPs a los internos sino también se asegure la alimentación ya que es un factor importante para no disminuir la inmunidad y evitar contagios de enfermedades incluidos COVID - 19.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital Vitarte [Internet]. [citado 19 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.hospitalvitarte.gob.pe/Rese%C3%B1aHistorica.aspx>
2. Hospital de Chancay [Internet]. Hospital. [citado 24 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.hospitaldechancay.gob.pe/>
3. Villanueva RMT, Tapia RMN, Perea RSS, Rodríguez-Orozco R. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas. México en el contexto latinoamericano. :10.
4. Mayta-Tristán P, Poterico JA, Galán-Rodas E, Raa-Ortiz D. El requisito obligatorio del servicio social en salud del Perú: discriminatorio e inconstitucional. Rev Peru Med Exp Salud Publica. octubre de 2014;31(4):781-7.
5. Flores AS, Echavarría RF, Becerra RU, Flores NLL. Expectativas y realidades del internado médico de pregrado. Un estudio cualitativo. :9.
6. Valderrama-Beltrán S, Cortés JA, Caro MA, Cely-Andrado L, Osorio-Pinzón JV, Gualtero SM, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de las infecciones de piel y tejidos blandos en Colombia. Infectio. 9 de septiembre de 2019;23(4):318.
7. E. Ortiz L, C. Arriagada E, C. Poehls. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis [Internet]. 2019 [citado 20 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-pdf-S0001731018304253>

8. Garro Urbina V, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. Rev Medica Sinerg. 1 de julio de 2020;5(7):e537.
9. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda [Internet]. [citado 20 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://actagastro.org/actualizacion-en-el-manejo-inicial-de-la-pancreatitis-aguda/>
10. Jiménez Bermúdez JP, Carballo Solís KD, Chacón Jiménez NK, Jiménez Bermúdez JP, Carballo Solís KD, Chacón Jiménez NK. Manejo de infecciones del tracto urinario. Rev Costarric Salud Pública. junio de 2017;26(1):1-10.
11. Gomes CA, Junior CS, Di Saveiro S, Sartelli M, Kelly MD, Gomes CC, et al. Acute calculous cholecystitis: Review of current best practices. World J Gastrointest Surg. 27 de mayo de 2017;9(5):118-26.
12. OMS | Manual de práctica clínica para un aborto seguro [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 25 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/es/
13. ACOG Applauds the FDA for its Action on Mifepristone Access During the COVID-19 Pandemic [Internet]. [citado 25 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.acog.org/en/news/news-releases/2021/04/acog-applauds-fda-action-on-mifepristone-access-during-covid-19-pandemic>
14. Salati SA. Breast fibroadenomas: a review in the light of current literature. Pol Przegl Chir. 7 de diciembre de 2020;93(1):40-8.
15. Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología del 2018 [Internet]. [citado 25 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>

16. Abalos E, Oladapo OT, Chamillard M, Díaz V, Pasquale J, Bonet M, et al. Duration of spontaneous labour in 'low-risk' women with 'normal' perinatal outcomes: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* abril de 2018; 223:123-32.
17. Khedagi AM, Bello NA. Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Cardiol Clin.* febrero de 2021;39(1):77-90.
18. Lombardo-Aburto E. Approach of Pediatric Urinary Tract Infection. *Acta Pediátrica México.* 25 de enero de 2018;39(1):85-90.
19. Piñeiro Pérez R, Cilleruelo Ortega MJ, Ares Álvarez J, Baquero-Artigao F, Silva Rico JC, Velasco Zúñiga R, et al. Recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección urinaria. *An Pediatría.* 1 de junio de 2019;90(6): 400.e1-400.e9.
20. Caballero MT, Polack FP, Stein RT. Viral bronchiolitis in young infants: new perspectives for management and treatment. *J Pediatr (Rio J).* diciembre de 2017;93 Suppl 1:75-83.
21. Shanahan KH, Monuteaux MC, Nagler J, Bachur RG. Early Use of Bronchodilators and Outcomes in Bronchiolitis. *Pediatrics.* agosto de 2021;148(2): e2020040394.
22. Alfonso EP, Bernal DH. La enfermedad diarreica aguda. *Rev Cuba Pediatría [Internet].* 5 de diciembre de 2019 [citado 25 de febrero de 2022];91(4). Disponible en: <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/928>
23. Jartti T, Smits HH, Bønnelykke K, Bircan O, Elenius V, Konradsen JR, et al. Bronchiolitis needs a revisit: Distinguishing between virus entities and their treatments. *Allergy.* enero de 2019;74(1):40-52.
24. Krzyzak M, Mulrooney SM. Acute Appendicitis Review: Background, Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. *Cureus.* 11 de junio de 2020;12(6): e8562.

25. Mayumi T, Okamoto K, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Schlossberg D, et al. Tokyo Guidelines 2018: management bundles for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepato-Biliary-Pancreat Sci.* enero de 2018;25(1):96-100.
26. Shakil A, Aparicio K, Barta E, Munez K. Inguinal Hernias: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician.* 15 de octubre de 2020;102(8):487-92.

ANEXOS

Anexo N°1¹: Lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de la emergencia sanitaria

El Peruano
Firma Digitalizada por
EMPRESA PERUANA DE SERVICIOS
EDITORIALES S.A. - OTSORA PERU
Fecha: 20/06/2021 09:29:07

El Peruano / Lunes 21 de junio de 2021 **NORMAS LEGALES** **3**

SALUD

Aprueban el Documento Técnico: "Lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de la Emergencia Sanitaria"

**RESOLUCIÓN MINISTERIAL
N° 779-2021/MINSA**

Lima, 21 de junio del 2021

Visto, el expediente N° 01-071174-001, que contiene el Informe N° 136-2021-DIFOR-DIGEP/MINSA de la Dirección General de Personal de la Salud del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 7 de la Constitución Política del Perú establece que todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa; asimismo, el artículo 9 precisa que el Estado determina la política nacional de salud, siendo facultad del Poder Ejecutivo normar y supervisar su aplicación;

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece en su Título Preliminar, artículo XV, que el Estado promueve la formación, capacitación y entrenamiento de recursos humanos para el cuidado de la salud; asimismo, en su artículo 123 señala que la autoridad de salud a nivel nacional, es decir el Ministerio de Salud, es la máxima autoridad normativa en materia de salud;

Que, el Decreto Legislativo N° 1161 y modificatorias, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, en el inciso 7 del artículo 3 precisa que el Ministerio de Salud es competente en recursos humanos en salud, y en el literal e) del artículo 7 establece que, el Ministerio de Salud tiene, entre otras funciones específicas, la de promover y participar en el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades y competencias de los recursos humanos en salud;

Que, el artículo 114 del Decreto Supremo N° 008-2017-SA y modificatorias, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que, la Dirección General de Personal de la Salud, órgano de línea dependiente del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, tiene entre sus funciones, el formular la política sectorial en materia de personal de la salud, en el marco de la normatividad vigente; asimismo, es competente para proponer y monitorear la planificación, gestión y desarrollo de personal de la salud a nivel sectorial. Asimismo, el artículo 118 establece entre las funciones de la Dirección de Fortalecimiento de Capacidades del Personal de la Salud el formular las políticas en materia de fortalecimiento del personal de la salud;

Que, el artículo 117 del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado con Decreto Supremo N° 013-2006-SA, estipula que las personas que participan en programas de formación o especialización podrán realizar prácticas supervisadas en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, que tengan convenios con instituciones nacionales formadoras de profesionales de la salud;

Que, el Decreto de Urgencia N° 038-2021, Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias en recursos humanos y en formación en salud como respuesta ante la emergencia sanitaria por la COVID-19, modificado por el Decreto de Urgencia N° 053-2021, en el artículo 4 dispone que, durante la vigencia de la emergencia sanitaria, los estudiantes en ciencias de la salud, de las carreras que autoriza el Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial, que inicien el internado de manera presencial en el año lectivo 2021, en establecimientos de salud del Ministerio de Salud, sus organismos públicos y los Gobiernos Regionales, perciban un estipendio mensual equivalente a S/ 770,00 (SETECIENTOS SETENTA Y

00/100 SOLES); asimismo, son considerados asegurados del Seguro Integral de Salud, y cuentan con una cobertura de seguro de vida. Los establecimientos de salud de las referidas entidades de manera excepcional y durante el año fiscal 2021, proveen los equipos de protección personal a los internos de ciencias de la salud donde desarrollan sus actividades, según nivel de riesgo y la normativa vigente;

Que, el numeral 4.3 del artículo 4 del Decreto de Urgencia N° 038-2021 estipula que, mediante Resolución Ministerial, el Ministerio de Salud emite las disposiciones complementarias que resulten necesarias para la implementación de lo dispuesto en el citado artículo;

Que, asimismo, el artículo 4 de la Resolución Ministerial N° 561-2021/MINSA, encarga a la Dirección General de Personal de la Salud la elaboración del nuevo Documento Técnico: Lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de la emergencia sanitaria;

Que, con el documento del visto, la Dirección General de Personal de la Salud ha señalado que es importante adoptar medidas para la continuidad del desarrollo de actividades de los internos de ciencias de la salud, cuya participación contribuya a la atención de la población en establecimientos de salud públicos, con prioridad en el primer nivel de atención, siendo de vital importancia para continuar la dinámica de los servicios de salud, siempre bajo supervisión o tutoría, por su condición de recursos humanos en formación;

Que, en atención a la modificación efectuada por el Decreto de Urgencia N° 053-2021, al numeral 4.1 del artículo 4 del Decreto de Urgencia N° 038-2021, la precitada Dirección General ha elaborado los "Lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de la Emergencia Sanitaria", con la finalidad de contribuir a la formación de los internos de ciencias de la salud para que desarrollen y adquieran competencias que demanda el Sistema Nacional de Salud;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Personal de la Salud;

Con el visado de la Directora General de la Dirección General de Personal de la Salud, de la Directora General (e) de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos, del Director General de la Oficina General de Administración, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, de la Secretaria General y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

De conformidad con lo previsto en el Decreto Legislativo N° 1161 y modificatorias, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; el Decreto de Urgencia N° 038-2021, Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias en recursos humanos y en formación en salud como respuesta ante la emergencia sanitaria por la COVID-19; el Decreto de Urgencia N° 053-2021, Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias en materia económica y financiera en recursos humanos y formación en salud como respuesta ante la emergencia sanitaria por la COVID-19; y el Decreto Supremo N° 008-2017-SA y modificatorias, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1. Aprobar el Documento Técnico: "Lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de la Emergencia Sanitaria", que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2. Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General, la publicación de la presente Resolución Ministerial y su anexo en el Portal de Transparencia del Ministerio de Salud

Regístrese, comuníquese y publíquese.

ÓSCAR RAÚL UGARTE UBILLUZ
Ministro de Salud

1965360-1

¹ El Peruano. (2021). Documento Técnico: "Lineamiento para el Desarrollo de las Actividades de los internos de Ciencias de la Salud 2021 en el Marco de la Emergencia Sanitaria." Elperuano.Pe. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1976734-779-2021-minsa>