



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**DESARROLLO DEL INTERNADO ENERO 2020 – ABRIL 2021
DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN EL HOSPITAL DE
APOYO MARIA AUXILIADORA Y EL CENTRO DE SALUD PALERMO.**

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

**PRESENTADA POR
RAFAEL ALONSO VASQUEZ RIVERA**

ASESOR

DR. EMILIO TEODORO GUIJA POMA

**LIMA , PERÚ
2021**



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**DESARROLLO DEL INTERNADO ENERO 2020 – ABRIL 2021
DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN EL HOSPITAL
DE APOYO MARIA AUXILIADORA Y EL CENTRO DE SALUD
PALERMO.**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
RAFAEL ALONSO VASQUEZ RIVERA**

**ASESOR
DR. EMILIO TEODORO GUIJA POMA**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: Mg. José Villarreal Palomino

Miembro: Dr. Manuel Neyra Sotelo

Miembro: M.E. Alberto Cárdenas Venturo

INDICE

Portada	i
Jurado	ii
Índice	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCION	vii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Componentes y Competencias Aprendidas en las Rotaciones	4
1.2 Valores Y Actitudes	4
1.3 Casos De La Especialidad	4
1.3.1 Rotación De Pediatría	4
1.3.2 Rotación de Medicina Interna	7
1.3.3 Rotación de Ginecología Y Obstetricia	9
1.3.4 Rotación De Cirugía General	12
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	15
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	18
3.1 Rotación de Pediatría	18
3.2 Rotación de Medicina Interna	21
3.3 Rotación de Ginecología Y Obstetricia	25
3.4 Rotación de Cirugía General	31
CAPITULO IV. REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA	37
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	41
FUENTES DE INFORMACION	43
ANEXOS	47
1. Sala situacional COVID-19 PERU 17/04/2021	47
2. Sala situacional – Hospitalizaciones 17/04/2021	49
3. Sala Situacional – Fallecidos 17/04/2021	50
4. Algoritmo de resucitación con fluidos	51
5. Flujograma manejo de neumonía en niños menores de 12 años	52
6. Flujograma en paciente sospechoso de infección urinaria	53
7. Flujograma de aborto	54
8. Flujograma de síndrome doloroso abdominal bajo	55
9. Flujograma de manejo de colecistitis aguda	56

RESUMEN

Durante la educación médica, el internado representa la fase culminante en la formación de un futuro médico, le da al alumno la perspectiva y la experiencia en la forma de ejercer medicina en el país. La pandemia COVID-19 provocó la suspensión de una educación médica presencial, por lo que se priorizó una educación médica a distancia o semipresencial, disminuyendo el entrenamiento práctico.

El objetivo del presente trabajo es poner en evidencia las diferentes metodologías, formas de aprendizaje y aspectos teóricos que se desarrollaron en el periodo del internado. Se presenta el abordaje diagnóstico-terapéutico de algunas de las patologías más frecuentes en las 4 especialidades que se enseñaron durante el año de internado. Así mismo, el informe presenta la diferencia en el manejo de los pacientes, según el nivel de complejidad entre un centro hospitalario y un centro de primer nivel de atención, contextualizando las diferentes realidades de un internado antes y durante la pandemia del COVID-19.

El internado se inició con la rotación de pediatría en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, para luego reincorporarse al internado en el puesto de salud Palermo, donde se realizaron las rotaciones de ginecología y obstetricia, medicina interna y cirugía general.

Se deducen 2 conclusiones principales. La primera, que es necesario que los estudiantes de medicina en su último año apliquen, integren y consoliden sus conocimientos adquiridos en ciclos previos en circunstancias reales. Y la segunda que la pandemia perjudicó su formación de manera parcial, al limitar la cantidad de pacientes y al disminuir el número de horas netas de práctica.

ABSTRACT

Medical internship program is the culminating phase in the formation of a future doctor during the medical education. It gives the student the perspective and the experience in the way of medical practices in the country. The COVID-19 pandemic caused the suspension of a face-to-face medical education, for which a distance or blended medical education was prioritized, reducing practical training.

The objective of this work is to highlight the different methodologies, ways of learning and theoretic aspects that were developed during the medical internship period. The diagnostic- therapeutic approach of some of the most frequent pathologies in the 4 medical specialties that were taught during the internship year is presented. In addition, the report presents the difference in the management of patients, according to the level of complexity between a hospital center and a first level care center, contextualizing the different realities of an internship before and during the COVID-19 pandemic.

The internship begins with the pediatric rotation at the “Hospital de Apoyo María Auxiliadora”, and then rejoins the internship at the Palermo health post, where gynecology, obstetrics, internal medicine, and general surgery rotations were carried out.

Two main conclusions follow. First, that medical students in their last year apply, integrate and consolidate their knowledge acquired in previous cycles in real circumstances. And second, that the pandemic partially affected their training, limiting the number of patients and reducing the number of net hours of practice.

INTRODUCCION

Como consecuencia de la rápida expansión de la pandemia del COVID-19 se produjo un desborde de los sistemas de salud, el cual influyó en la toma de decisiones que desencadenó en el aislamiento social para evitar contagios. En las facultades de medicina se plantearon estrategias para no solo continuar con las actividades académicas regulares sino también para culminar la etapa de prácticas preprofesionales, conocido como el internado.

El internado es el último año de estudio para el médico cirujano siendo ésta la etapa de prácticas preprofesionales, ya que es en este periodo en donde se aplican los conocimientos teóricos y prácticos aprendidos a lo largo de 6 años. Le da al futuro galeno la forma real de ejercer medicina en el país al conocer el abordaje diagnóstico, terapéutico y posterior seguimiento de los pacientes con los privilegios y limitaciones de su sede.

Es en este año donde se enfoca su formación en las 4 ramas principales de la medicina como son: medicina interna, ginecología-obstetricia, pediatría y cirugía general, por un periodo de 3 meses cada una. Dependiendo de la sede elegida se añaden rotaciones por otras subespecialidades.

La aparición de la pandemia de COVID-19 obligó a los internos a cambiar la experiencia en su formación, teniendo que dividir su formación en la mayoría de los casos en 2 etapas, una antes de la pandemia que inició en enero del 2020 y terminó el 18 de marzo del 2020 con el Decreto Supremo N° 044-2020-PCM que declara el estado de emergencia a nivel nacional, ordenando un toque de queda a nivel nacional (1); dejando en suspensión las actividades del internado por un periodo de 7 meses. Y la otra etapa es el retorno al

internado durante la pandemia con el Decreto de Urgencia N°090-2020 que establece la reanudación de actividades a internos de ciencias de salud en condiciones completamente distintas respecto a la etapa inicial (2). En la finalidad de contribuir a la formación de los internos de ciencias de la salud y adquirir las competencias para la formación profesional, el Ministerio de Salud decidió reanudar las actividades, también para contar con mayor recurso humano disponible para fortalecer los sistemas de prevención, control, vigilancia y la respuesta sanitaria para afrontar la pandemia por la COVID-19. En algunos casos al retornar al internado el estudiante tuvo la posibilidad de elegir a qué tipo de centro quería regresar, pudiendo ser a su sede hospitalaria o a un centro de primer nivel con el objetivo de tener menor exposición al virus.

Al momento de escrito este informe se registraba en la sala situacional COVID-19 Perú: 508 193 personas positivas a COVID-19 por PCR; 888 934 personas positivas por pruebas rápidas; y 1 697 626 total de casos positivos en total; se reportan 56 797 fallecidos por COVID-19 y una letalidad del 3.35% (Anexo 1); también se reportan 15 129 hospitalizados, siendo ESSALUD el establecimiento con mayor cantidad de pacientes hospitalizados con 8 463 (Anexo 2). A nivel nacional existen 2 439 personas con ventilación mecánica (3). Según el SINADEF la etapa de vida con mayor cantidad de fallecidos fue la de adultos mayores con 39 251, seguida de la etapa adulta con 16 558 y la etapa con menor cantidad de fallecidos fue la de adolescentes con 112. Se muestra también que los fallecidos en su mayoría fueron de género masculino, representando el 66.52% de las muertes en total. Y el lugar de defunción con más reporte de fallecidos fue el MINSA/GORE con 26 977, en segundo lugar, ESSALUD con 19 048 y las muertes domiciliarias o en tránsito al establecimiento fueron de 7 045 (Anexo 3) (3).

El internado se inició en el hospital de apoyo María Auxiliadora un centro categoría III-1, ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores, con la rotación de pediatría. El retorno al internado se realizó en el centro de salud Palermo, un puesto de categoría I-2, perteneciente a la red DIRIS CENTRO, ubicado en el Cercado de Lima. Se realizó una rotación externa en cirugía general durante el mes de diciembre en el Centro Médico Naval, un hospital categoría III-1, ubicado en Bellavista.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La importancia del internado de pregrado radica en las estrategias educativas, las cuales están centradas en el alumno y su enfoque en la solución de problemas, estimulándolos a buscar respuestas en cada caso, más que recibir de forma pasiva la información. Es por eso, que la base de su aprendizaje es dirigida a la búsqueda de habilidades clínicas a partir de conocer a los pacientes que reciben atención en las unidades médicas, revisando casos de su interés e incluyendo la tutoría de la asistencia médica, la cual está comprendida en la participación en la atención de pacientes (5).

El proceso de enseñanza-aprendizaje en las disciplinas clínicas está caracterizada por la interrelación entre los objetos, métodos, medios, contenidos y evaluación, donde los objetos ocupan el papel rector. Es en el escenario real donde se logran alcanzar los objetivos de la formación, ya que brinda una relación teórico-práctica, logrando que el médico tenga la capacidad de recoger datos, diagnosticar, tratar y tomar decisiones de acuerdo con las características de los problemas que se presentan frente a él. Por otro lado, el razonamiento clínico es la aplicación del método científico para la detección de problemas médicos en pacientes (6).

El médico debe obtener la información a través del interrogatorio y del examen físico; el médico escucha, infiere, amplía, precisa, profundiza, mira, toca, palpa, percute, ausculta y busca toda la información posible y útil, sin olvidar que la información primaria son los síntomas y signos que el enfermo aporta.

Durante el internado se ha establecido que el estudiante debe ser cada vez más consciente de sus decisiones, potenciales y responsabilidades para poder llegar a tener una autonomía en el aprendizaje. El conocimiento del

medio institucional aporta a el estudiante, una forma de desarrollo personal en el manejo de la información y la asociación a las lecturas de consultas generan una reflexión al contrastarlo con la realidad y la experiencia (5).

Se conceptualiza el criterio de competencia como la medida en que la persona puede utilizar sus conocimientos, aptitudes, actitudes y buen juicio asociados a su profesión para el desempeño eficaz en diferentes situaciones que corresponden al campo de su práctica profesional. Aplicando este concepto al internado, implica la organización, retención y utilización de conocimiento específico junto con la integración y organización de habilidades y actitudes en dimensiones tanto individuales como sociales. Por lo que se deprenden 8 competencias a ser evaluadas en un interno: comunicación, capacidad de análisis, capacidad de resolver problemas esenciales, poder de decisión conforme a valoraciones, capacidad de interactuar socialmente, tener perspectivas globales o integrales, ejercer una ciudadanía efectiva y tener una respuesta ética y estética (7).

Por su parte, la universidad tuvo que adaptarse a una modalidad de enseñanza-aprendizaje no presencial, recurriendo a materiales electrónicos como el uso del campus virtual, etc. Con este tipo de modalidad se enfocaba la enseñanza en la discusión de casos clínicos, discusión de procedimientos clínicos, la resolución de tareas académicas y video conferencias.

El internado médico se desarrolló en una unidad hospitalaria y un centro de salud; constó de 4 rotaciones, las cuales eran ginecología y obstetricia, medicina interna, pediatría, y cirugía general, con una duración de 3 meses por especialidad, es en este periodo donde se tuvo que desarrollar destrezas, habilidades, conocimientos y aptitudes médico-quirúrgicas, sin descuidar la parte humanística en la atención al paciente.

En la etapa prepandemia la asistencia fue diaria, de una duración regular de 12 horas extendiéndose a 24 horas en guardias programadas. Las funciones desempeñadas en el hospital fueron prácticamente las de un médico en ejercicio, comprendiendo el llenado de historias clínicas, la ejecución de los planes de trabajo y apoyo en procedimientos invasivos o no invasivos, todo ello bajo supervisión de un médico superior.

La aparición de la pandemia de COVID-19 obligó a los internos a cambiar la experiencia en su formación. Ésta fue suspendida el 15 de marzo del 2020 y retomada en el mes de octubre del mismo año.

En esta segunda etapa, correspondiente a los tiempos de pandemia, la asistencia era quincenal, de máximo 8 horas al día, sin guardias nocturnas solo diurnas. Se atendió a pacientes no COVID lo que implicaba realizar previamente pruebas de descarte. En este aspecto se tuvo dificultades de aplicación, ya que en la mayoría de los centros faltaban reactivos para hacer el diagnóstico o se utilizaban pruebas rápidas las cuales carecían de especificidad para el diagnóstico de pacientes con COVID-19, por lo que se trataba a la mayoría de los pacientes según la clínica que presentaba al momento de su atención (8). Se portaba el equipo y las medidas de protección necesarias para evitar contagios, esto hacía difícil el ejercicio médico, ya que el examen físico, el cual debería de ser integral y exhaustivo, se reducía a uno dirigido a la patología referida por el paciente, los pases de visita fueron con el mínimo de personal requerido y en el menor tiempo posible con el propósito de reducir el tiempo de exposición; la mayoría de procedimientos o cirugías se decidieron cancelar o postergar a menos que sea casos de emergencia o indispensable para el desarrollo del caso. Todo esto derivó en un menor número de horas de practica y también en un menor número de pacientes evaluados lo que en práctica se traduce en menor experiencia médica.

La característica de la enseñanza médica a distancia, a diferencia de la presencial, es que un adecuado desarrollo depende de la autoformación y disciplina del estudiante. Por ello se tuvo que enfatizar en asumir la responsabilidad ante la ausencia de la actividad docente en la universidad y el hospital. Se realizaron actividades sincrónicas que intentan reducir de manera parcial las limitaciones de una formación médica a distancia, permitiendo una mayor retroalimentación y supervisión directa del estudiante. Fue necesario diversificar los tipos de herramientas virtuales, debido a los diferentes modos de aprendizaje de cada alumno y que cada quien los adecuara a la situación actual por la propia naturaleza del autoaprendizaje (7).

1.1 Componentes y Competencias Aprendidas en las Rotaciones

El interno identificó, propuso, aplicó y juzgó las diferentes alternativas de tratamiento de patologías médicas y éticas. Considerando la promoción y prevención de la salud.

1.2 Valores Y Actitudes

Durante el internado el interno aprendió el:

- Respeto al ser humano, reconociendo los derechos y deberes de éste
- Actitud emprendedora e innovadora.
- Compromiso ético y con el desarrollo sostenible del país.
- Integridad (equidad, justicia, vocación de servicio, solidaridad y honestidad).
- Búsqueda de la verdad.
- Enfoque en la calidad y la búsqueda constante de la excelencia.

1.3 Casos De La Especialidad

1.3.1 Rotación De Pediatría

a) Capacidades

En esta rotación se identificó, propuso, aplicó y juzgó las múltiples soluciones a patologías pediátricas y neonatológicas.

Se aplicó conceptos basados en evidencia científica en el manejo médico del neonato, niño y adolescente; así como, en situaciones de emergencias y urgencias pediátricas.

Se identificó, diagnosticó y aplicó principios científicos de la medicina basada en evidencia en patologías como:

1. Neonatología
 - Atención del recién nacido.
 - Asfixia, sepsis, neumonía neonatal.
 - Ictericia neonatal, patología quirúrgica pediátrica.

- Hipoglicemia, policitemia y dificultad respiratoria (enfermedad de membrana hialina, síndrome de aspiración meconial, displasia broncopulmonar).
- Atención del prematura y sus complicaciones.

2. Pediatría

- Desnutrición, obesidad y estados carenciales.
- Manejo del niño febril y enfermedades inmunoprevenibles.
- Enfermedad diarreica aguda y trastornos hidroelectrolíticos.
- Afecciones dermatológicas frecuentes (escabiosis, micosis superficial, urticaria, acné, dermatitis atópica).
- Asma, síndrome obstructivo bronquial, bronquiolitis.
- Parasitosis, dolor abdominal aguda, síndrome convulsivo e intoxicaciones.

b) CASO 1 Pediatría

Lactante de 3 meses que acude con decaimiento, con 15 episodios en 24 horas de deposiciones líquidas sin moco y sin sangre, 2 episodios de vómitos alimenticios y afebril. Entre los antecedentes personales destacan un ingreso de gastroenteritis aguda con acidosis metabólica al mes de vida. En la exploración física el paciente se encontraba en mal estado general, ojos hundidos, ausencia de lágrimas, mucosa oral seca, llenado capilar de 4 segundos, cutis marmorata y coloración pálido-grisácea con cianosis peribucal, taquicardia de 200 latidos por minuto con auscultación cardiaca normal, taquipnea superficial de 60 respiraciones por minuto con murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares sin ruidos agregados; hipoactivo.

Al paciente se le diagnostica síndrome diarreico agudo con signos de deshidratación severa por lo que se decide ingresar al paciente a la unidad de cuidados intermedios para iniciar tratamiento.

Se inició con oxigenoterapia, se canalizaron dos vías periféricas y se extrajo sangre para realizar analítica. Se administra volúmenes de suero salino a bolos de 20ml/kg, en la analítica se detecta acidosis metabólica. dado el

estado general del paciente se procede a trasladarlo a UCIP con el diagnóstico de gastroenteritis aguda de origen viral y shock hipovolémico por deshidratación, donde precisó de intubación, expansión de volumen y corrección electrolítica, siendo trasladado a hospitalización al 3er día con una mejoría considerable dando manejo de soporte hasta el alta.

c) CASO 2 Pediatría

Paciente femenino de 2 años con esquema de vacunación al día, acude por presentar desde hace 8 días tos productiva disneizante, no cianosante, no emetizante, con expectoración blanquecina, dificultad respiratoria y fiebre de 38°C. al ingreso presenta fiebre de 39°C y taquicardia de 166 latidos por minutos, saturación en 80% al ambiente libre. Al examen físico se aprecia retracción xifoidea, vibraciones vocales disminuidas, matidez a la percusión en hemitórax derecho y a la auscultación hubo un aumento de la transmisión de la voz y ausencia del murmullo vesicular en hemitórax derecho con estertores crepitantes en hemitórax contralateral, pulsos débiles y llenado capilar de 3 segundos.

Se decide sacar un hemograma que arroja hemoglobina: 13.5g/dl; hematocrito: 42%; leucocitos: 14500/ml; neutrófilos: 82%; linfocitos: 11%; plaquetas: 175000/ml y bandas: 10%.

Se solicita radiografía de tórax postero anterior y lateral, evidenciándose una radiopacidad derecha correspondiente a derrame pleural.

Por la insuficiencia respiratoria clínica se decidió colocarle un sello pleural derecho para drenaje del derrame pleural, donde se extrajo 160ml de material purulento. Para el manejo hemodinámico se administró bolos de cristaloides a 20ml/kg/dosis.

En la química sanguínea se reportó LDH: 381UI/L; proteínas totales 2.8g/dl; glucosa: 239mg/dl. En el citoquímico de líquido pleural, con exudado según criterios de light reporto, LDH: 5518 UI/L (>200); con relación líquido-suero 14.4 (>0.6); proteínas: 3.94g/dl (>3); relación liquido suero: 1.4 (>0.5); glucosa

5mg/dl menos que en suero; células: 74600 (>100) a predominio polimorfonucleares.

En frotis y cultivo se observa cocos grampositivos correspondientes a *Streptococcus pyogenes*.

Se diagnosticó neumonía bacteriana por *Streptococcus pyogenes* complicada con empiema pleural derecho.

Se le inició el tratamiento antibiótico empírico con cefalosporina de tercera generación (ceftriaxona) asociada a dicloxacilina.

1.3.2 Rotación de Medicina Interna

a) Capacidades

Se aplicó conceptos básicos de la medicina basada en evidencia en el manejo de pacientes con patologías neumológicas, cardiológicas, gastrointestinales, neurológicas, infecciosas, endocrinológicas, reumatológicas, nefrológicas, dermatológicas y psiquiátricas; respetando los derechos del ser humano, como:

- ✓ Neumología
 - TBC Pulmonar, Asma bronquial, Neumonía adquirida en la comunidad, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer pulmonar.
- ✓ Cardiología
 - Hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, arritmias, tumores cardíacos, endocarditis infecciosa, valvulopatías y enfermedad pericárdica.
- ✓ Gastroenterología
 - Hemorragia digestiva, diarrea aguda y crónica, úlcera péptica, ictericia, cirrosis y ERGE.
- ✓ Neurología
 - Enfermedad vascular cerebral, epilepsia, cefalea, demencias, infecciones del sistema nervioso y neuropatía periférica.
- ✓ Infectología

- TBC, Dengue, Parasitosis, VIH, Herpes, Insectos y Rabia.
- ✓ Endocrinología
 - Diabetes mellitus, enfermedad de la tiroides, obesidad, dislipidemia y osteoporosis.
- ✓ Reumatología
 - Osteoartritis, artritis reumatoidea, artropatía por cristales y esclerosis sistémica progresiva.
- ✓ Nefrología
 - IRC, IRA, síndrome nefrótico, trastorno hidroelectrolítico y nefrolitiasis.
- ✓ Dermatología
 - Acné, celulitis, impétigo, ectima, vitíligo y psoriasis.
- ✓ Psiquiatría
 - Depresión, ansiedad, trastorno de la personalidad y trastorno alimenticio.

b) CASO 1 Medicina Interna

Paciente mujer de 26 años que acude al centro de salud por presentar disuria, polaquiuria y tenesmo vesical desde hace 2 semanas. Como antecedentes tuvo un cuadro de infección del tracto urinario hace 4 meses el cual fue tratado con amoxicilina 500mg cada 12 horas por 7 días por recomendación de un familiar farmacéutico, sin otro antecedente de importancia.

Al examen físico presenta dolor a la palpación profunda en región suprapúbica, PPL (-) y PRU (-).

Se procedió a pedirle un uroanálisis a la paciente dando como resultado; positivo a gérmenes (++) con presencia de leucocitos mayor de 20 por campo, nitritos positivos, y hematíes mayores de 10 por campo. Se le diagnostica cistitis, por lo que se procede a dar tratamiento empírico para ITU baja no complicada con nitrofurantoina 100mg vía oral cada 6 horas por 3 días.

Al control en 1 semana la paciente refiere completa mejoría clínica y se le da de alta.

c) CASO 2 Medicina Interna

Mujer de 15 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió con su madre al centro de salud por presentar desde hace 84 horas cefalea hemicraneal izquierda, de carácter pulsátil, de moderada intensidad, que empeora con los movimientos y con el mínimo esfuerzo. Asimismo, refiere fotofobia y sonofobia. El dolor se acompaña de náuseas y, desde hace 24 horas, de vómitos biliosos, se instaura de forma progresiva y sin ningún síntoma previo. Su madre le administró metamizol e ibuprofeno en varias ocasiones, con mejoría transitoria.

Al examen neurológico no se encontraron anormalidades, sin alteraciones en pares craneales, ni rigidez de nuca u otros síntomas meníngeos. La fuerza muscular se encuentra conservada junto con la sensibilidad, y tiene reflejos osteotendinosos presentes. Reflejo plantar en flexión, se le solicita hemograma y bioquímica sanguínea las cuales salen sin alteraciones.

Se decide diagnosticarla como un estatus migrañoso y se procede a derivarla a un centro de mayor complejidad solicitando una tomografía craneal.

En posteriores controles por el centro de salud se nos informó que la paciente recibió diazepam por vía oral, metoclopramida, dexametasona e hidratación por vía endovenosa y AINES junto con tripanos por vía intramuscular.

A los 3 meses del alta hospitalaria la paciente vuelve a presentar la misma sintomatología de menor duración 10 a 15 minutos, con síntomas premonitorios al dolor como vértigo, hipoacusia, acúfenos, ataxia y diplopía. Por lo que es llevada a un centro particular diagnosticándose migraña con aura de tronco encefálico. Le prescriben sintomáticos y tratamiento profiláctico con anticonvulsivos. Hasta la fecha no ha tenido nuevos episodios.

1.3.3 Rotación de Ginecología Y Obstetricia

a) Capacidades

Se identificó, diagnóstico y aplicó diversos conceptos de medicina basada en evidencia en el manejo de:

1. Ginecología

- Miomatosis uterina.
- Distopias genitales.
- Vulvovaginitis, ITS, procesos pélvicos.
- Infertilidad, climaterio y menopausia.
- Hemorragia uterina anormal y amenorrea.
- Cáncer de cuello uterino.

2. Obstetricia

- Atención prenatal.
- Hiperémesis gravídica, Diabetes gestacional, anemia, RCIU.
- ITU gestante, corioamnionitis e infección puerperal.
- Hemorragia de la primera mitad del embarazo.
- Hemorragia de la segunda mitad del embarazo.
- Hemorragia postparto.

b) CASO 1 Ginecología y Obstetricia

Paciente 32 años que tiene 11 semanas y 2 días de gestación por FUR, acude por presentar secreción oscura y leve dolor, parecido al de una menstruación, los últimos 3 días. Su último periodo fue hace cuatro meses, sin embargo, posee un historial de síndrome de ovario poliquístico y un régimen irregular de 4 a 7 días que se presenta cada 5 a 6 semanas.

Tras notar molestias en las mamas, la paciente se realizó una prueba de embarazo en un consultorio particular con una obstetra la cual resultó positiva y hace 4 semanas acudió para una ecografía, que confirma el embarazo intrauterino viable único. Desde entonces, ella ha tenido una visita con su obstetra y todos los exámenes sanguíneos de rutina fueron normales. Es gesta 2 para 0. Su ultimo embarazo fue hace nueve meses el cual concluyó en aborto completo a las siete semanas. No hay otros antecedentes médicos o ginecológicos de relevancia.

Al examen físico la paciente se encuentra afebril, con frecuencia cardiaca y presión arterial normales. El abdomen se encuentra blando y sin dolor a la palpación tanto superficial como profunda. La Especuloscopia muestra un

pequeño ectropión cervical, sin sangrado. El cérvix se encuentra cerrado y no se observa sangre o secreción anormal. A la exploración bimanual no se evidencia masas o dolor al movimiento cervical y anexial. No se percibieron latidos fetales a través del monitor Doppler fetal con ultrasonido.

Se decide derivar a la paciente a un centro de mayor complejidad con el diagnóstico de aborto retenido.

c) CASO 2 Ginecología y Obstetricia

Paciente de 29 años acude por presentar dolor pélvico progresivo y molestias al tener relaciones sexuales, desde hace 1 año, acompañado de secreción vaginal blanca; el dolor se encuentra en la parte inferior del abdomen. La paciente muestra preocupación por tener síndrome de ovario poliquístico. El dolor se presenta en cualquier momento del ciclo menstrual; no se relaciona con el ejercicio, ocurre con frecuencia al tener relaciones sexuales, a menos que la penetración sea muy suave; no tiene síntomas urinarios y ha evacuado con normalidad. Tiene poco apetito no tiene náuseas y tampoco ha vomitado. Nunca se le ha diagnosticado una infección de transmisión sexual.

Lleva 6 meses con su actual pareja sexual, ha tenido 2 embarazos y dos partos vaginales. Recientemente ha estado bajo el cuidado de un obstetra a causa de sangrados menstruales prolongados y abundantes, por lo que ha estado tomando cíclicamente noretisterona. No hay otros antecedentes médicos o quirúrgicos relevantes.

La paciente defeca regularmente y no presenta hinchazón, estreñimiento, diarrea, ni moco o sangre en las heces. Tuvo un episodio de cistitis hace algunos años el cual fue tratado con antibióticos. No hay otros antecedentes de importancia.

Al examen físico la temperatura es de 37.8°C, el pulso es de 95 latidos por minuto y la presión arterial es de 160/76mmHg. el abdomen no se encuentra distendido y tampoco hay visceromegalias, no se palpan masas, pero si existe dolor suprapúbico. A la Especuloscopia se muestra una suave secreción

normal de color blanco grisáceo de donde se extraen 2 muestras, al tacto vaginal hay dolor al movimiento del cérvix. Por lo que se decide derivarla a un centro de mayor complejidad con el diagnóstico dolor abdominal crónico por posible enfermedad pélvica inflamatoria.

Meses después la paciente acude para control médico general, ella nos informa que fue diagnosticada con infección por *chlamydia trachomatis* la cual era el causante de la EPI. Fue hospitalizada, ahí se le administro Doxiciclina vía oral, siendo dada de alta a los 4 días.

1.3.4 Rotación De Cirugía General

a) Capacidades

Aplicar conocimientos básicos de medicina basada en evidencia en el manejo de patologías quirúrgicas en la especialidad de cirugía general, promoviendo la prevención; así como también, en otras especialidades quirúrgicas como traumatología y urología.

1. Cirugía general

- Hernias de pared abdominal.
- Colecistitis, colelitiasis, coledocolitiasis y colangitis.
- Enfermedad diverticular, apendicitis y abdomen agudo quirúrgico.
- Enfermedad anorrectal.
- Neoplasias de aparato digestivo.
- Atención del paciente politraumatizado.

2. Traumatología

- Manejo de fracturas y luxaciones.
- Displasia congénita de cadera.
- Infecciones osteoarticulares.
- Esguinces y lesiones en partes blandas.

3. Urología

- Uropatía obstructiva.
- Urolitiasis.

- Neoplasias urológicas.
- Incontinencia urinaria.
- Hidrocele, orquitis, torsión testicular y varicocele.

b) CASO 1 Cirugía General

Paciente femenino de 65 años procedente de Lima, como antecedentes la paciente tiene una gesta 4, para 4 vivos 3, anteriormente fue intervenida quirúrgicamente por miomatosis a una histerectomía abdominal hace 4 años.

La paciente acude a emergencia por presentar seis meses con cuadros de dolor abdominal tipo cólico en hipocondría derecho, irradiado hacia el ángulo escapular inferior ipsilateral sin otro síntoma acompañante. Los síntomas se intensifican desde hace 1 mes con similares características agregándose náuseas, vómitos y sensación de alza térmica. Por lo que la paciente acude a una farmacia donde le dan hioscina y amoxicilina por una semana los cuales lograron hacer ceder el cuadro. Niega ictericia, acolia, coluria o fiebre.

Al examen físico la paciente presenta un IMC de 31, aparente buen estado general. El abdomen es globuloso, cicatriz mediana infraumbilical, ruidos hidroaéreos normales, dolor leve a moderado (5/10) en cuadrante superior derecho a la palpación profunda, no se palpan vísceras.

Se plantean los diagnósticos de cólico biliar y se solicita una ecografía abdominal; el reporte ecográfico muestra imágenes hiperecogénicas múltiples con sombra acústica en todas ellas, lo que confirma el diagnóstico de colecistitis aguda. Por lo que se la deriva a un centro de mayor complejidad para su manejo.

c) CASO 2 Cirugía General

Paciente varón 32 años que acudió a centro de salud refiriendo dolor a la defecación 8/10 de 2 semanas de duración, restos de sangre al limpiarse y estreñimiento crónico. Es el 3er episodio en el año, siendo esta la primera vez que acude a consulta por este motivo.

Al examen físico se evidenció una lesión en mucosa anal a horas XI, no se perciben vasos hemorroidales, al tacto rectal se percibe esfínter anal hipertónico, no se palpan masas.

Se diagnosticó fisura anal.

Se indicó como tratamiento un preparado de dinitrato de isosorbida al 0.2% en gel aplicando 3 veces al día por 2 semanas junto con lidocaína en gel al 2%, adicionando al tratamiento dieta alta en fibra y el consumo de 1 charada diluida en agua de *plantago ovata* 2 veces al día. Se le sugirió al paciente baños de asiento en agua tibia después de cada defecación.

Posterior a las 2 semanas acudió a control refiriendo una mejoría sustancial, se procedió a extender el tratamiento por 2 semanas más y fue dado de alta.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El internado se inició en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, donde se realizó la rotación de pediatría. Este hospital es un establecimiento de categoría III-1, con 397 camas de hospitalización, de los cuales están asignadas al departamento de pediatría aproximadamente 40 camas. Para las interconsultas en el hospital se contaban con las especialidades de cirugía pediátrica, neumología y neurología pediátricas (4).

Esta rotación se dividía en 4 subrotaciones las cuales eran: Lactantes, Prescolares, Emergencias pediátricas y Neonatología; cada una de estas subrotaciones constaba de un total de 23 días de lunes a domingo, incluidas 1 guardia nocturna a la semana.

Durante la subrotación de Lactantes y Prescolares. La función del interno era la de hacer seguimiento y ejecución de los planes de trabajo de todos los casos, a cada interno se le asignaba 6 camas en promedio las cuales era responsable parcialmente de su evolución; los internos estaban siempre supervisados por 2 residentes de primer o segundo año, se hacían discusiones de casos clínicos todas las mañanas, antes de pasar visita médica y una revisión teórica de un tema preestablecido al medio día. Las guardias tenían una duración de 12 horas y el turno matutino era de 8 horas.

La rotación en emergencias pediátricas era de 12 horas de duración en el turno matutino y 24 horas si el interno estaba de guardia, el entrenando del estudiante estaba enfocado en situaciones donde el paciente pediátrico requiere una evaluación rápida para su estratificación de prioridad y posterior manejo, además de realizar procedimientos propios de una atención de

emergencia y algunos días en la unidad de cuidados intermedios para pacientes que requieren monitoreo para decidir su alta u hospitalización. En promedio se atendían 40 pacientes por turno.

El retorno al internado se inició en octubre, para alguno de los internos de hospitales y fuerzas armadas se les dio la opción de elegir si regresar a su establecimiento de inicio o ir a un centro de primer nivel de atención a continuar el resto del internado. En este caso particular, se tomó la decisión de continuar el internado en un establecimiento de menor complejidad, siendo el Puesto de salud Palermo el elegido, un establecimiento de primer nivel, específicamente un I-2.

La posta de salud Palermo es un establecimiento categoría I-2 que contaba en su personal de salud con 2 médicos generales, 1 odontólogo, 3 enfermeras, 1 nutricionista y 1 obstetra; entre las áreas que contaba el centro y en los que se desenvolvía el interno estaban las áreas de inmunizaciones, el programa de control de tuberculosis, un consultorio de obstetricia, un consultorio de medicina general y un área de tamizaje de anemia; se hacían pequeñas rotaciones por semanas en cada una de las áreas según la necesidad del centro.

El estar en un establecimiento de primer nivel, cuyo objetivo es la prevención y promoción de la salud, permitía al estudiante una visión del manejo y control de las patologías crónicas que eran más prevalentes en el área de jurisdicción de la posta; también, se enfocaba en la formación y en la previsión de patologías a través de inmunizaciones o campañas de tamizaje de anemia, las cuales suelen realizarse en centros de mayor complejidad saturando el servicio.

Se atendían aproximadamente 20 pacientes al día en el servicio de medicina, en un periodo de 8 horas, 6 veces a la semana. En los demás consultorios se atendían entre 5 a 10 pacientes al día.

El interno realizaba todos los procedimientos médico-quirúrgicos propios del nivel de atención, curaciones, vendaje, sutura de heridas pequeñas, cambio de sonda, cambio de bolsa de colostomía, etc. Siempre bajo supervisión del doctor adjunto.

Se realizaban discusiones de casos clínicos diarios y revisiones teóricas de temas relacionados a las patologías más frecuentes que la posta atendía, cada semana los doctores tomaban una prueba escrita corregida por los doctores. Como forma de ampliar el aprendizaje en el internado, se coordinaron subrotaciones en los consultorios de nutrición y obstetricia; en este último se realizaban controles prenatales a las gestantes con su respectivo examen físico (ubicación de latidos cardiacos fetales y maniobra de Leopold), Especuloscopia y tactos vaginales según requerimiento de la paciente y toma de muestras para PAP. También se rotó en el consultorio de nutrición; en él se realizaban tamizaje y profilaxis de anemia en niños, control de crecimiento y desarrollo del niño y consejería nutricional a pacientes.

Todo paciente que requiriera exámenes auxiliares era referido para la toma de muestra y análisis en el Centro de salud Mirones, un establecimiento I-3. La interpretación de los análisis y posterior manejo del paciente se hacía en el puesto de salud Palermo. Si el paciente necesitara de una atención en un centro de mayor nivel como, evaluación por alguna especialidad, atención por emergencia u hospitalización; estos eran referidos, siguiendo los criterios de la norma técnica del Ministerio de Salud de la patología a tratar, de no tener una guía de práctica clínica nacional se utilizaban guías internacionales. El establecimiento de referencia era el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Se realizó una rotación en el Centro Médico Naval (CEMENA) en el mes de diciembre, un establecimiento de categoría III-1, el cual cuenta con 192 camas (4).

La rotación fue para la especialidad de cirugía general por el periodo de 1 mes; esta rotación incluyo subrotaciones en los servicios de traumatología y urología. Dentro de estas rotaciones el interno tuvo la posibilidad de colaborar en cirugías y practicar procedimientos médicos propios de la especialidad, a cada interno se le asignaron 7 camas, además de tener a su disposición exámenes auxiliares tanto laboratoriales como radiológicos de mayor complejidad que un hospital perteneciente al MINSa.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de Pediatría

a) CASO 1 Pediatría Discusión

Este caso nos brinda a un paciente que sincrónicamente presenta un shock descompensado en el contexto de una deshidratación grave secundaria a una gastroenteritis de probable origen viral.

La gastroenteritis aguda en pediatría es una patología muy frecuente, representa el 10% de atenciones en urgencias con menor incidencia en edades menores. Suele tratarse como un proceso benigno; sin embargo, en algunas ocasiones puede progresar a un cuadro grave. Se puede clasificar, según su duración, en aguda (menor a dos semanas), persistente (entre 2 semanas a un mes) y crónica (mayor de 4 semanas). Dentro de las diarreas agudas podemos dividirla según las características de la diarrea como acuosa aquella que no tiene ni moco ni sangre o disentérica aquella presenta moco y sangre (9).

Los patógenos más frecuentes pueden ubicarse según la característica de la diarrea y la edad de aparición del cuadro. El patógeno más frecuente de diarrea acuosa en menores de 2 años es el rotavirus, el cual suele iniciarse como un resfriado para convertirse en un cuadro diarreico. En mayores de 2 años la causa más frecuente de diarrea acuosa es la *Escherichi coli enterotoxigénica* (ECET) causante la diarrea del viajero en adultos. Para las diarreas disentéricas la causa más frecuente en menores de 2 años es el *campylobacter jejuni* asociado a la crianza de aves de corral y que podría llegar a desarrollar síndrome de Guillain-Barré. En cambio, en mayores de 2 años es la *shigella flexneri* la causa de disentería (9).

En este paciente el diagnóstico de gastroenteritis aguda es clínico, basado en el aumento del número de deposiciones y en las características de éstas, el estudio sanguíneo deberá realizarse en caso de alteración del estado general, cuando existen signos de bacteriemia o deshidratación severa, la pérdida de peso permite la valoración exacta del grado de deshidratación; leve <5%, moderada entre 5 a 10% y severa >10%. Pero la mayoría de las veces no se tiene el peso reciente para comprar por lo que se utiliza otras escalas para estimar la gravedad del cuadro. Las más utilizadas son aquellas que utilizan signos clínicos como la escala de Gorelik donde se evalúa la presencia del signo del pliegue, llenado capilar, ausencia de lágrimas, respiración normal, mucosas secas, ojos hundidos, pulso radia normal, taquicardia, oliguria. Donde la presencia de más de 6 signos indica una deshidratación severa. La solución de rehidratación oral (SRO) es el pilar fundamental del tratamiento de la deshidratación, recomendándose las fórmulas hiposódicas y desaconsejando las bebidas comerciales para deportistas; aunque la vía de elección para su administración es por vía oral, se reserva la vía periférica en situaciones como shock hipovolémico, pérdida del nivel de conciencia, íleo paralítico, deshidratación grave, aspecto séptico o vómitos incoercibles (9).

Por ello para este paciente en shock hipovolémico se administra un bolo de 10 – 20ml/kg cloruro de sodio en 10 minutos. Esta acción se puede repetir 2 veces más. Adicionar apoyo oxigenatorio por la presencia de cianosis. Cuando el paciente se encuentre estable se continúa la hidratación de mantenimiento de NaCl 0.9% 100ml/kg EV, al ser menor de un año se da el 30ml/kg en la primera hora y luego 70ml/kg en 5 horas (Anexo 4). En esta paciente se debió asociar oxigenoterapia al ingreso (10), lamentablemente su evolución no fue favorable por lo que tuvo que ser transferida a UCIP donde requirió intubación y un manejo electrolítico; posterior a su internamiento en UCIP logró recuperarse hasta su alta hospitalaria.

b) CASO 2 Pediatría Discusión

En este paciente su diagnóstico inicial es el de un síndrome febril de foco pulmonar, síndrome pleural ya que se encuentra a la palpación con

vibraciones vocales disminuidas, matidez a la percusión y a la auscultación un incremento en la transmisión de la voz e hipoventilación completa de hemitórax derecho, un síndrome parenquimatoso pulmonar por un síndrome de condensación por tener la presencia de estertores y crépitos en hemitórax izquierdo (9).

El diagnóstico de neumonía es clínico y se basa en una anamnesis y un examen físico que muestra signos y síntomas como fiebre, tos y taquipnea; síntomas que el paciente presenta. Hay si existen criterios de hospitalización como saturación menor o igual a 92%, ser lactante de 6 meses, dificultad respiratoria (tirajes, quejidos, aleteo nasal, apnea), intolerancia oral, mal estado general, comorbilidades, la aparición de complicaciones, incapacidad del cuidador de cumplir cuidados adecuados, fracaso de terapia ambulatoria (48 o 72 horas sin respuesta). Este paciente presentaba dificultad respiratoria, mal estado general e intolerancia oral, razón suficiente para su hospitalización (11).

A todo paciente que tenga criterios de hospitalización se le debía sacar hemograma, PCR y radiografía de tórax. Los exámenes auxiliares resultaron positivos para infección en esta paciente y en la radiografía se evidencia una radiopacidad derecha concluyendo que tiene un derrame pleural, otro motivo para hospitalizarlo (11).

En neumonías la etiología más frecuente es viral siendo el virus sincitial respiratorio el primer lugar; en cuanto a las neumonías bacterianas el patógeno más frecuente es el estreptococo neumoniae. Sin embargo, si segmentamos la etiología según edades puede encontrarse que los recién nacidos se ven afectados por el estreptococo betahemolítico del grupo b con mayor frecuencia, los niños menores de 5 años por estafilococo aureus o estreptococo pyogenes; en mayores de 5 años es el neumococo y en entre niños de entre 9 a 14 años se puede encontrar bacterias causantes de neumonías atípicas como micoplasma o *clamidia pneumoniae* (11).

En un paciente con neumonía la forma de tratamiento depende de si el paciente es de carácter ambulatorio u hospitalario, en ambos casos se inicia con soporte hidroelectrolítico, oxigenoterapia y la administración de

antibióticos; si el paciente tuviera menos de 6 meses su manejo es con ampicilina y gentamicina y no puede ser monitoreada en un centro de baja complejidad, bajo parámetros generales de forma ambulatoria para mayores de 6 meses se administra amoxicilina 90mg/kg/día, vía oral, dividido cada 8 horas, por 7 a 10 días. Si fuera una neumonía típica de ser atípica se elige eritromicina 50mg/kg/día, vía oral, dividido cada 6 horas, por 7 días (11).

En caso el paciente requiera internamiento se elige ampicilina más gentamicina en menores de 2 meses y en mayores de 2 meses se puede elegir entre ampicilina o cloranfenicol o penicilina G sódica y si se sospecha de gérmenes atípicos se elige macrólidos en grupos etarios (11).

El tratamiento empírico de elección de una neumonía comunitaria complicada con derrame es una cefalosporina de tercera generación como ceftriaxona adicionando una isoxazolilpenicilina como dicloxacilina, para cubrir estreptococo pneumoniae con el primero y estafilococo aureus con el segundo; la clindamicina tiene cobertura contra ambos agentes, pero no se prefiere de entrada como monoterapia por su efecto bacteriostático y no bactericida. Además, en un paciente con derrame pleural se considera una infección grave y existe mayor resistencia del neumococo a clindamicina (Anexo 5) (11).

Se decidió por su insuficiencia respiratoria, hacerle un sello pleural de donde se extrae una muestra que termina siendo exudado positivo a estreptococo pyogenes. Confirmando el diagnostico de neumonía bacteriana por estreptococo pyogenes. Éste patógeno es una causa poco común de neumonía de la comunidad. Sin embargo, es un patógeno que tenemos que descartar por ser causante de compromiso parenquimatoso pulmonar importante o derrame pleural purulento con manifestaciones clínicas severas. Si bien para este agente el tratamiento con penicilina es el adecuado se decidió dejarle ceftriaxona por la gravedad del cuadro.

3.2 Rotación de Medicina Interna

a) Caso 1 Medicina interna Discusión

La paciente acude por presentar síntomas clásicos de infección urinaria baja (disuria polaquiuria y tenesmo vesical); recordemos que la infección urinaria

se define como la presencia de microorganismos en la orina, al ser una definición muy amplia esta comprende diferentes conceptos como (12):

- Bacteriuria significativa: es el recuento de colonias mayor o igual a 100000/ml en orina obtenida por micción espontánea o sondaje vesical, o cualquier número si la recolección de la muestra es a través de punción suprapúbica o renal (13).
- Bacteriuria no significativa: recuento de colonias inferior a 100000/ml en orina obtenida por micción o por sonda vesical (12).
- Bacteriuria complicada: en aquellos pacientes que tienen alguna alteración orgánica o funcional en su aparato urinario, o en pacientes grave de base o inmunosupresión (12).
- Bacteriuria no complicada: no se detecta condicionante alguno de la bacteriuria (12).
- Bacteriuria asintomática: sucede en pacientes con bacteriuria significativa en el análisis de orina de una persona aparentemente sana (12).
- ITU recurrente: definición en mujeres de 2 o más episodios en 6 meses o 3 o más episodios en 1 año (12).
- Recidiva: ITU después de un tratamiento correcto, con la reaparición de la bacteriuria provocada por el mismo patógeno causante del episodio previo (12).
- Reinfección: ITU después de tratamiento correcto, donde la reaparición de la bacteriuria originada por un patógeno distinto del causante del episodio anterior (12).

Las infecciones urinarias bajas engloban procesos que tienen en común la presencia de microorganismos en orina; sin embargo, no hay afectación renal, por lo tanto, se incluyen dentro de este concepto la uretritis, cistitis y la prostatitis (12).

La cistitis se puede clasificar en complicada y no complicada que es aquella que sucede en mujer premenopáusica, no embarazada, sin alteración del tracto urinario, sin instrumentación reciente de las vías urinarias, sin comorbilidades como diabetes mellitus o inmunosupresión, o historia de ITU en los últimos 6 meses. La importancia de conocer esta patología es la

frecuencia y la necesidad no solo de prescribir un tratamiento que alivie los síntomas irritativos, sino que también elimine la infección y evitar la diseminación y las complicaciones subsiguientes (12,14).

Esta paciente que acude con claros síntomas urinarios de tracto urinario bajo a pesar de tener un antecedente de ITU hace 4 meses no basta para poder decir que es una ITU recurrente y tampoco tiene características de ser una ITU complicada; por lo que se decide pedirle un examen de orina siendo positivo a infección. Sin embargo, según la guía de práctica clínica de EsSalud el diagnóstico de una paciente con síntomas urinarios bajos mayor o igual a dos semanas que no presente síntomas de irritación o secreción vaginal, se considera como una alta sospecha de ITU baja no complicada y no es necesario hacerle un uroanálisis, aunque tampoco se contraindica; luego se procede a tratarla con antibióticos empíricos. En el tratamiento de primera línea se recomienda Nitrofurantoina 100mg vía oral cada 6 horas por 5 a 7 días; como segunda línea se utiliza cotrimoxazol o cefalexina o amoxicilina. En este caso en su cuadro previo de ITU tuvo tratamiento con amoxicilina, el cual es un antibiótico recomendado para ITU, pero no a la posología adecuada, ya que se la prescribieron cada 12 horas, cuando lo correcto es cada 8 horas y el tratamiento es por 5 días no por 3. Al final se decide darle tratamiento empírico de 1era línea a dosis adecuada nitrofurantoina 100mg cada 8 horas por 5 días logrando dar resultados satisfactorios al control (Anexo 6) (13,14).

b) CASO 2 Medicina Interna Discusión

De una forma general, cefalea es definida a toda sensación dolorosa localizada en la región craneal, parte alta de la región cervical, o nuca y la mitad superior de la cara. Los dolores en las regiones maxilares, mandibulares y columna cervical baja son consideradas neuralgias faciales y craneales. Las cefaleas pueden agruparse según su temporalidad como agudas (carácter de urgencia), agudas recurrentes (migrañas), cefaleas subagudas y crónica progresivas (orgánicas) y cefaleas crónicas no progresivas (tensional) (12).

La migraña es un trastorno familiar, preferentemente en mujeres jóvenes, que se caracteriza por ataques recurrentes de cefalea, pulsátil en su mayoría y hemicraneal, con frecuencia es acompañada con náuseas, vómitos y fotofobia y sonofobia; otra característica es que el dolor se agrava al esfuerzo y al movimiento. Estos episodios de cefalea pueden estar acompañados o estar precedidos de trastornos neurológicos deficitarios focales conocidos como auras, trastornos visuales en su mayoría. Es la aparición de estos síntomas lo que nos permite clasificarlo en 2 subtipos principales: migrañas sin aura (común) y migrañas con aura (clásica) esta última representa entre el 12 y 15% de las migrañas. Las auras aparecen en la primera hora previa a la cefalea, la duración de la cefalea es de entre 4 a 72 horas (12).

Este caso por la edad, el sexo, sintomatología y ausencia de alteraciones en la exploración neurológica orientan a un diagnóstico de migraña. Al no haber signos premonitorios se descarta el aura. Sin embargo, la duración de la crisis migrañosa que fue mayor de 72 horas nos hace pensar que la paciente ha desarrollado una complicación de la migraña conocido como estatus migrañoso; el cual se define como la crisis de migraña debilitante y que persiste más de 72 horas y que se relaciona con frecuencia al abuso de fármacos. Otras complicaciones son el aura persistente sin infarto, que es aquella que se prolonga como mínimo una semana sin evidencia de infarto en las pruebas de neuroimagen. El infarto migrañoso, el cual es un episodio migrañoso donde el déficit neurológico se asocia a una lesión isquémica en un territorio congruente, demostrado por una neuroimagen. Y la crisis epiléptica desencadenada por un aura migrañosa, que es aquella que aparece simultáneamente con el aura o en la hora posterior a una crisis de migraña; en esta última hay que descartar otros procesos que puedan justificarla (12).

El manejo de una migraña común o clásica no complicada se divide en 2 fases una de medidas generales como reposo en cama, en una habitación oscura y sin ruido; dieta blanda o líquida siempre y cuando la paciente lo tolere y la aplicación de frío local (12).

En cuanto al tratamiento farmacológico debe ser escalonado, utilizando fármacos con menor riesgo de complicaciones y mejor tolerados, dependiendo

del grado de gravedad de la crisis migrañosa. En crisis leve a moderado: analgésicos o antiinflamatorios no esteroideos (aines) como paracetamol en dosis de 1 gramo cada 6 horas, metamizol en dosis de 1 a 2 capsulas de 575mg cada 6 horas, naproxeno 1g al inicio de la crisis y continuar con 500mg cada 12 horas, otros fármacos también sugeribles son ibuprofeno, diclofenaco o acido acetil salicílico, todos estos por vía oral. Se pueden asociar con antieméticos como metoclopramida o domperidona, si la paciente sufriera vómitos o nauseas. La reevaluación debe ser en 2 horas y, si no se observa mejoría, se utilizan fármacos para crisis moderadas a severas como: triptanes que son agonistas serotoninérgicos, estos son considerados de primera elección en este tipo de casos y se administran por vía oral, intranasal o subcutánea, están contraindicados en pacientes que consuman IMAO, metisergida o litio, así como en lo que estén diagnosticados de cardiopatía isquémica o hipertensión arterial mal controlada. No deben administrarse hasta que hayan pasado por lo menos 4 horas de ingerido un ergotamínico. Entre los triptanes más utilizados están el zolmitriptán, sumatriptán y rizatriptán. Otros fármacos usados son los ansiolíticos de los cuales están diazepam o Lorazepam como los más usados (12). En esta paciente a los 2 y 4 meses vuelve a tener otra crisis de clínica similar, pero en esta ocasión se agregan síntomas como disartria, vértigo, acúfenos, hipoacusia, diplopía y ataxia. Todos estos signos clínicos, junto a la alteración del estado de conciencia, definen a la migraña con aura de tronco encefálico (en el pasado denominada como migraña basilar), para realizar este diagnóstico se hizo de forma particular ya que es necesario una resonancia magnética de tronco encefálico para descartar causas orgánicas.

La migraña crónica o con riesgo de cronificar son tratados con profilácticos con betabloqueantes, calcio antagonista, antidepresivos o anticonvulsivos, para evitar crisis malignas (12).

3.3 Rotación de Ginecología Y Obstetricia

a) CASO 1 Ginecología y Obstetricia Discusión

El aborto se define como la interrupción espontanea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas desde la fecha de última regla, con un peso menor a 500 gramos o 25cm de longitud. Esta patología es considerada

una de las hemorragias del 1er trimestre más frecuente con una incidencia en Perú de entre el 11 al 20%, es además un problema de salud pública cuando el aborto se da en condiciones de riesgo, aproximadamente el 13 de la mortalidad materna en el mundo corresponde a un aborto provocado, generalmente en países donde es ilegal y representa en 30 a 35% de muertes en América latina o África (15).

Su clasificación es diversa y puede ser según su tiempo de gestación como temprano menor a 9 semanas o tardío mayor de 9 semanas. Según su forma de presentación como espontaneo o inducido. Por último, existe el llamado aborto terapéutico el cual se realiza con el fin de salvaguardar la vida materna (16).

Dentro del aborto espontáneo existe una subclasificación:

- Aborto en curso: aquella en donde existe un aumento en la intensidad del dolor pélvico y el sangrado genital es mayor. Al examen ginecológico se observa orificio cervical interno permeable y membranas íntegras. Cuando la actividad uterina aumenta y hay signos de maduración cervical y se rompen las membranas se llama aborto inevitable (17).
- Aborto retenido: es donde el feto o embrión muere o se desprende y este queda retenido en el útero sin expulsión de los restos ovulares, siendo confirmado con una ecografía (17).
- Aborto frustrado: trastorno en el que el embrión o feto inmaduro muerto no ha sido expulsado del útero hasta 2 o más meses de la muerte. Existen signos de involución uterina además de desaparecer los signos y síntomas del embarazo, este también es corroborado por ecografía para su diagnóstico (17).
- Aborto incompleto: es la expulsión parcial de los restos fetales, con sangrado (17).
- Aborto completo: es la expulsión total de los restos fetales y membranas ovulares (17).

Existen diferentes factores que predisponen a un aborto y se puede clasificar en:

- Factores fetales o cromosómicos: es el principal hallazgo morfológico en abortos espontáneos temprano, la pérdida es producida por un desarrollo anormal del cigoto (17).
- Factores maternos que pueden ser infecciones (toxoplasmosis, clamidiasis, TORCH, etc.); enfermedades crónicas (tuberculosis, carcinomatosis, hipertensión arterial o autoinmune); endocrino (hipotiroidismo, diabetes mellitus, síndrome de ovario poliquístico), este último es un factor que podría explicar la causa de su pérdida; nutrición (desnutrición severa); etc. (17).
- Factores ambientales: tabaquismo, radiación, alcoholismo (17).

Para sospechar que una paciente está teniendo o ha tenido un aborto se debe de contar con que sea una mujer en edad reproductiva, dolor en hipogastrio con sangrado vía vaginal, retraso menstrual o amenorrea, fiebre o malestar general en caso de aborto séptico. El diagnóstico se debe de hacer con una correlación clínica, una ecografía transvaginal o abdominal según edad gestacional y una concentración de BHCG (15;17).

Existen signos de alarma como: fiebre materna, hemorragia aguda con taquicardia e hipotensión, sospecha de abdomen agudo quirúrgico, compromiso del sensorio, leucocitosis con desviación izquierda en hemograma, alteración de la coagulación, función renal o hepática; que pueden hacernos sospechar de complicaciones como: anemia aguda, hemorragia, shock hipovolémico, septicemia, perforación uterina, laceración cervical, restos placentarios o fetales los cuales incrementan riesgo de infección (Anexo 7) (15,17).

Entre los diagnósticos diferenciales que debemos descartar están la enfermedad trofoblástica gestacional, embarazo ectópico, cervicitis, pólipos cervicales, cáncer de cuello uterino, desgarros cervicales (17).

En el caso de esta paciente se debió de sospechar de un aborto retenido no complicado, lo que implica la posible necesidad de referirla a un centro de mayor complejidad para el manejo adecuado.

El manejo de un paciente con un aborto debe enfocarse en el tratamiento oportuno, preservar la fertilidad futura y prevenir deterioro materno.

En pacientes hemodinámicamente estables se debe de realizar una evacuación uterina a través de aspiración manual endouterina (AMEU), en un aborto no complicado menor de 12 semanas o un legrado uterino después de 12 semanas de edad gestacional. El manejo post AMEU es ambulatorio, en caso de aborto frustrado o retenido mayor de 12 semanas de gestación, considerar manejo hospitalario y legrado uterino en centro quirúrgico, previo estudio de factores de la coagulación (17).

En paciente hemodinámicamente inestables sea por hemorragia o infecciones se debe hospitalizar, canalizar vía número 18, reanimación hemodinámica con NaCl 0.9% 1000cc y evaluar necesidad de una transfusión sanguínea de ser necesario, oxigenoterapia, antibiótico profilaxis endovenosa, sondaje Foley, perfil sanguíneo, coagulación, hepático, ecografía transvaginal o abdominal y una evacuación uterina a través de legrado lo más pronto posible (17).

b) CASO 2 Ginecología y Obstetricia Discusión

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es definida como la infección del tracto genital superior que comprende el útero, las trompas y/o los ovarios, se pueden incluir las estructuras adyacentes, y no debe estar relacionado con el embarazo, el parto o el puerperio ya que una infección en esos periodos se denominaría corioamnionitis en caso de ser gestante o endometritis puerperal si fuera en el puerperio (18,19).

El dolor pélvico crónico (DPC) es aquel que se localiza a nivel del abdomen inferior, el cual persiste por al menos 6 meses, y se presenta de forma continua o intermitente, además de no estar asociado con el ciclo menstrual. Una de las principales causas de DPC es EPI (18).

Entre los patógenos más frecuentes de EPI se encuentra la clamidia en primer lugar, gonorrea en el segundo y tricomonas en tercero. Otras especies serían bacterias gram positivas o anaerobios. La presencia de estos patógenos está relacionado a factores de riesgo como conductas sexuales de riesgo por ser

precursoras de ITS, edad menor de 25 años, padecer o tener el antecedente de una ITS, no usar método de barrera, historia previa de EPI, abortos, situación socioeconómica baja, instrumentación uterina o cirugía cervical, duchas vaginales, entre otros. El uso de DIU también se incluye entre los factores de riesgo sin embargo esto es relacionado a su manipulación y se presenta al tercer mes post inserción, en Europa está relacionado al patógeno *actinomyces israeli* (19).

Clínicamente se pueden diferenciar 4 grados según Monif:

1er grado: salpingitis aguda sin peritonitis caracterizada por dolor pélvico bajo (síntoma más frecuente) de tipo subagudo el cual es un dolor sordo, difuso tipo pesadez (no punzante), que puede o no estar acompañado de leucorrea y la presencia de fiebre en el 50% de los casos; además de existir un engrosamiento anexial al examen bimanual (19).

2do grado: salpingitis aguda con peritonitis. Donde hay drenaje de pus por las fimbrias a cavidad pélvica y la aparición del signo de rebote (19).

3er grado: formación de un absceso pélvico conocido como piosalpinx, un absceso tubo ovárico o plastrón pélvico anexial, es en este donde se detectan masas anexiales (19).

4to grado: es la ruptura del absceso pélvico y drenaje en cavidad pélvico – abdominal, con su consecuente shock séptico o endotóxico (19).

Para el diagnóstico de EPI se pueden usar los criterios de Hager el cual cuenta con 5 criterios mayores que son: dolor abdominal bajo, dolor al movimiento anexial, dolor al movimiento cervical, historia sexual reciente y eco no sugestivas de otra patología; y 5 criterios menores como: leucorrea, fiebre, elevación de los reactantes de fase aguda, leucocitos en frotis en fresco vaginal y laboratorio positivo a gonococo o clamidia en endocérnix, se necesitan 2 criterios mayores o 1 mayor y 2 menores para poder diagnosticar EPI. La paciente presenta más de 2 criterios mayores y 2 criterios menores (18).

El objetivo terapéutico en el tratamiento de esta infección es el de recuperar anatómica y funcionalmente los órganos pélvicos femeninos y prevenir complicaciones sépticas.

El diagnóstico es clínico más prueba terapéutica, la clínica es el criterio más importante y se puede usar ecografía transvaginal para visualizar abscesos pélvicos, sin embargo, en EPI leve puede resultar normal la ecografía. Como último recurso se puede hacer una laparoscopia para extraer muestras de cultivos ya que las muestras por vía vaginal se contaminan con facilidad y es por esta razón que la laparoscopia es el Gold estándar, pero esta medida se reserva como medida terapéutica (Anexo 8) (18,19).

Existen ciertos criterios que permiten un tratamiento ambulatorio

- Temperatura menor a 38 grados
- Leucocitos mayores de 10000/ml y velocidad de sedimentación menor de 30mm
- Reacción peritoneal mínima.
- Multíparas
- Facilidad para seguimientos y cultivos
- No tener antecedente de EPI por clamidia
- Ausencia de gestación

Existen 3 regímenes antibióticos sin embargo el más usado es la combinación de ceftriaxona 250mg Intramuscular a dosis única más doxiciclina 100mg vía oral 2 veces al día por 2 semanas; si existe sospecha de Trichomona se puede adicionar metronidazol 500mg vía oral cada 12 horas por 2 semanas (18).

Pero también hay criterios de hospitalización como (19):

- Diagnóstico incierto
- Emergencia a descartar apendicitis o embarazo ectópico (sus principales diagnósticos diferenciales)
- Sospecha de absceso pélvico.
- Seguimiento inseguro
- Pobre tolerancia al tratamiento ambulatorio
- Evolución desfavorable

Los criterios para la elección del tratamiento quirúrgico son (19):

- Absceso tubo ovárico que no disminuye luego de 72 horas
- Absceso tubo ovárico residual con un tamaño mayor de 4cm luego de tratamiento médico.
- Ruptura del absceso tubo ovárico
- La elección de laparoscopia o laparotomía depende de la experiencia del cirujano y la opción quirúrgica depende de los hallazgos intraoperatorios.

3.4 Rotación de Cirugía General

a) CASO 1 Cirugía General Discusión

Para patologías de vía biliar hay que tener pendiente las definiciones como:

- Colelitiasis asintomática: se define como la presencia de cálculos en la vesícula biliar sin desarrollar síntomas, siendo el diagnóstico un hallazgo indirecto de un examen de imágenes en región abdominal (20).
- Cólico biliar: es el dolor generado por la contracción de la pared vesicular y la movilización de los cálculos o el barro biliar hacia el conducto cístico, esto produce una obstrucción transitoria, la cual se traduce en dolor en hipocondrio derecho o epigastrio en la mayoría de los pacientes aproximadamente un 59%, un 24% puede tener dolor torácico. El dolor es constante de intensidad variable, el dolor es capaz irradiarse hacia la escapula derecha y asociarse a diaforesis, vómitos o nauseas, no existe fiebre (20).
- Colecistitis crónica: es un diagnóstico patológico que demuestra la infiltración de células crónicas en pared vesicular por lo que se hace a través de una biopsia, sin embargo, para la guía peruana de EsSalud, esta se define como una inflamación crónica de la vesícula que causa síntomas leves e inespecíficos, entre los que destacan distensión abdominal, un dolor sordo en hipocondrio derecho o epigastrio (20).
- Colecistitis aguda: es la complicación de la colelitiasis, desencadenado por obstrucción persistente del conducto cístico lo que genera un

aumento en presión intravesicular, con el consiguiente riesgo de isquemia parietal, provocando inflamación de la pared vesicular asociada a infección de la bilis (20).

- Coledocolitiasis: es el hallazgo de cálculos biliares en el conducto colédoco, por una migración de la vesícula. Esta se manifiesta por dolor abdominal e ictericia (20).
- Colangitis: conocida como colangitis aguda supurativa ascendente, es una complicación de la colelitiasis definida como la inflamación de la vía biliar por una infección, donde el germen aislado más frecuente es *Escherichia coli*, se caracteriza por la triada de Charcot (dolor, fiebre e ictericia) que puede desarrollarse a la pentada de Reynolds (triada de Charcot, shock séptico, trastorno de la conciencia) (20).

En Perú la incidencia de colelitiasis es de aproximadamente el 10%, se tiene entre las complicaciones la colangitis (30%) y pancreatitis (11%), se estima que el 14% de pacientes es portadora asintomática de cálculos en la vesícula, siendo más frecuente en mujeres (20).

Por la clínica que presenta la paciente podemos decir que presenta cólico biliar logrando confirmarse el diagnóstico de colecistitis aguda a través de una ecografía que muestra múltiples cálculos en vesícula biliar (20).

Existen consideraciones para la indicación de colecistectomía laparoscópica en personas con colelitiasis y estas son (20):

- Sospecha de malignidad: en caso de litiasis asociada a pólipos mayores a 1cm o en vesicular biliar calcificada (porcelana).
- Cálculos de un diámetro mayor o igual a 3cm
- Colelitiasis asintomática asociada a coledocolitiasis
- Pacientes trasplantados
- Condiciones hemolíticas crónicas

Como primera línea de tratamiento en esta paciente se sugeriría AINES (ketorolaco) y como segunda línea antiespasmódicos. Otro punto para considerar es que en pacientes con cólico biliar recurrente se sugiere hacer una colecistectomía laparoscópica.

Para tener sospecha diagnóstica de colecistitis aguda se debe de tener un criterio A más un criterio B de los criterios de Tokio 2018, y para considerarlo como diagnóstico definitivo se debe tener hallazgo en imágenes aparte de criterios A y B (Anexo 9)(20).

1. Signos locales de inflamación
 - Signo de Murphy (dolor que impide la inspiración profunda)
 - Masa, dolor, sensibilidad en cuadrante superior derecho
2. Signos sistémicos de inflamación
 - Fiebre
 - PCR elevada
 - Leucocitos elevados
3. Hallazgo de imágenes

El manejo de colecistitis aguda inicia con medidas de soporte general y antibioticoterapia, se debe de establecer los grados de severidad según criterio de Tokio 2018 (20).

- ✓ GRADO III (SEVERO) al menos 1:
 - Disfunción cardiovascular: hipotensión en tratamiento con dopamina a dosis mayor o igual a 5ug/kg/min o cualquier dosis de norepinefrina.
 - Disfunción neurológica: alteración de la conciencia.
 - Disfunción respiratoria: $PaO_2/FiO_2 < 300$
 - Disfunción renal: oliguria, creatinina > 2
 - Disfunción hepática: INR > 1.5
 - Disfunción hematológica: plaquetas < 100000
- ✓ GRADO II (MODERADO) al menos 1:
 - Glóbulos blancos > 18000
 - Masa dolorosa palpable en el cuadrante superior derecho
 - Duración de los síntomas > 72 horas
 - Marcada inflamación local (gangrena, enfisema, absceso pericolecístico o hepático, peritonitis biliar)
- ✓ GRADO I (LEVE) todo aquel que no reúne criterio del grado II o III.

Se recomienda realizar una colecistectomía laparoscópica dentro de los 7 días posteriores al inicio de los síntomas para esta paciente.

b) CASO 2 Cirugía General Discusión

Dentro de las patologías anorrectales se encuentran un grupo de enfermedades caracterizadas por sus síntomas altamente molestos para los pacientes, entre las patologías que encontramos están (21):

- Fisura anal
- Hemorroides
- Absceso perianal
- Fistula anorrectal

El paciente presenta una clínica caracterizada por dolor a la defecación de una intensidad 8/10, con presencia de sangre al momento de limpiarse. Aparte de tener antecedente de estreñimiento. Con esta información podemos decir que el paciente podría tener una fisura anal (22).

Las fisuras anales son lesiones de continuidad en región perianal, es de las enfermedades anorrectales benignas más frecuentes; están asociadas a estreñimiento crónico, con una localización en línea media posterior en un 80%, anterior en un 10% y ambas en menos del 1% (22).

La presencia de una fisura anal produce gran dolor en el paciente este produce a su vez hipertonía del esfínter anal interno, el cual, a su vez, produce una isquemia que impide la cicatrización de la herida, lo que produce más dolor, formando así un círculo vicioso (22).

Clínicamente los pacientes presentan un dolor anal intenso a la defecación que a menudo está presente en reposo, a menudo dura horas después del acto y aunque el dolor es el síntoma cardinal de una fisura también pueden asociarse a sangrado anal (hematoquecia) (21,22).

Pueden confundirse con enfermedad hemorroidal debido a que ambos diagnósticos son comunes y tienen signos y síntomas parecidos, a menudo las fisuras tienen mayor dolor que las hemorroides, siendo estas últimas, más

relacionadas a sangrado muchos más si son internas, ya que las externas se relacionan más con dolor (22).

Podemos clasificar las fisuras anales como agudas aquellas que tienen una duración de los síntomas menos de 8 semanas, y crónicas aquellas que duran más de ocho semanas (22).

Al examen físico inicialmente se debe de evitar hacer maniobras invasivas que podrían exacerbar el malestar anal del paciente, la posición de elección para evaluar la lesión es la de navaja prono, donde se separa los glúteos para observar la línea media posterior (22).

Generalmente la fisura se extiende como un desgarramiento longitudinal desde el anodermo hasta la línea dentada. Una fisura aguda es muy parecida a un corte de papel por ser una laceración superficial reciente; una fisura crónica tiene bordes elevados que exponen las fibras blancas orientadas horizontalmente de las fibras musculares del esfínter anal interno en la base de la fisura. Estas fisuras crónicas suelen estar acompañadas de una papila anal hipertrófica y una pila centinela (22).

Debido a la incomodidad casi nunca se realiza un examen anal digital completo o anoscópico en la visita inicial, se prefiere reservarse esos exámenes cuando hayan pasado los síntomas y mejorado con el tratamiento (21).

El diagnóstico de fisura anal es a través del historial clínico donde la característica es dolor a la defecación que dura horas después, que puede o no tener sangrado anal asociado (22).

El manejo de fisura anal se inicia con tratamiento médico a través de nifedipina tópica al 0.2 o 0.3% o nitroglicerina tópica en la misma concentración 1 vez cada 6 u 8 horas, este preparado puede asociarse a un analgésico como lidocaína tópica al 2%; adicionar un ablandador de heces como plántago ovata, baños de asiento cada 12 horas o después de la defecación para aumentar la circulación en el ano y mejorar los síntomas y una dieta rica en fibra, esta terapia se puede usar por 1 mes, si persisten los síntomas se repite

por otro mes, de continuar los síntomas se sugiere hacer una endoscopia y derivar al especialista para un manejo específico (Anexo 10)(23).

De no tener enfermedades que condicionen la formación de fisuras, se puede usar fármacos de segunda línea como dilatasen tópico o nifedipina oral para pacientes que no desean una medida quirúrgica (23).

La mayoría de las fisuras anales agudas como crónicas primarias responde bien al tratamiento médico, mientras que las fisuras crónicas con mayor frecuencia requieren de una intervención quirúrgica como la esfinterotomía lateral externa indicada en pacientes que no tienen riesgo de incontinencia, también existe la posibilidad de usar toxina botulínica si el paciente tuviera riesgo de incontinencia (23).

CAPITULO IV. REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA

Las principales diferencias de un internado prepandemia en un hospital y una pandémica era el número de horas dedicadas al ejercicio médico, independientemente de la complejidad de los casos, el número de pacientes evaluados por internos se redujo al retornar al internado y los procedimientos médico-quirúrgicos fueron suspendidos, salvo que sea una situación que requiere una intervención de emergencia.

Las disposiciones dadas por el Decreto de Urgencia N°090-2020 para evitar y controlar el contagio en el personal médico, tenían el ámbito de aplicación y cumplimiento en todos los establecimientos del Ministerio de Salud, dando como reglas la provisión de equipos de protección personal (EPP), la cual fue cumplida en establecimientos de salud de primer nivel con rigurosidad, haciendo entrega diaria de EPP, algo que en hospitales no se cumplía de forma estricta y muchas veces el EPP tenía que ser provista por el propio alumno; además de realizarse pruebas de detección rápida al inicio y luego molecular de COVID-19 mensualmente dando al interno una sensación de seguridad.

En el desarrollo de las actividades durante la pandemia, se le daba al interno un régimen de 15 días de asistencia continua al centro de salud en áreas no COVID, seguidas de 15 de descanso, alternando grupos de internos cada mes; esto permitía al estudiante reforzar la parte teórica brindada por la universidad incluso las dadas por el establecimiento de salud, aparte de potenciar su preparación para el examen nacional de medicina; algo que resultaba muy difícil en el periodo prepandemia, por el trabajo extenuante

debido a las largas jornadas de trabajo por encima de las establecidas formalmente.

Durante la rotación hospitalaria, si bien existía mayor cantidad de referentes médicos para poder guiarse, se percibía de forma subjetiva que los tutores asignados no estaban preocupados por seguir el progreso de los internos; algo muy diferente se podía percibir en la rotación en el centro de salud donde al ser menor la cantidad de internos, los doctores responsables estaban siempre pendientes del desarrollo del estudiante, no solo en la parte teórica, las cuales eran reforzadas a través de discusiones de casos diariamente, sino en la parte práctica ya que cada caso visto por el interno era supervisado. Desde la forma de realizar la anamnesis hasta la manera de hacer el examen físico, incluso en las decisiones a realizarse en el paciente fueron dadas por el interno inicialmente, para ser reafirmadas o modificadas por el médico titular, sin pretender que el destino del paciente quede únicamente en manos del interno; muy por el contrario, siendo el interno un participante más en la decisión médica.

A pesar de las limitaciones existentes en la parte empírica de hacer internado en un centro de primer nivel de atención, se logró obtener las capacidades y actitudes para abordar a los pacientes propios de la jurisdicción de la posta, ya que es en este nivel donde se tratan las patologías más frecuentes, las que requieren de un médico de comunidad y familia.

Esta rotación funge como introductorio del ejercicio médico que se realizará en el SERUMS, tanto en el ámbito administrativo como en el ámbito asistencial.

CONCLUSIONES

1. Los estudiantes muestran grandes expectativas con respecto al internado, las cuales pueden ser superadas ampliamente si el establecimiento logra identificarlos desde el primer encuentro con la realidad médica.
2. El hospital sigue siendo el espacio ideal en la formación, donde se encontrará las condiciones de llevar un seguimiento completo a los pacientes, con un mejor nivel y capacidad de resolución de problemas de salud de la población. Del mismo modo el hospital marca claramente en el estudiante las jerarquías del ambiente médico, donde el interno se encuentra en el primer escalón de la jerarquía, y luego en forma ascendente los residentes, médicos asistentes y finalmente autoridades de la institución. Todo esto se traduce en una atmosfera de sometimiento del interno a las órdenes del personal médico. Generando en el interno una sensación de tensión adicional por el temor a ser castigado o reprendido, perjudicando su desempeño, lo que le obliga a realizar tareas no relacionadas al ejercicio médico, colocándoles así una limitación a su libertad de expresar ideas o conservar su estatus académico.
3. Se encuentran temores respecto a la capacidad como persona en un interno al no poder cumplir las expectativas que se espera de ellos, pero estos se ven superados por el deseo y necesidad de ser aceptados en el establecimiento, de ser considerados como médicos y de actuar asertivamente a las exigencias de los médicos superiores.
4. El internado durante la pandemia de COVID-19 ha dado a los internos una oportunidad única en generaciones, al darle al estudiante una

visión acerca de funcionamiento y respuesta del sistema de salud en etapa de crisis.

5. El paciente en el hospital tiende a sentir una sensación de vulnerabilidad, percibiendo una disposición de la institución, sujeto a las decisiones de los demás. Por esta razón los internos se encuentran sujetos a ellos considerándolos de su responsabilidad.
6. La capacidad resolutoria de establecimientos de primer nivel tiene deficiencias en el seguimiento y control de los pacientes, produciendo un incremento de complicaciones prevenibles en los pacientes.
7. Las cargas administrativas resultan en la mayoría de las veces obstruccionistas para el correcto desenvolvimiento del ejercicio médico, dando como resultado fatiga e insatisfacción por parte del personal médico y por ende descuidando el trato con el paciente.
8. Durante el internado la investigación nunca formó parte de la formación, al menos no de forma rigurosa, siendo esta solo una acción voluntaria. Es verdad que en pandemia se limitó de cierta manera la forma de recolectar información, sin embargo, abrió una nueva línea de investigación, la cual no está siendo aprovechada para formar a los internos en el desarrollo de artículos científicos.
9. El internado médico, aun siendo técnicamente parte de todos los planes de estudio en la carrera de medicina, es una etapa que contiene muchos dilemas no solo éticos sino personales, viendo el sacrificio personal como un precio, lo que supone una de las actitudes que se espera del estudiante por parte de los profesionales; el dejar de lado comodidades y diversos compromisos sociales por dedicar atención a las necesidades de los pacientes.
10. Es indiscutible que los internos, a pesar de todas las dificultades en cuanto a las condiciones de trabajo como sociales, mantienen una esperanza en el internado, como una etapa que tiene que ser superada de manera óptima para poder llegar a ser buenos profesionales de la salud.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer la capacidad resolutive de establecimientos de primer nivel para poder realizar un mejor seguimiento y control de los pacientes, impidiendo el desarrollo de complicaciones que podrían aparecer por falta de prevención.
2. Reconocer al interno como un miembro fundamental en el desarrollo de las funciones de las instituciones de salud, otorgándoles una compensación monetaria, un número determinado de horas de trabajo y brindarle un trato de tutelaje, disminuyendo el trato como becario.
3. Incentivar durante el internado la función de investigación del médico, pasando de ser solo una acción voluntaria a un requisito para las rotaciones, pudiendo definir problemas específicos de investigación sobre diversos temas de corte cualitativo o epidemiológico.
4. Se recomienda fortalecer la coordinación entre el hospital o centro de salud con la universidad, estableciéndola como una dinámica permanente y obligatoria, lo que permitirá un mejor acompañamiento al proceso del internado y la atención oportuna de los eventuales requerimientos, lo que aportará a una mejor calidad de la formación médica.
5. En el caso del internado en centro de salud de primer nivel, se debe reforzar la formación del estudiante en el desarrollo de habilidades clínicas, teniendo la necesidad obligatoria de hacer rotaciones hospitalarias para completar el aprendizaje sobre el manejo de determinadas enfermedades.
6. En el caso del internado en hospitales, es necesario fortalecer e incentivar los valores, conductas éticas y actitudes humanísticas, así

como el enseñar el significado de responsabilidad profesional y social propias del ejercicio en medicina.

7. En situaciones de pandemia se hace categóricamente importante la capacidad del estudiante de tener un autoaprendizaje autónomo para compensar las deficiencias académicas producto de la crisis sanitaria.

FUENTES DE INFORMACION

1. Presidencia del consejo de ministros. NORMAS LEGALES PODER EJECUTIVO PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS Edición Extraordinaria Miercoles 18 de marzo de 2020 [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 10]. Available from: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/568925/DS_046-2020-PCM.pdf
2. Presidencia del Consejo de Ministros. El Peruano - Decreto de Urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID -19 - DECRETO DE URGENCIA - N° 090-2020 - PODER EJECUTIVO - DECRETOS D [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 10]. Available from: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3/>
3. Ministerio de Salud. Covid 19 en el Perú Sala Situacional - Ministerio del Salud [Internet]. MINSA. 2021 [cited 2021 Apr 16]. Available from: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
4. Superintendencia Nacional de Salud. Registro Nacional de IPRES [Internet]. SUSALUD. 2021 [cited 2021 Apr 11]. Available from: <http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/listadoEstablecimientosRegistrados.htm?action=mostrarBusca#no-back-button>
5. Tapia R, Nuñez R. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano [Internet]. Scielo. 2017

- [cited 2021 Apr 16]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412007000400005&script=sci_arttext&tlng=en
6. Mian A, Khan S. Medical education during pandemics: A UK perspective. Vol. 18, BMC Medicine. BioMed Central Ltd.; 2020.
 7. Herrera-Añazco P, Toro-Huamanchumo CJ. Educación médica durante la pandemia del COVID -19: iniciativas mundiales para el pregrado, internado y el residentado médico COVID -19: iniciativas mundiales para el pregrado, internado y el residentado médico. ACTA MEDICA Peru [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2021 Apr 16];37(2):169–75. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02888-8>
 8. Ministerio de Salud. DOCUMENTO TECNICO: “LINEAMIENTOS PARA EL INCIO O LA REANUDACION PROGRESIVA DE ACTIVIDADES DE LOS INTERNAOS DE CIENCIAS DE LA SALUD EN EL MARCO DEL DECRETO DE URGENCIA N° 090-2020” [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 10]. Available from: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/DOCUMENTO_TECNICO.pdf
 9. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB SB. Nelson Tratado de Pediatría. Igarss 2020. 2020.
 10. Instituto De Evaluación De Tecnologías En Salud E Investigación. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE REHIDRATACION Y FLUIDOTERAPIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. Inst Evaluación Tecnol En Salud E Investig [Internet]. 2017; Available from: <http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC-Fluidoterapia-Version-Corta.pdf>
 11. Ministerio de Salud. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUMONÍA EN LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 14]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4931.pdf>
 12. Jimenes L, Javier M, Gonzalo L, Sánchez M. Urgencias Y Emergencias Medicas. 2018.
 13. Hospital Cayetano Heredia. Guia de practica clinica de Infeccion de tracto urinario Hospital Cayetano Heredia [Internet]. 2016. Available

from:

http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2015/rd_104_2015.pdf

14. Instituto De Evaluación De Tecnologías En Salud E Investigación. Guía De Práctica Clínica Tracto Urinario No Complicada. Inst Evaluación Tecnol En Salud E Investig Seguro [Internet]. 2019; Available from: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/tecnologias_sanitarias/GPC_ITU_Vers_Extensa.pdf
15. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetrics: 23rd Edition: 23rd Edition. Vol. 6, New York. p. 2009.
16. Ministerio de Salud. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL DE CAPACIDAD RESOLUTIVA. 2021-04-09; 2007.
17. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guia de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología [Internet]. Vol. 53, Instituto Nacional Materno Perinatal. 2018. 536 p. Available from: [https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias de Practica Clinica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatologia del 2018.pdf](https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias_de_Practica_Clinica_y_de_procedimientos_en_Obstetricia_y_Perinatologia_del_2018.pdf)
18. Ottesen M. ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA TRATAMIENTO. Ugeskr Laeger. 2016;158(6):751–5.
19. Ortiz Martínez C, Rivera S, Daniela F, Céspedes M. Actualización sobre enfermedad pélvica inflamatoria. Rev Clínica la Esc Med UCR-HSDJ [Internet]. 2020;10(3):19–25. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2020/ucr203c.pdf>
20. Instituto De Evaluación De Tecnologías En Salud E Investigación. Guía De Práctica Clínica Para El Diagnóstico Y Manejo De La Colelitiasis, Colecistitis Aguda Y Coledocolitiasis. Inst Evaluación Tecnol en Salud e Investig [Internet]. 2018;11:1–65. Available from: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Colelitiasis_Version_Extensa.pdf
21. Arroyo A, Montes E, Calderón T, Blesa I, Elía M, Salgado G, et al. Tratamiento de la fisura anal: algoritmo de actuación. Documento de consenso de la Asociación Española de Coloproctología y la Sección de

Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía Española. 2018;96(5).

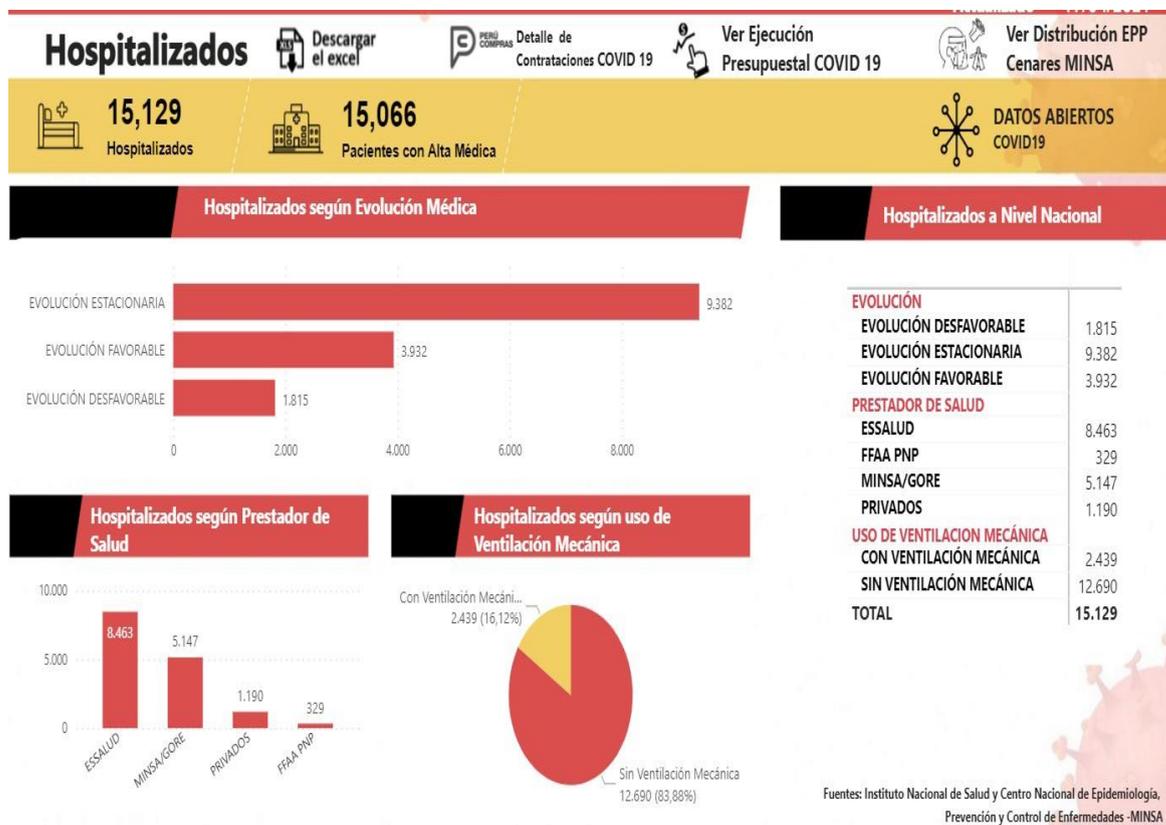
22. Stewart DB. Fisura anal: manifestaciones clínicas , diagnóstico , prevención. Uptodate [Internet]. 2021;1–13. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-clinical-manifestations-diagnosis-prevention?search=Fisura anal&source=search_result&selectedTitle=2~91&usage_type=default&display_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-clinical-manifestations-diagnosis-prevention?search=Fisura%20anal&source=search_result&selectedTitle=2~91&usage_type=default&display_rank=2)
23. Bleday R. Fisura anal: manejo médico. Uptodate [Internet]. 2021; Available from: [https://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-medical-management?search=Fisura anal&source=search_result&selectedTitle=1~91&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-medical-management?search=Fisura%20anal&source=search_result&selectedTitle=1~91&usage_type=default&display_rank=1)

ANEXOS

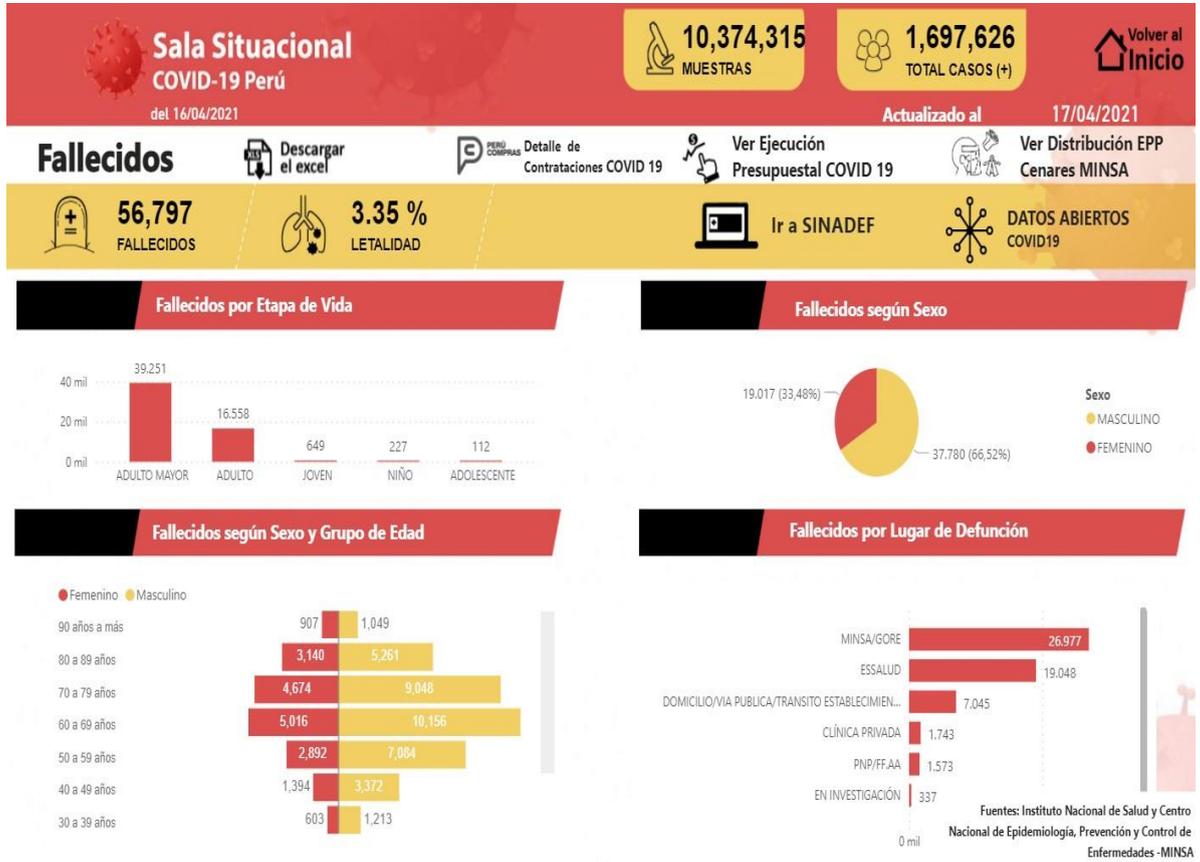
1. Sala situacional COVID-19 PERU 17/04/2021



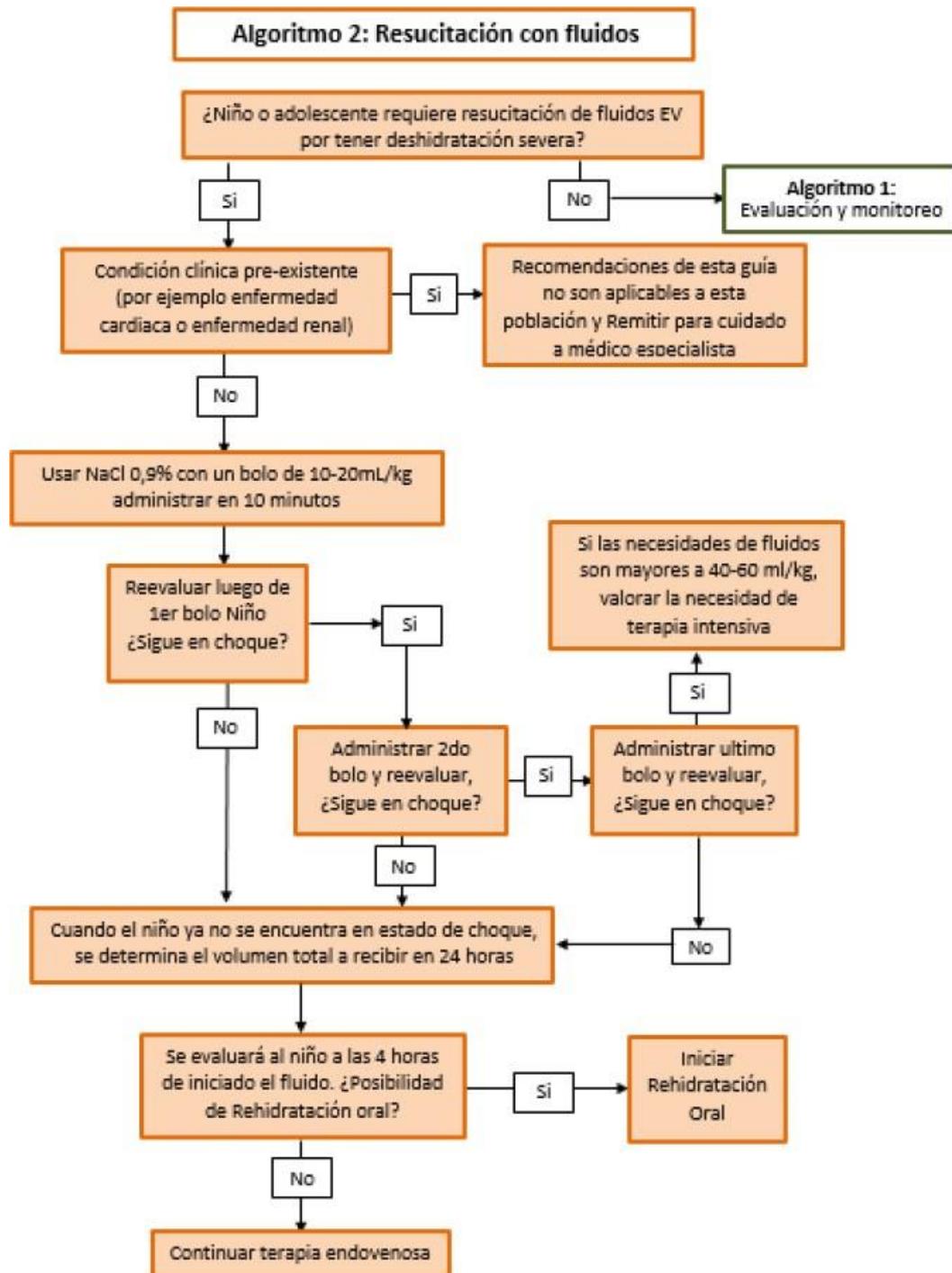
2. Sala situacional – Hospitalizaciones 17/04/2021



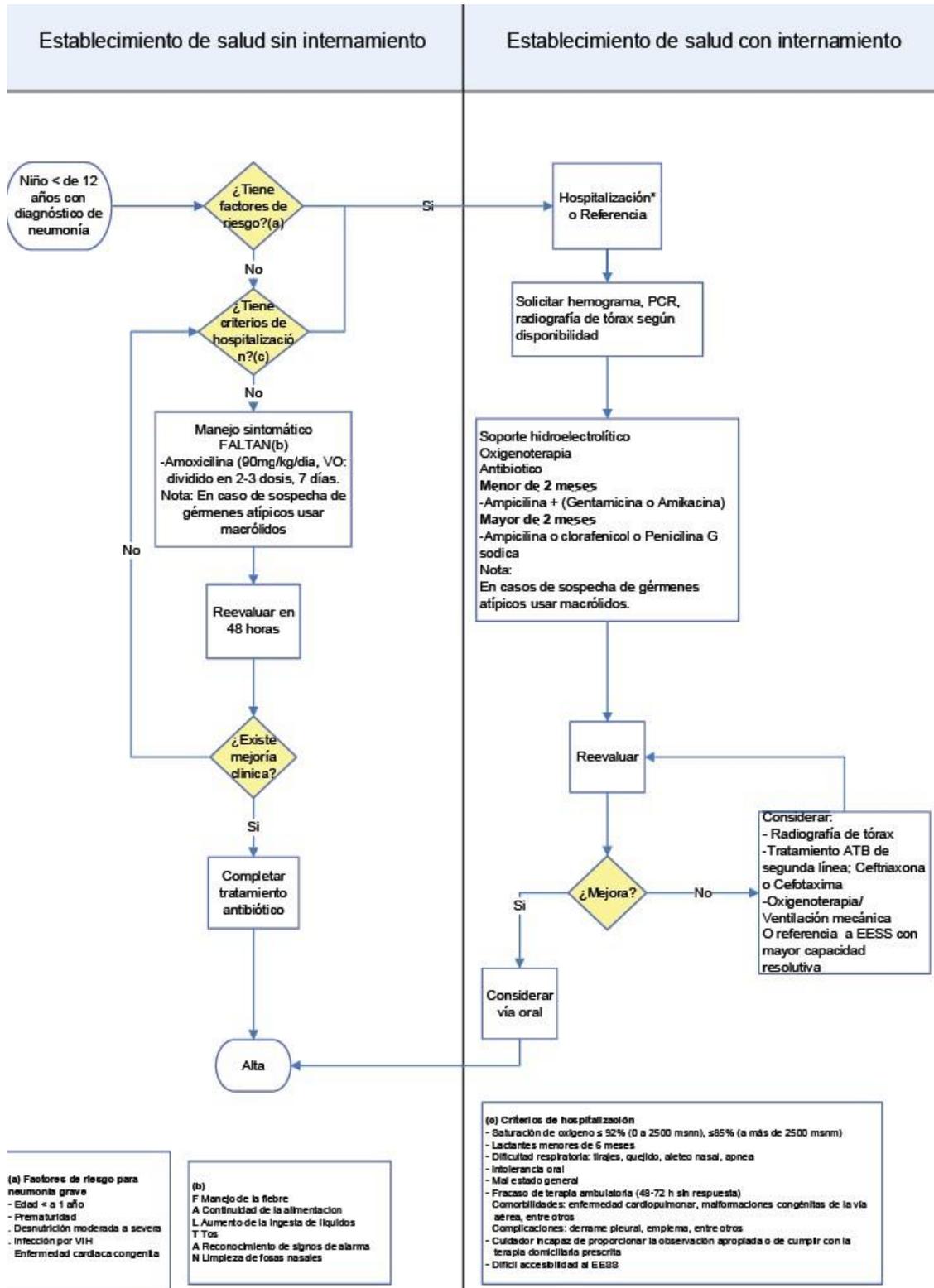
3. Sala Situacional – Fallecidos 17/04/2021



4. Algoritmo de resucitación con fluidos

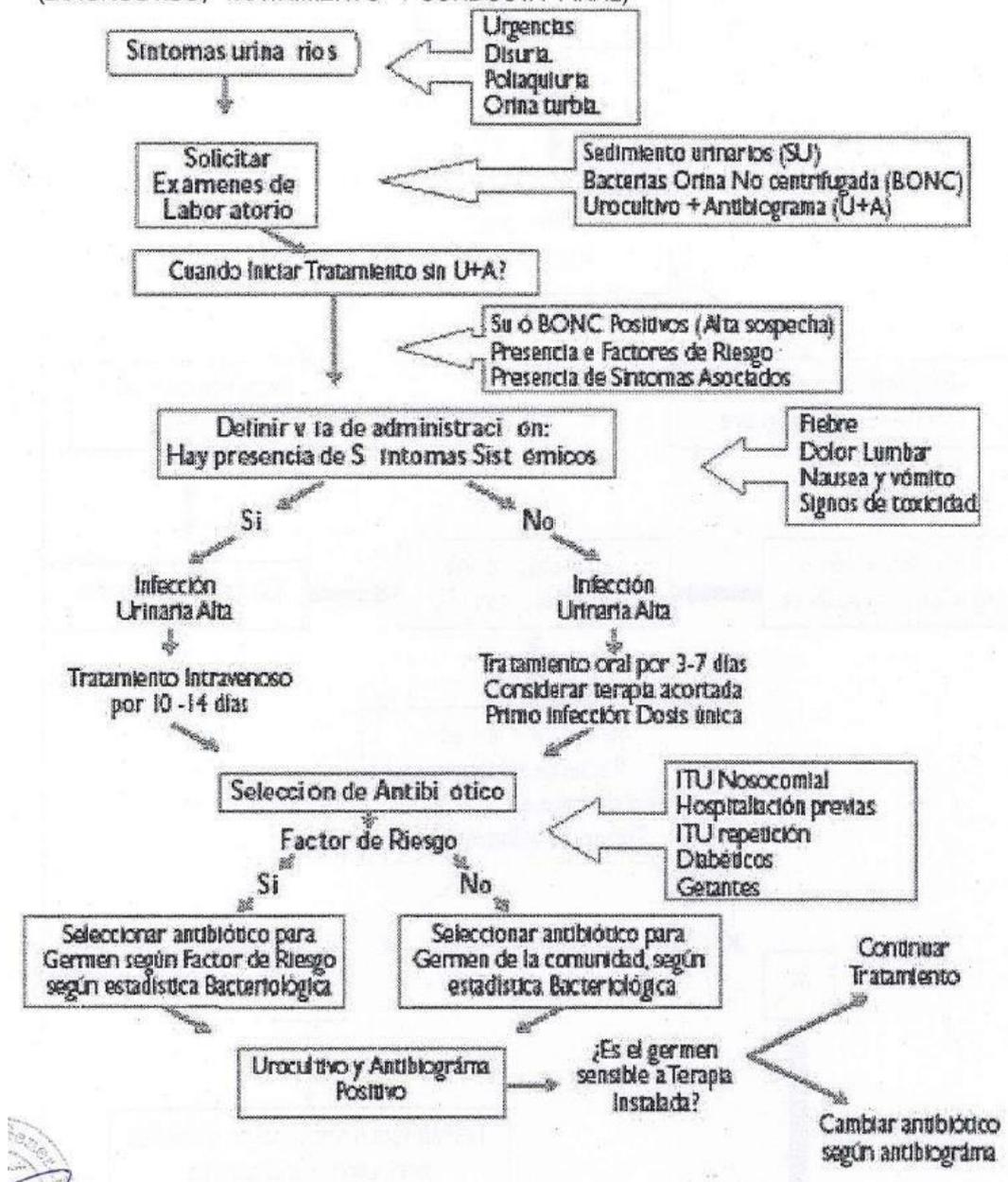


5. Flujograma manejo de neumonía en niños menores de 12 años



6. Flujoograma en paciente sospechoso de infección urinaria

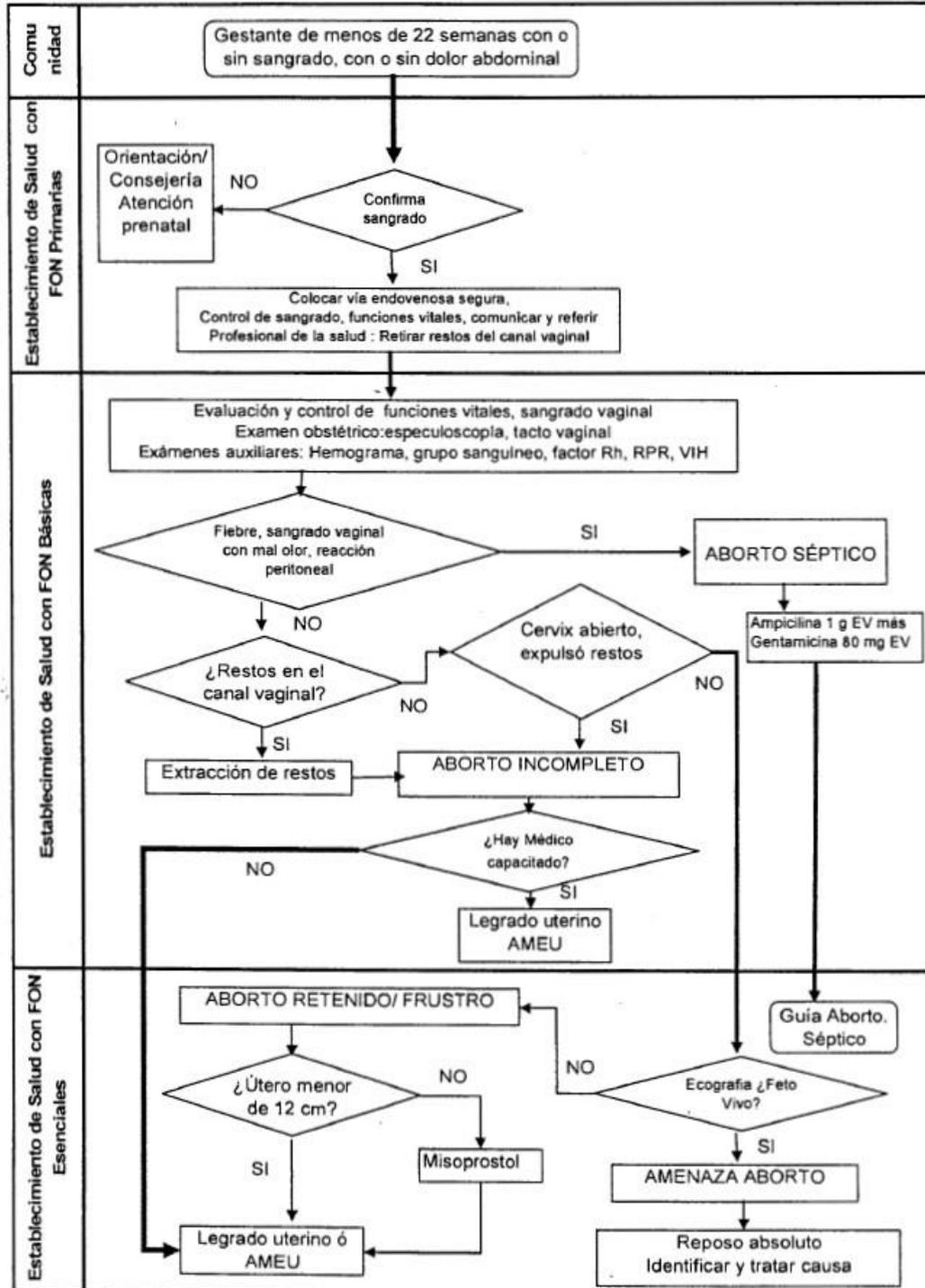
FLUJOGRAMAS 1 y 2: PACIENTE SOSPECHOSO DE INFECCIÓN URINARIA (DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y CONDUCTA FINAL)



7. Flujoograma de aborto

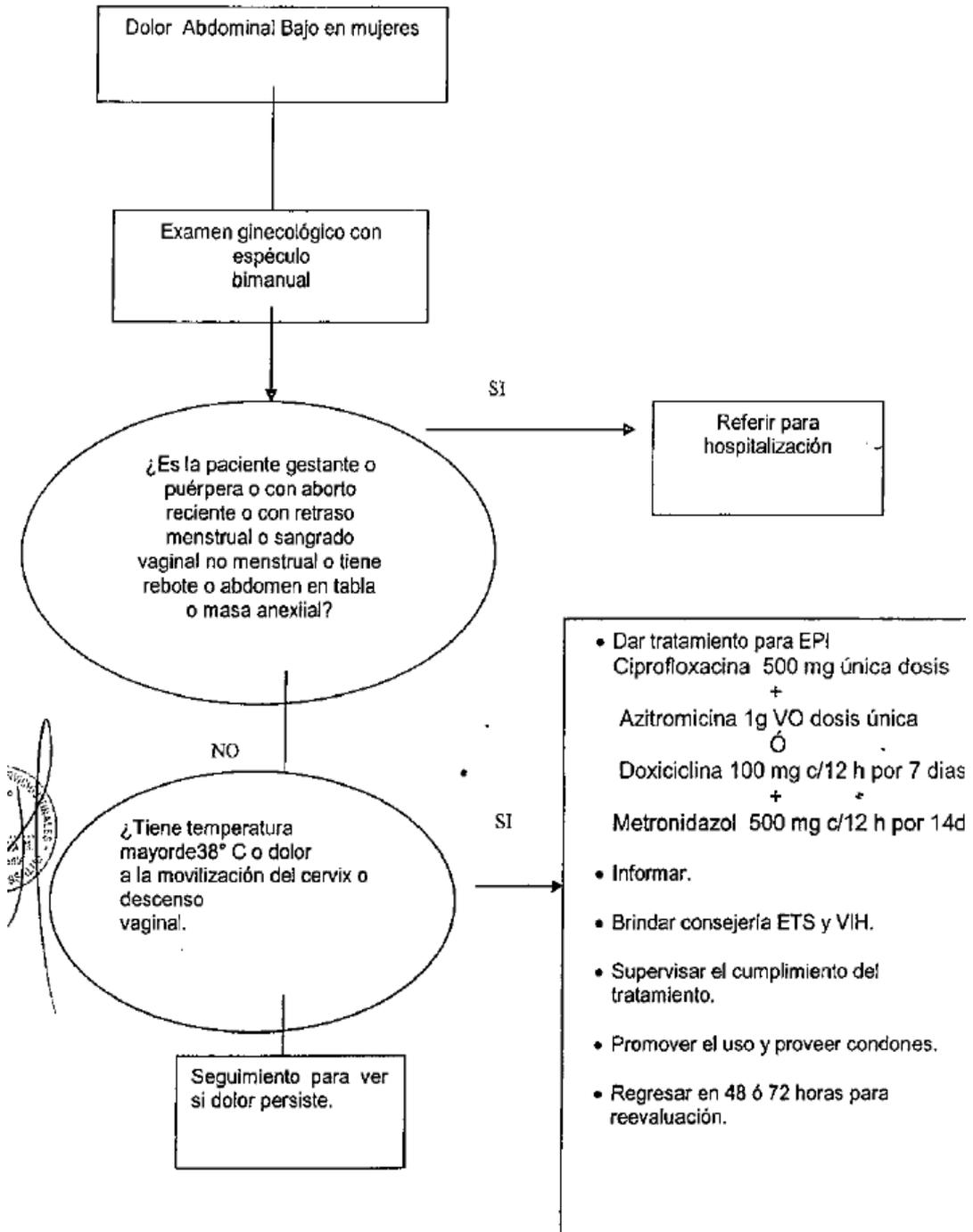
X. FLUXOGRAMA

ABORTO



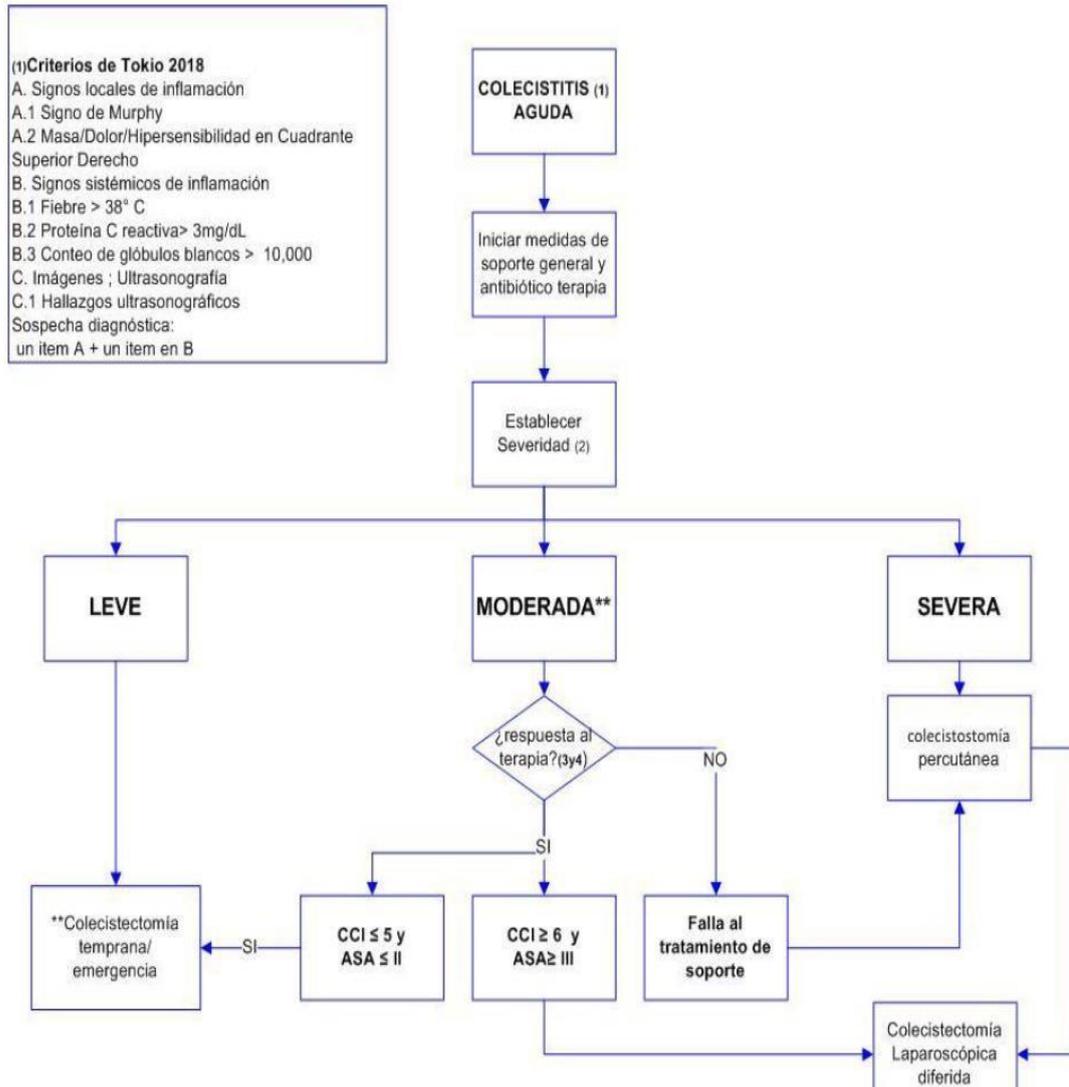
8. Flujograma de síndrome doloroso abdominal bajo

FLUXOGRAMA DE MANEJO DE SINDROME DOLOROSO ABDOMINAL BAJO



9. Flujograma de manejo de colecistitis aguda

Manejo de colecistitis aguda



10. Flujograma de manejo de fisura anal sintomática

Manejo de la fisura anal sintomática

