



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL DE
HUAYCÁN 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

GIANCARLO RAFAEL MARCHINARES BUSTAMANTE

ASESOR

JOSE ENRIQUE VILLARREAL PALOMINO

LIMA - PERÚ

2023



**Reconocimiento
CC BY**

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
DE HUAYCÁN 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
GIANCARLO RAFAEL MARCHINARES BUSTAMANTE**

**ASESOR
DR. JOSE ENRIQUE VILLARREAL PALOMINO**

LIMA - PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dra. KARIM ELIZABETH UGARTE REJAVINSKY

Miembro: Dr. CARLOS ALBERTO MORALES PAITAN

Miembro: Dra. GRACIELA EMILIA PILARES BARCO

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mi familia, por todo el apoyo brindado durante esta importante etapa que es el inicio de mi carrera como profesional.

ÍNDICE

JURADO	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	¡Error! Marcador no definido.
ÍNDICE	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN	¡Error! Marcador no definido.
ABSTRACT	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCIÓN	¡Error! Marcador no definido.i
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	10
I.1 ROTACIÓN DE CIRUGÍA	11
I.2 ROTACIÓN DE PEDIATRIA	13
I.3 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	15
I.4 ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA	16
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	18
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	19
III.1 ROTACIÓN DE CIRUGÍA	19
III.2 ROTACIÓN DE PEDIATRIA	21
III.3 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	22
III.4 ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA	23
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	25
CONCLUSIONES	26
RECOMENDACIONES	27
FUENTES DE INFORMACION	28

RESUMEN

El internado de medicina corresponde al último año de la carrera de medicina humana, se trata de la oportunidad de poner en práctica el conocimiento obtenido durante los años de pregrado anteriores en un ambiente hospitalario.

En el presente trabajo se exponen las experiencias obtenidas durante el internado médico periodo 2022-2023 en el Hospital de Huaycán, establecimiento de salud de categoría II-1, ubicado en el distrito de Ate, provincia de Lima. Se presentan casos clínicos representativos de los servicios médicos en los cuales se realizaron las respectivas rotaciones, siendo estos, el servicio de cirugía, pediatría, medicina interna y gineco-obstetricia.

El autor llega a la conclusión que el internado médico constituye una base importante en la formación del futuro médico cirujano brindándole la experiencia que necesitará para realizar sus futuras labores como profesional.

ABSTRACT

The medical internship corresponds to the last year of the human medicine degree, it's the opportunity to put into practice the knowledge obtained during the previous undergraduate years in a hospital environment.

This document presents the experiences obtained during the medical internship period 2022-2023 at the Huaycan Hospital with a category II-1 health facility located in the district of Ate, province of Lima. The most representative clinical cases are exposed from the different medical services and the respective rotations, being these the service of surgery, pediatrics, internal medicine and gynecology-obstetrics.

The author concludes that the medical internship constitutes an important base in the training of the future surgeon, providing him with the experience he will need to carry out his future tasks as a professional.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN 2022-20
23**

AUTOR

**GIANCARLO RAFAEL MARCHINARES BU
STAMANTE**

RECuento DE PALABRAS

5850 Words

RECuento DE CARACTERES

33145 Characters

RECuento DE PÁGINAS

29 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

75.6KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 28, 2023 1:10 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

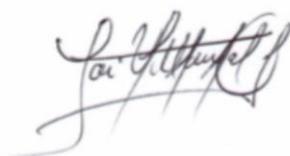
Mar 28, 2023 1:10 AM GMT-5**● 11% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base c

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossr

● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



Dr. José Enrique Villarreal Palomino
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3928-9350>

INTRODUCCIÓN

El internado médico comprende el último año de la carrera de medicina humana que en el Perú tiene una duración de 7 años, es la oportunidad de poner en práctica los conocimientos previamente adquiridos.

Esta etapa en el estudiante de medicina es de vital importancia en la formación del futuro médico cirujano, porque permite acercar al interno al ámbito en el cual se va a desenvolver en el futuro; el internado médico se desarrolla en ambientes hospitalarios que son el espacio en donde se desarrollará profesionalmente el próximo médico cirujano, esto permitirá al estudiante de medicina conocer la idiosincrasia de su futuro ambiente laboral.

La labor del interno de medicina comprende en llevar a cabo la elaboración de la historia clínica del paciente que ingresa al establecimiento de salud, reconocer el motivo de consulta, ayudar a la tramitación y seguimiento de las pruebas de ayuda diagnóstica y realizar la evolución clínica del paciente durante su estancia en el establecimiento de salud. Estas tareas se realizan bajo la estricta supervisión de médicos cirujanos(1).

El internado médico se encuentra dividido en 4 rotaciones por las especialidades esenciales en un centro de salud estas son medicina interna, pediatría, cirugía y gineco-obstetricia. Cada uno de estos servicios está dividido en diferentes estancias hospitalarias como el área de emergencia, los consultorios y el área de hospitalización de cada uno de los servicios. El interno de medicina divide sus turnos en cada una de estas áreas de manera proporcionada para así poder aprovechar los conocimientos que pueda adquirir desarrollando las diferentes labores en cada una de estas áreas(2).

El autor desarrollo su internado medico en el hospital de Huaycán que se encuentra ubicado en la Comunidad Urbana Autogestionada de Huaycán, distrito de Ate, en la provincia de Lima, departamento de Lima.

El internado medico 2022 dio inicio en día 01 del mes de junio, de acuerdo a la Directiva administrativa N° 331 del Ministerio de Salud (MINSa) que aprobó el Documento técnico “Directiva administrativa para el desarrollo de actividades del internado de ciencias de la salud”(3). La directiva estableció

las disposiciones que regularían el desarrollo de las actividades del internado en las ciencias de la salud en los establecimientos de salud, estableciendo los requisitos y procedimientos para su desarrollo.

El presente trabajo tiene como finalidad dar a conocer las experiencias vividas durante el internado médico en el periodo 2022-2023 realizado en el hospital de Huaycán centro de salud categorizado por su nivel de complejidad como categoría II-1.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La carrera de medicina humana en el Perú tiene una duración de 7 años de estudios pre- profesionales divididos en 14 ciclos. El objetivo del futuro médico cirujano consiste en la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las diferentes enfermedades, que aquejan al paciente.

Académicamente, el estudio de la carrera de medicina humana se divide en tres grupos principales: ciencias básicas, ciencias clínicas y especialidades médicas. El primer grupo brinda los conceptos fundamentales para el desarrollo adecuado de la profesión médica, e incluye cursos vitales como salud pública, donde se aprende el concepto del cuidado y la promoción de la salud, fisiología y fisiopatología, que permiten entender el funcionamiento normal del cuerpo humano y cómo se producen las enfermedades, y farmacología, que estudia las interacciones de los fármacos con el cuerpo humano. El segundo grupo de ciencias clínicas incluye cursos en los cuales se integra el conocimiento previamente aprendido, como medicina, diagnóstico por imágenes, laboratorio clínico y terapéutica, y sirven como base para las especialidades médicas, que brindan al estudiante de medicina el conocimiento para la prevención, tratamiento oportuno y rehabilitación de las enfermedades. (4).

El internado médico corresponde al último año de la carrera de medicina humana y se divide en 4 unidades: Cirugía, Medicina Interna, Gineco-Obstetricia y Pediatría. Cada una de estas unidades corresponde a las 4 especialidades en las que el interno de Medicina tendrá que cumplir sus rotaciones correspondientes, poniendo en práctica los conocimientos teóricos previamente aprendidos. Cada una de estas 4 unidades de especialidad médica se divide en ambientes hospitalarios, que incluyen un área de emergencia, hospitalización y consultorios externos.

A continuación, se presentarán 8 casos clínicos representativos de cada una de las rotaciones que formaron parte de la experiencia durante mi internado médico en el Hospital de Huaycán.

I.1. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

La rotación por el servicio de cirugía se realizó en los ambientes hospitalarios de tóxico de emergencia, hospitalización y consultorios externos

Caso clínico N° 1

Paciente de sexo femenino de 18 años que es recibida por la emergencia de medicina interna con un tiempo de enfermedad de 10 horas caracterizado por dolor abdominal de aparición aguda, tipo cólico, localizado en el epigastrio que se asocia a náuseas y vómitos, y posteriormente, migra hacia la fosa iliaca derecha irradiándose a la región lumbar.

La paciente es evaluada por cirugía después de 12 horas del inicio de los síntomas.

A la exploración física, la paciente se encuentra afebril, con vía periférica por donde se le está administrando cloruro de sodio 0.9%; en la exploración abdominal, se encuentran los ruidos hidroaéreos conservados, el abdomen blando depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, signo de Mc Burney positivo, signo de Rovsing positivo y signo de Blumberg positivo.

En los exámenes de laboratorio impresiona una leucocitosis de 12,100 μ L, prueba de proteína C reactiva (PCR) cuantitativo positivo.

El médico cirujano de emergencia plantea el diagnóstico de posible apendicitis aguda.

Plan de trabajo:

- Exámenes prequirúrgicos
- Solicitud de sala de operaciones
- Apendicectomía abierta
- Manejo del dolor

Luego de la obtención de todos los exámenes prequirúrgicos y la aprobación de la sala de operaciones, el paciente ingresa a cirugía y se realiza una

apendicectomía abierta. El reporte operatorio informó una apendicitis aguda en fase flemonosa con un apéndice dilatado y exudado fibrinopurulento. Posteriormente, la paciente es derivada al área de hospitalización del servicio de cirugía.

Caso clínico N° 2

Paciente de sexo femenino de 48 años acude al servicio de cirugía programada para una colecistectomía abierta con tiempo de enfermedad de 2 años, diagnosticada previamente con colecistitis crónica calculosa.

En la anamnesis la paciente refiere tiempo de enfermedad hace 2 años curso progresivo, el último episodio de dolor abdominal fue hace 1 mes y se caracterizó por dolor tipo cólico en hipocondrio derecho de intensidad 7/10 irradiado a la región lumbar que no cedía con analgésicos que lo llevo a ser tratada por emergencia; al momento de la evaluación no refiere molestias, niega náuseas, vómitos y sensación de alza térmica. Al examen físico no impresiona ningún signo.

El laboratorio indica una hemoglobina de 10.7mg/dl, hematocrito 30.5 %, plaquetas 345 000 mcL leucocitos 7100 μ l, bilirrubina total 0.38 mg/dl, bilirrubina directa 0.19 mg/dl, bilirrubina indirecta 0.38 mg/dl, urea 48.2 mg/dl, creatinina 0.73mg/dL, glucosa basal 120 mg/dl, fosfatasa alcalina 60 UI, lipasa sérica 15U, PCR cualitativo negativo, TGO 10 U/L, TGP 10 U/L, sedimento urinario: leucocitos 0-4 x campo, hematíes: 0-2 x campo, gérmenes 1+y prueba antígeno Covid-19 negativa.

Informe ecográfico detalla el hígado con ecogenicidad conservada con contornos lisos, no dilatación de vías biliares, sin lesiones difusas o focales. Colédoco con dimensiones de 4.6mm de diámetro, vena porta de 9mm. Vesícula biliar se encuentra distendida con medidas de 61x29mm de paredes engrosadas, edema de pared, múltiples figuras hiperecogénicas con sombra acústica posterior de 18mm, 9mm y otras menores de 5mm. El informe concluye signos ecográficos compatibles con colecistitis crónica calculosa.

El plan de trabajo:

- NPO

- Colocación de vía periférica con cloruro de sodio al 0.9% 1000cc
- Antibioticoterapia profiláctica con cefazolina endovenoso
- Omeprazol endovenoso
- Control de funciones vitales

Paciente fue dada de alta al 3er día post operatorio, con evolución clínica favorable, indicándole manejo analgésico para el dolor y adecuado aseo en la herida operatoria.

I.2. ROTACIÓN DE PEDIATRIA

La rotación por el servicio de pediatría incluyo las áreas de hospitalización, tópico de emergencia, alojamiento conjunto de neonatología y ginecología y consultorios externos.

Caso clínico N° 1

Paciente neonato de 4 días de nacido ingresa por el tópico de emergencia por presentar tinte icterico hasta los muslos, madre refiere que fue dado de alta hace 2 días , recién nacido de parto eutócico de 38 semanas por ecografía, test de Capurro 38 semanas, Apgar al nacimiento al minuto 8/10 y a los 5 minutos 9/10. En la anamnesis madre de neonato refiere que comenzó a presentar un leve tinte icterico a los 3 días de nacido, informada sobre que esto podía ocurrir llevo a la emergencia, recién nacido con lactancia materna exclusiva, madre refiere que produce buena cantidad de leche, lacta adecuadamente, deposiciones conservadas, orina conservada, niega náuseas y vómitos. Al examen físico recaen nacido se encuentra una ictericia en mucosas, escaleras, que inicia en cabeza hasta los muslos, no presencia de cefalohematoma.

Exámenes auxiliares, PCR cualitativa negativa, glucosa 44 mg/dl, bilirrubina total 19.7, bilirrubina indirecta 11.5, bilirrubina directa 0.7mg/dl.

El médico asistente diagnostica al paciente como un recién nacido con ictericia neonatal en rango de fototerapia e indica el tratamiento con fototerapia.

Plan de trabajo:

- Lactancia materna exclusiva supervisada
- Hidratación con dextrosa 8% cloruro de sodio 20% y cloruro de potasio 20%
- Iniciar fototerapia con protección ocular y genital
- Solicitar bilirrubina total y fraccionada en 12 horas para reevaluación y manejo

En la reevaluación 24 horas después la bilirrubina total 14.9, bilirrubina indirecta 10 mg/dl, bilirrubina directa 0.6 mg/dl. Se concluye que la bilirrubina no se encuentra en rangos de fototerapia, al examen físico la ictericia se presenta hasta los muslos y en escaleras, pero no se observa en mucosa oral. después de la reevaluación se concluye el alta del recién nacido.

Caso clínico N° 2

Paciente mujer de 2 años y 1 mes, traído al tópico de emergencia del servicio de pediatría por su madre, refiere que desde hace 2 días presenta náuseas y vómitos de contenido gástrico sin sangre en 3 oportunidades, agregándose diarrea sin moco y sin sangre 5 cámaras en 1 día asociado a sensación de alza térmica, la madre la trata con paracetamol. Hoy madre refiere que su hija se encuentra quejumbrosa y no recibe alimentos ni líquidos. En la emergencia se le realiza tolerancia oral por 30 minutos, pero madre refiere que vomito lo que ha tomado. Las funciones del paciente se encuentran en rangos normales, afebril, paciente quejumbrosa, rehacía a la evaluación, mucosas ligeramente húmedas, ojos hundidos, llanto con lágrimas, palidez de piel, llenado capilar menor a 2 segundos; el abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación difusa.

Se le realiza una serie de pruebas que incluyen reacción inflamatoria en heces, hemograma y examen de orina. Se reciben los resultados encontrándose positivo la reacción inflamatoria en heces con más de 100

leucocitos por campo. Es ingresada a hospitalización de pediatría por no tolerar la vía oral. Se indica hidratación de acuerdo con el peso, antibioticoterapia y tolerancia de vía oral. después de 1 día de estancia hospitalaria paciente ya tolera la vía oral no ha repetido cuadro de vómitos ni deposiciones líquidas por lo que es dado de alta con indicaciones y antibioticoterapia oral.

I.3. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

La rotación en el servicio de medicina interna en el hospital de Huaycán se realizó en las áreas de tópico de emergencia y hospitalización.

Caso clínico N° 1

Paciente mujer de 29 años, acude a emergencia de medicina interna, refiere que 4 días antes inicia con dolor y aumento en la frecuencia al miccionar, el día que ingresa se le agrega dolor en la región lumbar de gran intensidad que no calma con analgésicos. Paciente recuerda haber sufrido un episodio similar hace 1 año. Al examen físico paciente, en adecuado estado de hidratación y nutricional, posición antálgica, puño percusión lumbar derecha positiva, puntos renoureterales superiores y medios positivos. En emergencia se le solicita examen completo de orina, urocultivo, hemograma, urea y creatinina.

Los exámenes auxiliares muestran recuento patológico en los leucocitos del sedimento urinario de más de 100 por campo, hematíes de 7-10 por campo, hemograma con hemoglobina de 12.9 y leucocitosis de 14100 μ l, urea de 19.9 mg/dl y creatinina de 1.2 mg/dl, respectivamente.

El diagnóstico de ingreso fue pielonefritis, el plan indicado fue manejo del dolor y antibioticoterapia endovenosa. A los 2 días de reevaluación el dolor ha cedido y no presenta síntomas urinarios, así que fue dado de alta con antibioticoterapia oral.

Caso clínico N° 2

Paciente varón de 69 años, ingresa por emergencia por presentar 5 días antes de ingreso herida en pierna derecha, edema y fiebre. Paciente refiere que se

produjo una herida en dicha región 6 días antes mientras realizaba su trabajo como recolector de residuos y fue atendido por emergencia de cirugía y tratado con antibióticos, pero no siguió las recomendaciones. Paciente niega antecedentes patológicos, niega alérgicas y niega cirugías previas. Al examen físico se observa eritema de 5x5cm en pierna derecha, con presencia de signos de flogosis, dolor a la palpación y edema sin fóvea.

En los exámenes de laboratorio muestran leve leucocitosis 11900 μ l.

Se decide su hospitalización debido a la extensión de la lesión catalogándolo como una celulitis en miembro inferior, el plan fue tratamiento hospitalario con antibioticoterapia endovenosa y manejo del dolor. La evolución 48 horas después muestra mejoría con disminución de eritema y edema, paciente refiere que el dolor ha cedido; por lo que se indica el alta con antibioticoterapia oral y manejo del dolor.

I.4. ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

La rotación por el servicio de gineco-obstetricia incluyo las áreas de emergencia, hospitalización, centro obstétrico, puerperio y consultorios externos.

Caso clínico N° 1

Paciente mujer de 25 años que ingresa a emergencia de por presentar sangrado vaginal y dolor localizado en abdomen inferior tipo cólico hace 10 horas, paciente no recuerda su fecha de ultima regla, refiere que no utiliza ningún método anticonceptivo. Al examen físico al tacto vaginal se encuentra cérvix dilatado, dolor suprapúbico intenso. Se decide realizar una ecografía transvaginal en donde se evidencia la presencia de saco gestacional con la presencia de embrión de 4mm y sin presencia de latidos cardiacos, aproximadamente 6 semanas de gestación por longitud céfalo caudal.

El hallazgo de un sangrado vaginal con el cuello uterino abierto fue catalogado como un aborto inevitable. El tratamiento fue con misoprostol 200mg vía oral seguida de 800mg vía vaginal. Después de 12 horas la paciente fue programada para un legrado uterino por la no evolución de su cuadro.

Caso clínico N° 2

Paciente mujer de 30 años con gestación de 39 semanas por ecografía del primer trimestre, con antecedente de 2 cesáreas previas ,última hace 2 años, llega a emergencia por a ver cumplido 39 semanas advertida en controles que deberá ser sometida a la culminación del embarazo por cesárea. Paciente refiere movimientos fetales, aproximadamente 2 contracciones cada día y la fórmula obstétrica G3P2002. La ecografía de 38 semanas muestra un feto en posición podálica y circular del cordón simple. Al examen físico se encuentra altura uterina de 40cm, longitudinal podálico izquierdo, latidos cardiacos fetales 130 lpm al tacto vaginal no se evidencia cambios cervicales. Paciente no presenta contracciones al momento de la evaluación.

El medico asistente indica exámenes prequirúrgicos, la colocación de vía periférica, monitoreo fetal, control de funciones vitales de la gestante colocación de antibioticoterapia profiláctica y espera de sala de operaciones para la realización de cesárea.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado 2022-2023 lo realicé en el Hospital de Huaycán, fundado en 1986 como centro de salud que brindaba labores asistenciales de salud, posteriormente en el año 1993, el Ministerio de Salud financió la ampliación de dicho centro, convirtiéndolo en un materno infantil. En 1998, se realizó la modificación de redes de salud y se convirtió al Hospital de Huaycán en responsable de la administración de los puestos de salud Horacio Zevallos y Señor de Los Milagros. Desde el año 2003, el Hospital de Huaycán fue elevado a la categoría de hospital de baja complejidad I(5).

El Hospital de Huaycán está categorizado como un establecimiento de salud de nivel II-1; presta atención a la comunidad urbana autogestionada de Huaycán ubicado en el distrito de Ate provincia de Lima, departamento de Lima, que aproximadamente presenta una población de 160 000 habitantes, la comunidad se encuentra dividida en 20 zonas con nombres de las letras del abecedario y es el centro de referencia de los centros de salud Señor de Los Milagros, Fraternidad Niño Jesús y Horacio Zevallos.

Las funciones del interno de medicina incluyen la obtención de historias clínicas, ayuda en el proceso de evaluación del paciente, velar por la realización de pruebas de ayuda diagnóstica, atención en los tópicos de emergencia todo esto estrechamente supervisado por los médicos asistentes. Los internos también se encargan del correcto llenado de formatos administrativos, siendo estos los formatos únicos de atención (FUA), formato de epicrisis, órdenes de referencia, contrarreferencia y solicitudes de pruebas de ayuda diagnóstica.

Según los lineamientos del internado en ciencias de la salud publicado en la directiva administrativa para el desarrollo de las actividades del internado en ciencias de la salud, un interno de medicina debía cumplir turnos de seis horas diarias, treinta y seis horas semanales o 150 horas mensuales según la programación de cada establecimiento(3).

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1. ROTACION DE CIRUGIA

Caso clínico N° 1

La apendicitis aguda es la patología abdominal quirúrgica más frecuente en los servicios de salud en el mundo y es la causa número uno de cirugías de urgencia. Su frecuencia en la población general se encuentra entre 139.54 por 100,000 habitantes, la edad de presentación más común se registra entre los 20 y 30 años. Algunos factores de riesgo asociados son el sobrepeso y la obesidad(6).

La apendicitis aguda clásicamente se describe como el bloqueo del lumen apendicular causada principalmente por heces endurecidas o proliferación de tejido que bloquea el flujo normal causando una proliferación de bacterias propias del ambiente apendicular(6).

Las manifestaciones clínicas más frecuentes incluyen el dolor abdominal tipo cólico que inicia en epigastrio o periumbilical y migra hacia fosa iliaca derecha; fiebre, náuseas, vómitos, anorexia, constipación y diarrea se encuentra entre las manifestaciones clínicas típicas de la patología(7).

El examen físico y la cronología son las principales herramientas para la valoración y diagnóstico de una apendicitis aguda, comúnmente se encuentra signos vitales dentro de parámetros no patológicos siendo la fiebre temperatura mayor de 38 grados, el parámetro comúnmente alterado; en la exploración abdominal se describe clásicamente los puntos dolorosos de Mc Burney, Rovsing, psoas, Blumberg y obturador(7).

El diagnóstico de la patología se logra desacuendo a los hallazgos durante la anamnesis, exploración física y exámenes de ayuda diagnostica; estos incluyen hemograma completo, proteína C reactiva, ecografía abdominal, rayos x abdominal, tomografía computarizada. El recuento de leucocitos sobre 10,000 células/mm³, la desviación a la izquierda con neutrofilia son indicadores sugestivos de apendicitis aguda. La utilización de la escala de

Alvarado modificada es de gran utilidad para lograr el manejo adecuado del paciente. Esta escala recomienda la necesidad de intervención quirúrgica(8).

En el caso planteado el paciente presenta clínicamente la secuencia clásica para el diagnóstico de apendicitis aguda que se caracteriza por el dolor migratorio de epigastrio a fosa iliaca derecha, la aparición de náuseas y vómitos posteriormente la elevación de la temperatura por encima de 38 grados. La evaluación clínica fue adecuada, el uso de exámenes complementarios disponibles por el nivel de complejidad del establecimiento de salud fue el adecuado decidiéndose la intervención quirúrgica oportunamente.

Caso clínico N° 2

La colecistitis crónica litiásica describe la proliferación de células inflamatorias crónicas en la vesícula biliar observadas en la histología patológica, se asocia en la totalidad de los casos a una vesícula biliar con presencia de cálculos biliares. La patología de la colecistitis litiásica incluye la formación de cálculos biliares por disfunción en la formación de bilis con exceso de colesterol y la patogenia se encuentra estrechamente ligada a factores exógenos como una dieta alta en grasas. La colecistitis crónica litiásica no presenta signos clínicos significativos sin embargo sus episodios agudos son los que presentan la clínica caracterizada por dolor en hipocondrio derecho que puede o no irradiarse hacia la región lumbar del mismo lado precedida por la ingesta de alimentos de alto contenido graso, fiebre y leucocitosis. Los hallazgos en los exámenes auxiliares suelen presentar aumento en el número de leucocitos. El diagnóstico de colecistitis litiásica requiere la presencia de cálculos en la vesícula biliar generalmente informado por ecografía la demostración del engrosamiento de la pared mayor a 5mm, o edema de pared signo ecográfico descrito como la doble pared. El tratamiento de elección es la colecistectomía laparoscópica, que debe realizarse lo antes posible durante la hospitalización ya que se ha demostrado un menor número de complicaciones perioperatorias(9).

En el caso presentado tratándose de un paciente con antecedente de episodios agudos que aumentaban en frecuencia e intensidad con el tiempo

se le programo adecuadamente una colecistectomía abierta por las limitaciones del nivel del centro de salud no contando con un equipo para cirugía laparoscópica.

III.2. ROTACION DE PEDIATRIA

Caso clínico N° 1

El caso clínico planteado se trata de una ictericia neonatal de tipo fisiológica un trastorno característico por el tinte amarillento que presenta en la piel el neonato, debido a un trastorno hepático que lleva a una elevación de la bilirrubina. La incidencia es bastante alta se encuentra entre el 50 y 60% de neonatos después del segundo día de nacimiento. La mayoría de las causas de ictericia son fisiológicas y se presentan luego de las primeras 24 horas de vida. La importancia de conocer el síndrome clínico radica en la potencial neurotoxicidad que conlleva niveles altos de bilirrubina en los neonatos. La fisiología del neonato induce a mayor producción de bilirrubina debido a la cantidad mayor de eritrocitos que y al tiempo de vida media más corto que posee el recién nacido; en el proceso de nacimiento también está expuesto a diferentes traumas producto del alumbramiento lo que genera un aumento en la bilirrubina. La presentación clínica de la ictericia neonatal es el tinte amarillo característico que tiene una distribución cefalocaudal, puede presentar en casos severos irritabilidad y dificultad para la lactancia(10).

El objetivo principal del tratamiento es evitar la neurotoxicidad se evalúa los niveles de bilirrubina total y factores que podrían hacer sospechar de una ictericia patológica, el mantenimiento de la hidratación, la alimentación adecuada y la fototerapia son las principales indicaciones.

Caso clínico N° 2

El caso clínico planteado se trataría de una enfermedad diarreica aguda, la OMS/OPS define a la diarrea aguda como a las deposiciones líquidas o semilíquidas mayores a 3 en 24 horas. La diarrea es la principal causa de mortalidad infantil, en países en vías de desarrollo como el Perú su incidencia es de 3 episodios de diarrea aguda por año. La fisiopatología de la diarrea

incluye la pérdida aumentada de líquidos y electrolitos en las deposiciones debido al funcionamiento anormal en el transporte intestinal. La diarrea aguda se define así por su duración menor a 14 días. La evaluación del niño con diarrea debe incluir la duración y número de la diarrea, el tipo de diarrea, la característica de esta diarrea, también indagar sobre la presencia o intensidad de vómitos, la capacidad de tolerar líquidos del paciente; también indagar si se pudiera tratar de trastornos extraintestinales que se relacionan con diarrea como infecciones urinarias, sepsis, neumonías entre otros. El análisis coprológico directo y el químico son el estándar para la valoración de la diarrea(11).

III.1. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico N° 1

La pielonefritis aguda se define como la infección del tracto urinario superior que afecta a uno o ambos riñones, esto ocurre cuando los microorganismos patógenos colonizan las vías inferiores y estos ascienden a través de las vías urinarias. la pielonefritis se cataloga como una infección del tracto urinario complicada. Los agentes infecciosos más comunes para pielonefritis son el *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Proteus* y *Staphylococcus saprophyticus*(12). Las manifestaciones clínicas de las infecciones de tracto urinario son disuria, polaquiuria, urgencia miccional, dolor suprapúbico, hematuria y en pacientes con pielonefritis se le agrega fiebre, escalofríos, dolor costal, náuseas y vómitos. La pielonefritis se debe sospechar en pacientes con síntomas urinarios, fiebre y dolor lumbar en pacientes adultos mayores se puede encontrar solo fiebre y dolor costal. El examen de orina es confirmatorio y la necesidad de un urocultivo es indispensable antes del inicio de la antibioticoterapia empírica(13).

Caso clínico N° 2

El caso clínico nos presenta una celulitis que pertenece a las infecciones de la piel y tejidos blandos; las celulitis típicamente se describen como una lesión unilateral eritematosa acompañada de edema y calor. Las celulitis son

causadas por el ingreso de microorganismos a través de la piel generalmente precedidos por una herida. Los agentes causales más comunes son el Streptococcus betahemolítico del grupo A como el Streptococcus pyogenes y S. aureus. El diagnóstico de celulitis se basa en la evaluación clínica un área de eritema, edema y calor en la piel que puede asociarse a edema perilesional, dolor a la palpación y tumefacción. La progresión de una celulitis sin tratamiento conllevaría a la formación de un absceso cutáneo que se caracteriza por ser un nódulo doloroso fluctuante(14). Los exámenes auxiliares solo son necesarios en pacientes con infecciones complicadas o en presencia de comorbilidades; sin embargo, un hemocultivo positivo es de gran utilidad a la hora de la elección de el antibiótico adecuado. Las indicaciones para terapia endovenosa incluyen fiebre mayor de 38 grados, progresión rápida del eritema, comorbilidades que comprometan la inmunidad, incapacidad para tolerar la vía oral y eritema extenso (15).

III.2. ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

Caso clínico N° 1

El caso clínico presentado hace referencia a un aborto espontáneo, se define como embarazo intrauterino no viable antes de las 20 semanas de gestación y aborto espontáneo clásicamente al aborto no inducido e inevitable. Las manifestaciones clínicas más comunes son el sangrado intravaginal y el dolor tipo cólico de moderada intensidad. El diagnóstico de aborto espontáneo se realiza por ultrasonografía transvaginal, se debe evaluar la actividad cardíaca y la edad gestacional del feto; también evaluar estrechamente la actividad hemodinámica del paciente por la pérdida sanguínea(16). Se dispone de un manejo expectante en personas que no desean recibir ningún tipo de intervención, el manejo con medicamentos y quirúrgico siempre son alternativas(17). El examen físico con espejo evalúa el sangrado, la cantidad y si existen signos de infección. Se debe estar atento a signos de alarma que incluyen hemorragia severa, fiebre o signos de infección sistémica.

En el caso planteado al no progresar la terapia médica se optó por un legrado uterino para la culminación del tratamiento.

Caso clínico N° 2

El caso clínico plantea una culminación del embarazo por cesárea, el parto por cesárea se plantea únicamente cuando el parto abdominal no es posible o representa un riesgo para la madre como para el feto. Las indicaciones comunes para la realización son la falta de progreso durante el trabajo de parto, estado fetal no alentador y mala presentación fetal; otras indicaciones menos frecuentes son la ruptura uterina, sospecha de macrosomía fetal, placenta anormal, infección materna(18). El caso clínico nos presentó una presentación anormal del feto (podálica), y antecedente de embarazos previos culminados con cesárea siendo la presentación anormal una indicación absoluta para la realización de cesárea.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El inicio del internado 2022-2023 en el Hospital de Huaycán comenzó con la asignación equitativa de los internos de diferentes universidades en los servicios de medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría. Se estableció un cronograma de rotación que debía cumplirse hasta el final del internado.

En cada servicio se distribuían las actividades según los ambientes hospitalarios en los que se permanecerían, el servicio de cirugía contaba con ambientes hospitalarios como tópico de emergencia, consultorios externos y hospitalización; el servicio de gineco obstetricia contaba con área de emergencia, consultorios externos, hospitalización, centro obstétrico, y puerperio; el servicio de pediatría con ambientes de emergencia, hospitalización, consultorios externos y alojamiento conjunto de ginecoobstetricia y neonatología; el servicio de medicina interna permitió a los internos rotar por el tópico de emergencia, área de observación de emergencia y hospitalización.

La mecánica de trabajo en los tópicos de emergencia era la de la obtención de la anamnesis, motivo de consulta y elaboración de la historia clínica del paciente. En los consultorios externos era la elaboración de los formatos únicos de atención, exámenes de ayuda diagnóstica y la evaluación de los pacientes junto al médico asistente. En la hospitalización de los diferentes servicios el interno era el encargado de realizar la evolución clínica de los pacientes y reportar las interurrencias que puedan manifestar los pacientes a los asistentes encargados.

CONCLUSIONES

El internado médico es un período esencial en el desarrollo del próximo médico cirujano, es la oportunidad de poner en práctica los conocimientos aprendidos durante la etapa de pregrado en el ambiente laboral donde se desenvolverá en un futuro. Permite al estudiante de medicina interrelacionarse con el ambiente hospitalario que incluye a los diferentes profesionales, pacientes y familiares de pacientes.

El internado médico desde la perspectiva del autor fue una experiencia educativa que brindo conocimientos para el manejo integral del paciente que llega a un centro de salud, pudo poner en práctica y afianzar los conocimientos teóricos plasmándolos en situaciones reales y aprender de la idiosincrasia de un centro de salud.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los futuros internos de medicina que lleguen al internado con una adecuada preparación y una disposición para realizar las tareas asignadas. Asimismo, se sugiere que las áreas de docencia de los centros asistenciales brinden una descripción clara de las tareas específicas que se esperan del interno de medicina para facilitar su cumplimiento.

Respecto a los horarios y rotaciones se recomienda tener un horario público y específico así mismo respetar el horario estipulado en los lineamientos de acuerdo con la directiva del internado medico vigente.

Por último, se recomienda la inclusión de cursos de pregrado enfocados en la realización de las diferentes labores que llevarán a cabo durante el internado médico. Estos cursos deben estar centrados en la atención primaria de la salud, la práctica clínica y la comunicación con los pacientes y demás profesionales de la salud. También se debe incluir la enseñanza de los diferentes formatos de atención que son necesarios para la labor del interno de medicina.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Flores AS, Echavarría RF, Becerra RU, Flores NLL. Expectativas y realidades del internado médico de pregrado. Un estudio cualitativo. *Investigación en Salud* [Internet]. 2018;X(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/142/14219995004.pdf>
2. ASPEFAM. Internado Médico en el Primer Nivel de Atención [Internet]. Peru; 2021. Disponible en: <https://www.aspefam.org.pe/series/serie5.pdf>
3. MINSA. Directiva administrativa para el desarrollo de las actividades del internado en ciencias de la salud [Internet]. 2022. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-351-2022-MINSA.pdf>
4. USMP. Plan de estudios de pregrado - facultad de medicina humana [Internet]. Universidad de San Martín de Porres. 2023. Disponible en: <https://medicina.usmp.edu.pe/medicina/pregrado/plan-de-estudios/>
5. Línea de Tiempo - Hospital de Huaycán [Internet]. Hospital de Huaycán. 2023. Disponible en: <https://www.hospitalhuaycan.gob.pe/>
6. Dubón Peniche M del C, Ortiz Flores A, Dubón Peniche M del C, Ortiz Flores A. Apendicitis aguda, su diagnóstico y tratamiento. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*. agosto de 2014;57(4):51-7.
7. Quevedo Guanche L. Apendicitis aguda: clasificación, diagnóstico y tratamiento. *Revista Cubana de Cirugía*. junio de 2007;46(2):0-0.
8. Velásquez Hawkins C, Aguirre Machado W, Valdivia Béjar C, Ruiz Adames M, Cornejo Mozo C, Torres Cava M, et al. Valor del Ultrasonido en el Diagnóstico y Manejo de la Apendicitis Aguda. *Revista de Gastroenterología del Perú*. julio de 2007;27(3):259-63.
9. Colecistitis crónica litiásica agudizada: una consulta frecuente en la guardia médica [Internet]. [citado 15 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000400035
10. Mazzi Gonzales de Prada E. Hiperbilirrubinemia neonatal. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*. enero de 2005;44(1):26-35.
11. Povea Alfonso E, Hevia Bernal D, Povea Alfonso E, Hevia Bernal D. La enfermedad diarreica aguda. *Revista Cubana de Pediatría* [Internet]. diciembre de 2019 [citado 15 de marzo de 2023];91(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75312019000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Espinosa Fuentes ML, Pérez Morales JM, Blanco Balbeito N, Jiménez Santana JR, Fabelo Mora V, Reyes Orama Y. Pielonefritis aguda recurrente en mujeres. *Revista Cubana de Medicina*. septiembre de 2013;52(3):161-72.

13. Cortes JA, Perdomo D, Morales RA, Alvarez CA, Cuervo SI, Leal AL, et al. Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de infección de vías urinarias no complicada en mujeres adquirida en la comunidad. Rev Fac Med. 10 de diciembre de 2015;63(4):565-81.
14. Cellulitis and skin abscess: Epidemiology, microbiology, clinical manifestations, and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 15 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-epidemiology-microbiology-clinical-manifestations-and-diagnosis>
15. UpToDate. Acute cellulitis and erysipelas in adults: Treatment [Internet]. [citado 15 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-cellulitis-and-erysipelas-in-adults-treatment>
16. Pregnancy loss (miscarriage): Terminology, risk factors, and etiology - UpToDate [Internet]. [citado 15 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-loss-miscarriage-terminology-risk-factors-and-etiology>
17. First-trimester pregnancy termination: Medication abortion - UpToDate [Internet]. [citado 15 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/first-trimester-pregnancy-termination-medication-abortion>
18. Nápoles Méndez D, Piloto Padrón M. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. MEDISAN. octubre de 2012;16(10):1579-95.