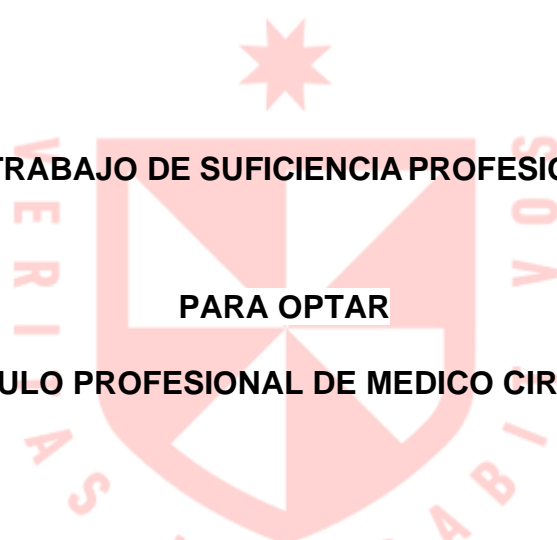


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL  
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, INSTITUTO  
NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO Y CENTRO MÉDICO NAVAL  
“CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA” DURANTE EL  
PERIODO DE JUNIO 2022- MARZO 2023**



**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL  
PARA OPTAR  
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO  
PRESENTADO POR  
MILAGROS KARLA SUAREZ PEREZ  
SILVANA MEDALID TAIBE GUIZADO**

**ASESOR  
CARLOS PALOMINO BASAGOITIA**

**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 INSTITUTO  
NACIONAL MATERNO PERINATAL, INSTITUTO NACIONAL DE  
SALUD DEL NIÑO Y CENTRO MÉDICO NAVAL “CIRUJANO  
MAYOR SANTIAGO TÁVARA” DURANTE EL PERIODO DE  
JUNIO 2022- MARZO 2023**

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

**PRESENTADO POR**

**MILAGROS KARLA SUAREZ PEREZ  
SILVANA MEDALID TAIPE GUIZADO**

**ASESOR  
MG CARLOS PALOMINO BASAGOITIA**

**LIMA – PERÚ  
2023**

## **JURADO**

**Presidente:** Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

**Miembro:** Dr. Johandi Delgado Quispe

**Miembro:** Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestras familias y personas especiales quienes nos motivan a nunca rendirnos en nuestros estudios.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	v
<b>ABSTRACT</b>	vi
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	3
<b>1.1 Cirugía General</b>	3
<b>1.2 Medicina Interna</b>	9
<b>1.3 Pediatría</b>	16
<b>1.4 Ginecología y Obstetricia</b>	22
<b>CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA</b>	29
<b>CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	31
<b>3.1 Cirugía general</b>	31
<b>3.2 Medicina Interna</b>	32
<b>3.3 Pediatría</b>	32
<b>3.4 Ginecología y obstetricia</b>	33
<b>CAPÍTULO IX: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	35
<b>CONCLUSIONES</b>	36
<b>RECOMENDACIONES</b>	37
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	38
<b>ANEXOS</b>	41

## RESUMEN

Este trabajo de suficiencia profesional muestra las experiencias en el Instituto Nacional Materno Perinatal, el Instituto Nacional de Salud del Niño y el Centro Médico Naval durante el internado médico 2022- 2023. Durante este año, el internado tuvo la duración de 10 meses y se realizaron cuatro rotaciones, las cuales fueron Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría y Ginecología y Obstetricia. Objetivo: Describir las experiencias y habilidades adquiridas durante el periodo comprendido entre junio del 2022 a marzo del presente año en tres establecimientos de salud. Métodos: Se exponen dieciséis casos clínicos y se comentan las patologías más relevantes de las cuatro rotaciones del internado. Conclusiones: El internado médico es una etapa crucial en la formación de todo estudiante de medicina humana, nos ayuda a consolidar todos los conocimientos adquiridos hasta el momento, así como a desarrollar nuestras habilidades clínicas para nuestro desempeño como profesional médico.

Palabras claves: Estudiantes de medicina, Internado médico, COVID- 19

## **ABSTRACT**

This work of professional sufficiency shows the experiences in the National Maternal Perinatal Institute, the National Institute of Child Health and the Naval Medical Center during the medical internship 2022-2023. During this year, the internship lasted 10 months and we performed four rotations, which were General Surgery, Internal Medicine, Pediatrics, and Gynecology and Obstetrics. Objective: Describe the experiences and skills acquired during the period from June 2022 to March of this year in three health establishments. Methods: Sixteen clinical cases are exposed and the most relevant pathologies of the four rotations of the internship are commented. Conclusions: The medical internship is a crucial stage in the training of all human medicine students, it helps us to consolidate all the knowledge acquired so far, as well as to develop our clinical skills for our performance as a medical professional.

Key words: Medical students, Medical internship, COVID 19



NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO  
EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO  
PERINATAL, INSTITUTO NACIONAL DE S

AUTOR

MILAGROS KARLA SUAREZ PEREZ SILV  
ANA MEDALID TAIPE GUIZADO

RECUENTO DE PALABRAS

**8644 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**47648 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**48 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**1.7MB**

FECHA DE ENTREGA

**Apr 14, 2023 7:11 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Apr 14, 2023 7:12 PM GMT-5**

● **6% de similitud general**

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

- 6% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



**Dr. CARLOS ALBERTO PALOMINO BASAGOITIA**  
**ASESOR**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8852-9763>

## INTRODUCCIÓN

La profesión de Medicina Humana es el área de salud con mayor demanda y reconocimiento en todo el mundo, estudiar esta carrera conlleva a experiencias enriquecedoras y mayor exigencia académica. Para estudiar esta profesión, se requiere mucha vocación y compromiso, debido al tiempo de estudio que se requiere, el cual consta de 7 años de aprendizaje académico, siendo el último el más importante. En nuestro último año, se realiza el internado médico, meses en donde el estudiante de pregrado aplica los conocimientos adquiridos durante los seis años previos de la carrera. Durante este año se tiene la oportunidad de rotar por cuatro grandes especialidades: ginecología y obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía.

Años anteriores, este periodo de prácticas preprofesionales tenía una duración de doce meses, pero debido a la pandemia de COVID- 19 se redujo la duración del internado médico a diez meses y se añadió la utilización de equipos de protección personal. En mayo del año pasado, se publicó la Resolución Ministerial N° 351-2022-MINSA, en donde se dan a conocer las bases necesarias para el inicio de este programa. (1) La Directiva Administrativa para el desarrollo de actividades del Internado Médico en Ciencias de la Salud refieren que como internos se tiene acceso a un seguro de salud integral, equipos de protección personal y un responsable a cargo en cada centro de salud, además expone los horario de actividades de los internos en los establecimientos de salud, el cual consiste en una jornada máxima de 150 horas mensuales. A pesar de ello, se reportaron muchos casos en donde se les exigía a los internos cumplir con una mayor cantidad de horas a lo estipulado, hechos que ocurren todos los años. (2)

Pese a dificultades mencionadas, el internado es la representación de una etapa crucial para nuestra formación como estudiantes de medicina. Por tanto, este presente trabajo explica la importancia de la realización del internado, la oportunidad de emplear las enseñanzas adquiridas durante el año de carrera y adaptarse al sistema de salud, asimismo se exponen

dieciséis casos clínicos de las cuatro especialidades mencionadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Instituto Nacional de Salud del Niño y Centro Médico Naval.

## **CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

En el internado de medicina se logra desarrollar habilidades que ayudan en la formación como médicos, así como internos se logra integrar los conocimientos adquiridos en los años previos de la carrera y ponerlos en práctica, realizando junto a la ayuda de residentes y asistentes de la institución un diagnóstico y tratamiento oportuno de los pacientes. Asimismo, enfatizar la empatía y respetar los principios éticos que todo profesional de salud debe reconocer.

A continuación, se expondrán casos clínicos de las cuatro especialidades en las que se rotó durante el periodo académico 2022 – 2023:

### **1.1 Cirugía General**

Durante la rotación en Cirugía general en Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” lo más resaltante fue el aprender a realizar un diagnóstico temprano de las patologías que requieran un tratamiento quirúrgico electivo o de emergencia, por ejemplo, en caso de un abdomen quirúrgico como apendicitis, colecistitis, pancreatitis, siendo estas patologías más vistas en nuestro medio.

A continuación, se expondrán cuatro casos vistos en esta rotación:

#### **Caso clínico n.º 1**

Anamnesis:

Paciente mujer de 18 años con tiempo de enfermedad de 5 horas que se caracteriza por dolor abdominal intenso, náuseas, fiebre cuantificada en casa de 37.9° C. Niega vómitos. Refiere haber tomado una tableta de paracetamol para la fiebre. Añade que, tras la ingesta de pan con chicharrón, presentó dolor abdominal que no cede a pesar de que en una farmacia le dieron hioscina + ranitidina. Acude a emergencia por no ceder sintomatología.

Antecedentes:

- Asma desde los 5 años
- Niega antecedentes quirúrgicos

- Niega alergia a medicamentos

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 115/80 mmHg, FC: 71 lpm, FR: 20 rpm, T: 38° C, SatO2: 98%
- Examen físico preferencial:
  - Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, no ictericia
  - Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por AHT, no ruidos agregados
  - Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos
  - Abdomen: Plano con la respiración, ruidos hidroaéreos disminuidos, dolor a la palpación en fosa iliaca derecha 9/10 de intensidad, signo de Mc Burney positivo, signo de Rovsing y signo de rebote positivos.
  - Neurológico: Escala de Glasgow 15/15, orientada en tiempo, espacio y persona.

Posterior al examen físico, se decide solicitar exámenes de laboratorio y estudio de ecografía abdominal. Los resultados evidenciaron PCR elevado y leucocitosis con desviación izquierda. En la ecografía abdominal, se evidenció líquido libre, un apéndice con 8 mm de diámetro y paredes de 4 mm de grosor.

Diagnóstico:

#### 1. Apendicitis aguda

De acuerdo con la anamnesis, examen físico y exámenes auxiliares, se le diagnosticó como apendicitis aguda, se requirió completar los prequirúrgicos para proceder a una cirugía de emergencia. Se le realizó una apendicectomía laparoscópica por apendicitis aguda congestiva. El paciente tuvo una evolución favorable tiempo tolerando líquidos, deambulando y eliminando flatos. Se le dio de alta a las 48 horas con indicaciones médicas con respecto a la dieta en casa y a los cuidados posoperatorios.

**Caso clínico n.º 2**

#### Anamnesis:

Paciente varón de 61 años refiere que desde hace 11 meses presenta sensación de masa en región inguinal izquierda, la cual se evidencia en bipedestación y maniobra de Valsalva. Refiere que con el transcurso del tiempo ha ido incrementando de tamaño y asociándose a dolor inguinal de tipo cólico de intensidad 8/10, que calma con el consumo de analgésicos y reposo.

#### Antecedentes:

- Patológicos: Niega
- Quirúrgicos: Apendicectomía convencional hace aproximadamente 40 años.
- Niega alergia a medicamentos

#### Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 120/70 mmHg, FC: 66 lpm, FR: 18 rpm, T: 36.5°C, SatO2: 97%
- Examen físico preferencial:
  - Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2", no cianosis, no ictericia.
  - Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por AHT, no ruidos agregados.
  - Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no se auscultan soplos.
  - Abdomen: Móvil a la respiración. Cicatriz oblicua en región inguinal derecha e izquierda de aprox. 8 cm de longitud. Cicatriz tipo McBurney de aprox. 5 cm de longitud. RHA presentes, buen tono, frecuencia e intensidad. no doloroso a la palpación superficial ni profunda
  - Región inguinal izquierda: se palpa masa de +/- 4 x 3 cm de diámetro, reductible, coercible, anillo herniario de +/- 2 cm. Landivar negativo.
  - Neurológico: Escala de Glasgow 15/15, orientado en tiempo, espacio y persona.

#### Diagnóstico:

## 1. Hernia inguinal izquierda

Se programa para cirugía electiva.

Acude al servicio tras haber completado exámenes prequirúrgicos.

Prequirúrgicos del 12/08:

- Hemograma: Hb 16, Hcto 48.2, Plaquetas 385000l, Leucocitos 9.38mil
- Serología: Hep B: 0.38 (NR), Hep C: 0.04 (NR), HIV 1-2: 0.18 (NR), RPR: NR
- Perfil de coagulación: Tiempo de Coagulación: 7 min, Tiempo de sangría 1 min 30 seg.
- Grupo y factor: B RH +
- Bioquímica: Urea 23.7, Creatinina 0.74, Glucosa 104
- Sedimento de orina: Sin alteraciones
- COVID negativo
- Riesgo cardiológico: RQ II

Se programó la cirugía del paciente dos días después de su ingreso, realizándose una hernioplastia Inguinal laparoscópica. Posterior a la cirugía, se le indicó analgesia, metamizol en caso hubiera fiebre mayor de 38°C y limpieza de herida operatoria hasta completar las 24 horas sin interrecurrencias. El paciente evolucionó de manera favorable; por lo que se le dio el alta con las respectivas indicaciones de cuidados post operatorios y control por consultorios externos a los 7 días después del alta.

### **Caso clínico n.º 3**

Anamnesis:

Paciente varón de 49 años, con tiempo de enfermedad 3 meses, tras la ingesta de comida grasa/ copiosa presenta dolor abdominal de tipo cólico en hemiabdomen superior, de intensidad 9/10, asociado a náuseas y mareos. Las molestias ceden parcialmente con dieta hipograsa, durando 10 días aproximadamente. El paciente es evaluado por el servicio de Cirugía General

indicándose cirugía electiva. Acude al servicio tras haber completado exámenes preoperatorios.

Antecedentes:

- Patológicos: Diabetes Mellitus tipo 2, diagnosticado en el 2018; Esteatosis hepática en el 2022, Litiasis renal izquierda en el 2021.
- Quirúrgicos: Apendicectomía laparoscópica en el 2012
- Niega alergia a medicamentos

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 113/75 mmHg, FC: 88 lpm, FR: 18 rpm, T: 36.0°C, SatO2: 98%
- Examen físico preferencial:
  - Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2", no cianosis, no ictericia.
  - Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en AHT, no ruidos agregados.
  - Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no se auscultan soplos.
  - Abdomen: Móvil a la respiración, RHA presentes, propulsivos, de buen tono, frecuencia e intensidad. Abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho. Signo de Murphy (-), a la percusión se evidencia timpanismo.
  - Neurológico: Escala de Glasgow 15/15, orientado en tiempo, espacio y persona.

Impresión diagnóstica:

1. Colelitiasis
2. Hígado graso leve

Prequirúrgicos del 12/08:

- Hemograma: Hb 15.2, Hcto 44.4, Plaquetas 234000, Leucocitos 8.54mil
- Serología: Hep B: 2.18 (R), HIV 1-2: 0.19 (NR), RPR: NRP.
- Perfil de coagulación: Tiempo de Coagulación 5 min, Tiempo de sangría 2 min



- Grupo y factor: O RH +
- Bioquímica: Urea 22, Creatinina 0.82, Glucosa 110
- Sedimento de orina: Sin alteraciones
- COVID negativo
- Riesgo cardiológico: RQ II

Ecografía de abdomen:

- Hígado de tamaño conservado, no dilatación de vías biliares, con aumento de ecogenicidad
- Vesícula biliar de 56x37mm, pared delgada, presencia de litiasis de 16mm

Se programó la cirugía del paciente el mismo día de su ingreso, realizándose una colecistectomía laparoscópica por colecistitis crónica calculosa. Posterior a la cirugía, se le indicó tolerancia oral a las 6 horas y deambulación a las 12 horas. El paciente realizó lo indicado teniendo así una evolución favorable; por lo que es dado de alta a las 24 horas con indicaciones médicas con respecto a una dieta blanda, a los cuidados postoperatorios y control por consultorios externos a los 7 días después del alta.

#### **Caso clínico n.º 4**

Anamnesis:

Paciente varón de 25 años, con tiempo de enfermedad 5 horas, acude a emergencia refiriendo que tras jugar fútbol sintió dolor súbito en parte posterior del tobillo izquierdo. Refiere sensación de que “alguien le hubiera tirado una piedra” en esa zona. Por persistencia de dolor e imposibilidad para la deambulación, acude a emergencia del CEMENA con dolor, edema y limitación funcional del tobillo izquierdo.

Antecedentes:

- Niega antecedentes patológicos
- Niega antecedentes quirúrgicos
- Niega alergia a medicamentos

#### Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 110/90 mmHg, FC: 84 lpm, FR: 20rpm, T: 36.5°C, SatO2: 97%
- Examen físico preferencial:
  - Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, no ictericia.
  - Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por AHT, no ruidos agregados.
  - Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no se auscultan soplos.
  - Abdomen: Móvil a la respiración, RHA presentes, propulsivos, de buen tono, frecuencia e intensidad, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
  - SOMA: En miembro inferior izquierdo se evidencia edema en región posterior de tobillo izquierdo, dolor a la digitopresión en zona mencionada y limitación funcional, signo de Thomson positivo.
  - Neurológico: Escala de Glasgow 15/15, orientado en tiempo, espacio y persona.

#### Diagnóstico:

##### 1. Desgarro de tendón de Aquiles

Tras la exploración física más la anamnesis, se observó que se estaba frente a una ruptura de tendón de Aquiles; por lo que se procedió a inmovilizar el tobillo con una férula posterior. El paciente es hospitalizado en el servicio de traumatología. En su ingreso, se solicitaron prequirúrgicos para programación de cirugía electiva de tenorrafia percutánea del tendón de Aquiles. Posterior a la cirugía se le indicó rehabilitación para así recuperar progresivamente la capacidad de deambulación.

#### **1.2 Medicina Interna**

El servicio de medicina interna del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", los médicos a cargo de los internos se encargan de instruir y resaltar las patologías más vistas como las infecciones de tracto urinario, infecciones respiratorias, hemorragias digestivas, diabetes mellitus con sus

complicaciones más frecuentes, entre otras. Además, en esta rotación se aprendieron procedimientos intrahospitalarios como curaciones de pie diabético hasta los más dificultosos como colocación de catéter venoso central.

A continuación, se expondrán cuatro casos vistos en esta rotación:

### **Caso clínico n.º 1**

Anamnesis:

Paciente mujer de 36 años con tiempo de enfermedad 1 semana, acude refiriendo dolor al orinar, sensación de “querer orinar más veces” y no poder realizar la micción. Se añade dolor pélvico de intensidad 9/10, cefalea, náuseas, vómitos en 4 oportunidades de contenido alimentario y sensación de alza térmica. Acude a emergencia por persistencia de sintomatología y aumento de dolor.

Antecedentes:

- Patológicos: Infección del tracto urinario anteriormente en 2 ocasiones los últimos dos últimos meses.
- Quirúrgicos: Niega
- Niega alergia a medicamentos

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 110/75 mmHg, FC: 98 lpm, FR: 16 rpm, T: 36.6°C, SatO2: 97%
- Examen físico preferencial
  - Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, no ictericia.
  - Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por AHT, no ruidos agregados.
  - Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no se auscultan soplos.
  - Abdomen: Simétrico, RHA presentes y aumentados, blando, depresible, dolor a la palpación profunda en hipogastrio.
  - Aparato Genitourinario: Puntos renoureterales negativo, PPL negativo

- Neurológico: Escala de Glasgow 15/15, orientado en tiempo, espacio y persona.

Al ingreso por emergencia se le tomo exámenes de laboratorios: PCR, examen de orina y urocultivo, saliendo todos estos patológicos. Se evidenció una PCR elevada, esterasa leucocitaria +3, leucocitos 10 – 20 x campo y hematíes 3 – 5 x campo.

Diagnóstico:

1. Infección del tracto urinario complicada recurrente

Se le da el diagnóstico de Infección del tracto urinario complicada porque presento síntomas de más de 7 días de presentación y pese a tener infecciones urinarias anteriores la respuesta terapéutica no ha sido favorable, y recurrente porque presento dos cuadros de infecciones urinarias sintomáticas en estos últimos 6 meses.

Por lo que se procede a hospitalizar a la paciente. Se inicia analgesia más cobertura antibiótica con Ertapenem, hasta que salga el resultado de urocultivo. Al quinto día de hospitalización, se evidencia en urocultivo *E. Coli BLEE* + y en el antibiograma se observa que el ertapenem es sensible al patógeno; por lo cual se decide completar los 7 días con antibiótico para poder darla de alta.

## **Caso clínico n.º 2**

Anamnesis:

Paciente varón de 45 años con tiempo de enfermedad 3 semanas, refiere aplicarse inyectable el 12 y 14 de diciembre en policlínico de ancón por proceso respiratorio. A la semana siguiente, observa aumento de volumen, temperatura y eritema en región glútea.

Por progresión de cuadro clínico, acude a policlínico de ancón y le recetan Clindamicina de 300mg cada 8 horas vía oral por 10 días. Durante tratamiento, la lesión no mejora. Incluso refiere presentar secreción

blanquecina en lugar de punción; por lo que decide acudir a emergencia del CEMENA.

Antecedentes:

- Niega antecedentes patológicos.
- Quirúrgicos: Herniorrafía en el 2017
- Niega alergia a medicamentos

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 110/70mmHg, FC: 98 lpm, FR: 16 rpm, T: 36.6°C, SatO2: 97%
- Examen físico preferencial:
  - Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis y no ictericia. En glúteo izquierdo se evidencia tumoración de 6 x 6 cm con región periférica indurada, con signos de flogosis, eritema, rubor, edema y secreción purulenta.
  - Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por AHT, no ruidos agregados.
  - Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos.
  - Abdomen: Simétrico, RHA positivos aumentados, blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda ni superficial.
  - Neurológico: Escala de Glasgow 15/15, orientado en tiempo, espacio y persona.

Diagnóstico:

1. Celulitis en región glútea izquierda abscedada

El paciente es hospitalizado para el manejo con cobertura antibiótica con Ampicilina Sulbactam 1.5 g 2 ampollas cada 8 horas vía endovenosa por 12 días + Celecoxib 200 mg por vía oral cada 12 horas. Se realizó interconsulta a Cirugía General para posible drenaje de celulitis, el cual respondió que por consultorio externo se procedería hacer el procedimiento correspondiente. Tras completar los 12 días de antibiótico, el paciente fue dado de alta por Medicina Interna con las respectivas indicaciones médicas y se le indica control por consultorio externo para el servicio de Cirugía General.

### **Caso clínico n.º 3**

#### **Anamnesis:**

Paciente varón de 22 años con tiempo de enfermedad 2 días, quien refiere en un inicio presentar debilidad y cansancio, hormigueos y calambres en miembros superiores; añadiéndose a las horas en miembros inferiores tras realizar ejercicio físico intenso. Refiere que realizó esfuerzo físico por las mañanas y luego por las tardes en esa última semana. Además, refiere haber notado “más cargada la orina” comparándola como un té cargado. Acude a emergencia del CEMENA por pérdida de fuerza en los MMSS y MMII.

#### **Antecedentes:**

- Patológicos: Niega
- Quirúrgicos: Apendicetomía Laparoscópica en el 2017
- Niega alergia a medicamentos

#### **Examen físico:**

- Funciones vitales: PA: 110/80mmHg, FC: 85 lpm, FR: 20 rpm, T: 36.5°C, SatO2: 98%
- Examen físico preferencial:
  - Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis no ictericia.
  - Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por AHT, no ruidos agregados.
  - Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no se auscultan soplos
  - Abdomen: Simétrico, RHA positivos aumentados, blando, depresible, no dolor a la palpación profunda ni superficial
  - SOMA: Moviliza 4 extremidades, debilidad generalizada en miembros, tono y fuerza muscular disminuido.
  - Neurológico: Escala de Glasgow 15/15, orientado en tiempo, espacio y persona

#### **Examen de laboratorio al ingreso:**

Urea: 25.1, Creatinina: 0.8, CPK total:1045, PCR: no elevado

Tras la examinación del paciente en tópicos de emergencia, se concluye que estamos frente a una rhabdomiólisis ya que guarda relación con el ejercicio físico intenso asociado a los síntomas como parestesias, dolor muscular, orina de color oscuro como color del té, debilidad y cansancio, asimismo se observa en los exámenes de laboratorio un CPK total alterado y el resto de los valores dentro de lo normal, lo que nos indicaría que no hay daño renal.

Diagnóstico:

1. Rhabdomiólisis

Se procede a indicar el plan de trabajo con hidratación endovenosa con NaCl 0.9%, analgesia, control de diuresis y control de laboratorio a las 48 horas.

Pasadas las 48 horas, paciente notó mejoría. Refiere notar que su orina regresó a la coloración habitual y se repitió control de laboratorio evidenciándose disminución de CPK total: 829. Se continuó con el tratamiento médico hasta una semana, donde se solicitó nuevamente exámenes de laboratorio cuyos resultados salieron dentro de los valores normales. Se hizo seguimiento a la diuresis, donde en ningún momento se vio afectada, dándole así al día siguiente de alta al paciente.

#### **Caso clínico n.º 4**

Anamnesis:

Paciente varón de 27 años con tiempo de enfermedad 15 días, procedente de la base naval de Honolulu-Hawái, refiere que, tras ingesta de choncho y comida alta en grasas, presentó dolor abdominal súbito en hipocondrio derecho de intensidad 8/10, presentado vómitos y fiebre de 37.5°C, fue atendido en hospital de su dependencia donde le indicaron un antiespasmódico la cual no cede el dolor por lo cual le realizan exámenes de laboratorio y ecografía abdominal donde en ecografía se evidencia dos lesiones quísticas a correlacionar con etiología hidatídica, por lo que a los días

acude a emergencia del CEMENA ingresando al servicio de Medicina Interna con referencia diagnostica de a descartar Quiste hidatídico en hígado para así dar el inicio al tratamiento.

Antecedentes:

- Patológicos: Niega
- Quirúrgicos: Niega
- Niega alergia a medicamentos

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 110/80 mmHg, FC: 75 lpm, FR: 20 rpm, T: 36° C, SatO2:97%
- Examen físico preferencial:
  - Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, no ictericia.
  - Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por AHT, no ruidos agregados.
  - Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos.
  - Abdomen: Simétrico, RHA positivos aumentados, blando, depresible, no dolor a la palpación profunda ni superficial, timpánico en hemiabdomen superior.
  - SOMA: Moviliza 4 extremidades, debilidad generalizada en miembros, tono y fuerza muscular disminuido.
  - Neurológico: Escala de Glasgow 15/15, orientado en tiempo, espacio y persona

Ecografía de hígado y vías biliares: Signos ecográficos de quistes hidatídicos hepáticos.

La TAC de tórax- abdomen- pelvis con contraste: No se evidencia neoplasias. En hígado se evidencia dos lesiones quísticas bien diferenciadas de 6.8 x 7.1 x 6.9 cm en lóbulo hepático derecho y de 7.2 x 5.6 x 6.5 cm en lóbulo izquierdo, a descartar etiología hidatídica, correlacionar con estudios serológicos.

Diagnóstico:

1. Hidatidosis hepática



El paciente es hospitalizado y se le realizó estudio TAC abdomen pélvico, Inmunoglobulina G para hidatidosis (+) Wéstern Blot Hidatidosis (+). Fue evaluado por el Servicio de Cirugía General donde no se consideró tratamiento quirúrgico. Se inició tratamiento con Albendazol 400 mg cada 12 horas vía oral por veintiocho días, realizándose controles de perfil hepático. El paciente se va de alta al concluir los 28 días con tratamiento antiparasitario y con el control del perfil hepático sin alteraciones.

### **1.3 Pediatría**

En la rotación de pediatría en el Instituto Nacional de salud del niño se hicieron rotaciones por emergencia donde llegaban muchos casos de niños referidos de provincias, también se roto por consultorio externo y medicina interna, donde se logro a reconocer y tratar patologías comunes como crisis asmática, rinofaringitis, gastroenteritis, entre otras.

A continuación, se expondrán cuatro casos vistos en esta rotación:

#### **Caso clínico n.º 1**

Anamnesis:

Paciente mujer de 3 años con tiempo de enfermedad de 5 días caracterizado por dolor y tumoración en zona axilar derecha, acompañado de fiebre de 38 °C. Madre refiere automedicarlo con Paracetamol 5 ml cada 8 horas por 3 días.

Antecedentes

- Niega antecedentes patológicos
- Niega antecedentes quirúrgicos
- Niega alergia a medicamentos
- Tiene 1 gato en su domicilio y otros dos gatos en casa de su abuela con los cuales juega cuando la visitan.

Examen físico:

- Funciones vitales: FC: 100 lpm, FR:25 rpm, SatO2: 98%, temperatura: 37.2°C

- Antropometría: peso 15 kg
- Examen físico preferencial:
  - Estado general: ventilación espontánea.
  - Piel y TCSC: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos. No presenta cianosis, no presenta edemas
  - Orofaringe: congestiva, eritematosa, no presenta exudado
  - Cuello: se palpa adenopatía cervical derecha de aproximadamente 0.5 cm, móvil, no dolorosa
  - Sistema linfático: Se palpa adenopatía cervical derecha de aproximadamente 0.5 cm, adenopatía axilar derecha de aproximadamente 1 cm móvil, no dolorosa.
  - Tórax y pulmones: Se ausculta murmullo vesicular en AHT, no ruidos agregados.
  - Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos.
  - Abdomen: RHA presentes. abdomen blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación.
  - Neurológico: despierto, activo, conectado con el entorno, no signos meníngeos, pupilas fotorreactivas.

Diagnóstico:

1. Enfermedad por arañazo de gato

Tratamiento:

- Azitromicina 10 mg/kg/día por 5 días
- Paracetamol 15 mg/kg/dosis cada 8 horas por 3 días
- Se explican signos de alarma a la madre
- Control por consultorio externo en 5 días

## **Caso clínico n.º 2**

Anamnesis:

Paciente varón de 5 años con tiempo de enfermedad de 13 días, acude a emergencias del INSN por presentar aumento de volumen en cara y párpados,

posterior a ello se añade aumento de volumen del abdomen y MMII. Madre refiere que nota orina espumosa y disminución del volumen de la orina.

Antecedentes:

- Niega antecedentes patológicos
- Niega antecedentes quirúrgicos
- Niega alergia a medicamentos

Examen físico:

- Funciones vitales: FC: 120 lpm, FR: 25 rpm, P/A: 105/70 (P50 – P90), SatO<sub>2</sub>: 99%
- Antropometría: Peso: 23.5 Kg
- Examen físico preferencial:
  - Estado general: ventilación espontánea.
  - Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, edema en toda la cara, abdomen, ambos miembros inferiores, fóvea +/+++ . No se visualiza edema en genitales.
  - Tórax y pulmones: Amplexión conservada, no tirajes, murmullo vesicular disminuido en ambas bases a predominio izquierdo. No rales
  - Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos.
  - Abdomen: globuloso y distendido, con perímetro abdominal de 62 cm, matidez desplazable, signo de la oleada positivo.
  - Neurológico: despierto, activo, relacionado con el entorno, no focalización, no signos meníngeos, pupilas fotorreactivas.

Diagnósticos:

1. Síndrome edematoso
2. Descartar síndrome nefrótico debut idiopático vs. secundarismo
3. Anasarca
4. Oliguria: descartar insuficiencia renal aguda.

Plan de trabajo:

- NPO
- Hidratación 50% basal

- Furosemida 2 mg/kg STAT, luego 1 mg/kg/dosis c/8h
- Albúmina 1g/kg EV STAT pasar en 4h
- Nifedipino 5 mg PRN PA  $\geq$  112/75
- Peso diario
- Control de P/A en hoja aparte
- BHE estricto
- Interconsulta al servicio de nefrología

### **Caso clínico n.º 3**

#### Anamnesis:

Paciente de sexo masculino de 3 años con tiempo de enfermedad de 2 semanas caracterizado por aparición de vesículas en tobillo y tercio inferior de miembro inferior derecho asociado a prurito, que evoluciona a lesiones descamativas a los 7 días. Madre nota aumento de estas lesiones en tórax, persistiendo el prurito y las lesiones del miembro inferior derecho presentan una secreción mielicérica. Tres días antes del ingreso presenta fiebre de 38.9°C.

#### Antecedentes

- Patológicos: dermatitis atópica
- Niega antecedentes quirúrgicos
- Niega alergia a medicamentos

#### Examen físico:

- Funciones vitales: FC: 103 lpm, FR: 24 rpm, SatO2: 98%, temperatura: 37.1°C
- Antropometría: Peso: 16.5kg
- Examen físico preferencial:
  - Estado general: ventilación, sin apoyo oxigenatorio.
  - Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2", lesiones descamativas eritematosas pruriginosas con secreción amarillenta en miembros inferiores.
  - Ojos: región periorbitaria con lesiones descamativas

- Tórax y pulmones: Amplexión conservada, murmullo vesicular pasa bien en AHT, no tirajes, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación. Presenta lesiones descamativas y pruriginosas en toda la región abdominal.
- Neurológico: despierto, irritable, reactivo a estímulos

Diagnóstico:

1. Dermatitis atópica sobreinfectada

Plan de trabajo:

- Oxacilina 150 mg/kg/día vía endovenosa
- Clorfenamina 0.35 mg/kg/día dividido cada 6 horas.
- Solución de Burow: aplicar en compresas sobre lesiones húmedas mañana y noche
- Se sugiere hospitalización

#### **Caso clínico n.º 4**

Anamnesis:

Paciente mujer de 1 año 5 meses, dos días antes del ingreso presenta vómitos de contenido alimentario en 10 oportunidades durante la noche. Madre refiere haber consumido alimentos de la calle junto a su hija. Un día antes del ingreso, continua con vómitos y se añade sensación de alza térmica, disminución del flujo urinario y no realizar deposiciones hace 3 días. El día del ingreso presenta 15 vómitos y tendencia al sueño, razón por la cual es llevada a la emergencia del INSN.

Antecedentes:

- Patológicos: Constipación
- Niega antecedentes quirúrgicos
- Niega alergia a medicamentos

Examen físico:

- Funciones vitales: FC: 164 lpm, FR: 22 rpm, SatO2: 98%, temperatura: 37.1 °C
- Antropometría: Peso: 11 kg
- Examen físico preferencial:
  - Estado general: ventilación espontánea, sin apoyo de O<sub>2</sub>.
  - Piel y TCSC: tibia, poco hidratada, poco elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, signo del pliegue positivo.
  - Ojos: hundidos
  - Boca: Mucosa oral seca, lengua poco hidratada
  - Tórax y pulmones: Amplexión conservada, murmullo vesicular pasa bien en AHT, no tirajes, no ruidos agregados.
  - Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos audibles
  - Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación.
  - Neurológico: despierta, conectada con el entorno, irritable al examen físico, no signos de focalización

Diagnóstico:

1. Deshidratación moderada
2. Intoxicación alimentaria
3. Constipación

Plan de trabajo:

- Se indica hospitalización
- NPO
- Enema evacuante 65 ml IR STAT
- NaCl 0.9% 100cc x h x 4h (VT: 400cc), luego
 

Dextrosa 5% 100cc	}	45cc/h (VT:1080)
NaCl 20% 40cc		
KCl 20% 10cc		
- Dimenhidrinato 20mg EV PRN nauseas y/o vómitos
- Reposición de pérdidas al 100% con NaCl 0.9% EV vol-vol por cada vómito y/o diarrea
- Metamizol 220 mg EV PRN T ≥ 38°C

- Balance hidroelectrolítico

#### **1.4 Ginecología y Obstetricia**

La rotación en ginecología y obstetricia en el Instituto Nacional Materno Perinatal está compuesta de dos especialidades que se complementan entre sí. En esta rotación se logro rotar por servicios como centro obstétrico, servicio de hospitalización de obstetricia y servicio de ginecología de las cuales, observamos la alta demanda de pacientes teniendo unos 40 pacientes por servicio.

A continuación, se expondrán cuatro casos vistos en esta rotación:

##### **Caso clínico n.º 1**

Anamnesis:

Paciente mujer de 28 años ingresa a la emergencia del INMP por presentar sangrado vaginal desde hace un día, acompañado de dolor tipo cólico en hipogastrio. Trae prueba de BHCG en orina positiva. Niega otros síntomas

Antecedentes:

- Menarquia: 14 años
- Fecha de última regla: 26/06/2022
- Inicio de relaciones sexuales: 16 años
- No utiliza método anticonceptivo
- Fórmula obstétrica: G5P3013
- Cesareada anterior tres veces
- Periodo intergenésico de 9 años.
- Niega alergias
- Niega antecedentes patológicos

Examen físico

- Funciones vitales: PA: 124/77, FC: 88 lpm, FR:14 rpm, SatO2: 99%, temperatura: 36.9°C
- Antropometría: talla: 160 cm y peso 80 kg

- Examen físico:
  - Estado general y sensorio: AREG, AREH, AREN
  - Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica. No edemas, llenado capilar menor a 2 segundos
  - Tórax y pulmones: simétrico, se ausculta murmullo vesicular en AHT, no ruidos agregados
  - Aparato cardiovascular: presenta RCR de buena intensidad, no se auscultan soplos
  - Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes.
  - Genitales externos y vagina: sangrado en moderada cantidad
  - Cérvix: orificio cervical externo abierto
  - Útero: AVF +/- 7cm

#### Impresión diagnóstica

1. Aborto incompleto
2. Alto riesgo obstétrico: cesareada anterior tres veces, periodo intergenésico largo

#### Plan:

- Perfil de gestante
- Ecografía transvaginal
- Reevaluación con resultados

#### Exámenes de laboratorio:

Hb: 10.9, leucocitos: 11800, abastionados: 0, plaquetas: 266000, TP: 13, TTPA: 29, fibrinógeno: 442, grupo y factor: O+

Ecografía transvaginal: útero AVF, regular, homogéneo, 101 x 61 x 70 mm, endometrio: 18 mm, hallazgo compatible con coágulos y restos endouterinos

#### Diagnóstico:

1. Aborto espontáneo incompleto

#### Indicaciones

- NPO



- NACL 0.9% 1000cc vía endovenosa
- Preparar a la paciente para Aspiración Manual Endouterina

## **Caso clínico n.º 2**

### Anamnesis:

Primigesta de 19 años con 37 semanas 6 días de gestación acude a INMP para control prenatal y es derivada a emergencias por presentar contracciones uterinas. Niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido.

### Antecedentes:

- Patológicos: tiene ficha de tratamiento y seguimiento de sífilis (tratamiento concluído)
- FUR: 23/09/2021
- FPP: 02/07/2022
- Fórmula obstétrica: G1P000
- Niega antecedentes quirúrgicos y niega alergia a medicamentos

### Examen físico

- Funciones vitales: PA: 115/65, FC: 76, FR:14, SatO2: 99%, temperatura: 36.9°C
- Antropometría: Talla: 148cm, peso: 58 kg
- Examen físico preferencial:
  - Estado general y sensorio: AREG, AREH, AREN
  - Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica. No edemas, llenado capilar menor a 2 segundos
  - Tórax y pulmones: simétrico, se ausculta murmullo vesicular en AHT, no se auscultan ruidos agregados
  - Aparato cardiovascular: presenta RCR de buena intensidad, no soplos
  - Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes.
  - Útero: grávido de 34 cm, con dinámica uterina presente
  - Feto en longitudinal podálico derecho
  - LCF: 150

- Dilatación: 0
- Altura de presentación: -4

#### Diagnóstico:

1. Primigesta adolescente de 37 semanas 6 días
2. Pródromos de trabajo de parto
3. Atención materna por presentación de nalgas
4. Antecedente de sífilis tratada

#### Plan de trabajo:

- NPO
- Preparar para cesárea
- NaCl 0.9% 1000cc via EV
- Cefazolina 2g EV pre SOP
- Control obstétrico (DU+LCF)
- Control de funciones vitales

### **Caso clínico n.º 3**

#### Anamnesis:

Paciente mujer de 33 años refiere sangrado por vía vaginal que se acompaña de dolor pélvico de moderada intensidad. Niega otros síntomas

#### Antecedentes:

- Menarquia: 14 años
- FUR: 19/07/2022
- IRS: 22 años
- Método anticonceptivo: preservativo
- Fórmula obstétrica: G2P2002
- Cesareada anterior 2 veces por oligohidramnios
- Niega alergias
- Niega antecedentes patológicos

#### Examen físico

- Funciones vitales: PA: 100/60, FC: 80 lpm, FR:18 rpm, SatO2: 99%, temperatura: 37°C
- Antropometría: Talla: 150 cm, peso: 70 kg
- Examen físico preferencial:
  - Estado general y sensorio: AREG, AREH, AREN
  - Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica. No edemas, llenado capilar menor a 2 segundos
  - Tórax y pulmones: simétrico, se ausculta murmullo vesicular en AHT, no se auscultan ruidos agregados
  - Aparato cardiovascular: presenta RCR de buena intensidad, no se auscultan soplos
  - Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación superficial y profunda en hipogastrio.
  - Genitales externos: sangrado en regular cantidad
  - Cérvix: orificio cervical cerrado
  - Útero: AVF +/- 7cm

Presunción diagnóstica:

1. Embarazo ectópico

Plan de trabajo:

- Ecografía transvaginal
- Reevaluar con resultados

Ecografía transvaginal: saco gestacional anembrionado a nivel de istmo de 18x14mm con placentación posterior, vesícula vitelina de 3.9 mm, embrión sin actividad cardíaca.

Diagnóstico:

1. Gestación única inactiva de 7 semanas a nivel de istmo con placentación posterior

Indicaciones:

Hospitalización en el servicio de ginecología

Iniciar tratamiento médico de embarazo ectópico: Metrotexato 50 mg/kg/m<sup>2</sup> IM dosis única.

#### **Caso clínico n.º 4**

Anamnesis:

Paciente mujer de 45 años acude a emergencia del INMP por presentar tumoración en mama izquierda. Refiere rápido crecimiento del tumor durante el último mes

Antecedentes:

- Cesareada anterior tres veces
- Niega antecedentes patológicos y niega alergia a medicamentos

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 105/65, FC: 85 lpm, FR:17 rpm, SatO2: 99%, temperatura: 36.9°C
- Antropometría: talla: 140cm, peso: 60 kg
- Examen físico preferencial:
  - Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica. No edemas, llenado capilar menor a 2 segundos. Piel de mamá izquierda con zonas violáceas
  - Tórax y pulmones: simétrico, se ausculta murmullo vesicular en AHT, no ruidos agregados
  - Aparato cardiovascular: presenta RCR de buena intensidad, no se auscultan soplos
  - Mama izquierda: Tumoración de consistencia dura con bordes irregulares, no móvil, de aproximadamente 10 x 10 cm, ubicado en cuadrante inferior externo. Presenta zonas con coloración violácea.
  - Axila: No se palpan nódulos axilares

Presunción diagnóstica:

1. Descartar Tumor phylloides
2. Descartar cáncer de mama

Plan de trabajo:

- Hospitalización en el servicio de ginecología

- Ecografía axilar, ecografía mamaria bilateral
- Mamografía
- Biopsia de mama izquierda

Resultados de biopsia con aguja gruesa: Tumor phylloides maligno

Indicaciones:

- Programación para tratamiento quirúrgico.

## **CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA**

El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), fundado el 10 de octubre de 1826 en sus inicios llamado Casa Maternidad, donde el objetivo principal era la atención de partos de mujeres de bajos recursos económicos; así como también la formación de mujeres parteras. Actualmente este es un gran hospital de referencias ubicado en el distrito de Cercado de Lima que brinda atención especializada a las mujeres y al neonato (3).

Este es un gran hospital de referencia en lo que respecta a atención materno perinatal del Perú, por lo cual está categorizado como un establecimiento de salud III-2. Este instituto cuenta con 4 servicios de hospitalización (servicios A, B, C y D), centro obstétrico y unidad de cuidados intensivos neonatales (4).

El servicio A está dirigido a la atención de madres adolescentes, el servicio B está dirigido a la atención de las hemorragias obstétricas, el servicio C está dirigido a la atención de estados hipertensivos del embarazo y el servicio D está dirigido a la atención de madres con infecciones (corioamnionitis, VIH, etc).

El Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) se inauguró en noviembre de 1929 bajo la presidencia de Augusto B. Leguía, pero este abrió sus puertas para la atención de pacientes el 2 de enero de 1930. Este hospital está categorizado como un establecimiento III-2 y al igual que el INMP, es un gran hospital de referencia en nuestro país. En este establecimiento se brinda la atención integral a la población pediátrica, puesto que cuenta con las especialidades de medicina (incluyendo el servicio de emergencia), cirugía, odontología y salud mental (5). Además, en este hospital se desarrolla investigación científica para el constante aprendizaje de los profesionales de la salud.

El Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” se inauguró en el mes de julio del año 1956 durante la gestión del Vicealmirante Roque A. Saldías. Actualmente se encuentra dirigido por el Contralmirante SN (MC) Manuel Laca Barrera (6).

Esta institución prestadora de servicio de salud es reconocida por ser pionera en Perú en trasplantes de riñón en pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal. Asimismo, es una institución acreditada como Donador-Trasplantador de córneas. Este establecimiento es considerado una categoría III-1 de complejidad, contando múltiples especialidades médicas también con una unidad de cuidados intensivos especializado (6). La población que puede acceder a los servicios de salud brindados por esta institución se conforma por el personal militar en actividad, personal militar en retiro y sus familiares. En caso personas civiles deseen ser atendidas, esto se dará de forma de atención privada

## **CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL**

En este capítulo se escogerá un caso clínico de cada rotación realizada en el Instituto Materno Perinatal, Instituto Nacional de Salud del Niño y Centro Médico Naval.

### **3.1 Cirugía general**

En el primer caso clínico abordamos la patología de apendicitis aguda, siendo esta enfermedad una de las condiciones quirúrgicas más vistas en el tópico de emergencia de cirugía general del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”.

Para sospechar de un cuadro de apendicitis, existen síntomas que nos puedan ayudar a llegar a un correcto diagnóstico, los cuales se muestran en el Anexo N°1 (7). El dolor abdominal tipo cólico que se localiza en región periumbilical y que incrementa en intensidad dentro de las 24 horas, migrando al cuadrante inferior derecha, suele sumarse a náuseas y vómitos y fiebre mayor de 38°C. Dentro del examen físico, es de suma importancia realizar el signo Mc Burney, signo de Rovsing, signo del psoas, signo del Obturador, entre otros.

La manifestación laboratorial con mayor sensibilidad que puede diagnosticar la apendicitis aguda es encontrar signos de respuesta inflamatoria, como leucocitos con predominio de neutrófilos o PCR elevado (8).

Para el diagnóstico inicial se solicita ecografía y tomografía abdominal siendo útil para el tratamiento quirúrgico.

Para un correcto tratamiento, se recomienda optar por una cirugía electiva denominada apendicectomía laparoscópica; teniendo como exclusión a las peritonitis, abscesos, gangrena o perforación.

En el caso presentado, el paciente fue sometido a una apendicectomía laparoscópica por apendicitis aguda congestiva y fue dado de alta a las 48 horas de la intervención.



### **3.2 Medicina Interna**

Con respecto al primer caso clínico cuyo diagnóstico fue ITU complicada recurrente, esta patología es la más vista en emergencia de Medicina Interna en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”, siendo el caso típico “paciente mujer en edad fértil”.

Se define una infección del tracto urinario recurrente cuando se presentan tres o más infecciones sintomáticas en un plazo de un año o cuando presenta dos o más infecciones sintomáticas en seis meses (9). La recurrencia puede deberse a una reinfección, una recaída o no concluir con el tratamiento indicado.

Uno de los uropatógenos más encontrados son las betalactamasas de espectro extendido, como en el caso presentado cuyo urocultivo mostrado fue de *E. Coli BLEE* (10).

Para llegar al correcto diagnóstico, se requiere de una anamnesis dirigida, estructurada y completa. Solicitando exámenes de laboratorio tales como examen de orina y el urocultivo, que son necesarios e indispensables para realizar un diagnóstico oportuno (10).

Con respecto al tratamiento, al hospitalizar una infección del tracto urinario complicado se debe iniciar tratamiento con Carbapenem (Ertapenem o Meropenem observando el grado de estabilidad hemodinámica del paciente) hasta obtener a los cinco días el resultado de urocultivo con antibiograma y de acuerdo con los resultados, evaluar si se debe rotar a otro antibiótico o se continúa con el tratamiento ya iniciado. Posterior al tratamiento, se debe brindar recomendaciones de cuidados e higiene personal para evitar otra próxima infección urinaria.

### **3.3 Pediatría**

El cuarto caso de pediatría se trata de una deshidratación moderada en niños. La causa más frecuente son las diarreas agudas, que en la mayoría de casos de pediatría son virales. Es de suma importancia conocer el manejo de la deshidratación en pediatría ya que es una patología muy frecuente dentro de la consulta médica pediátrica.

En cuanto a la evaluación, es importante preguntar sobre alimentos ingeridos en mal estado, viajes recientes, afectación familiar. En el caso de la paciente, la madre refirió haber consumido alimentos en la calle por lo que se sospechó de una intoxicación alimentaria ya que se desconoce el estado de dichos alimentos (11).

La evaluación del grado de deshidratación está presentada en el Anexo N°2, principalmente se evalúa llenado capilar, ojos hundidos, mucosa oral seca, signo del pliegue y alteración del estado de conciencia (12).

En los casos de intolerancia oral, la rehidratación debe comenzarse de forma lenta, el niño debe ir consumiendo pocos mililitros de SRO, aproximadamente 5 a 10 ml cada 5 minutos durante los 30 primeros minutos. Los volúmenes se presentan en el Anexo N°3. En caso el niño este tolerando el volumen, este se puede aumentar por los siguientes 30 minutos. De no haber tolerancia oral, se puede pasar a rehidratación por gastroclisis o endovenosa (13).

La paciente del caso clínico presentado presentaba más de 10 episodios de vómitos por lo que se optó por la hospitalización para la rehidratación vía endovenosa.

Como antiemético, se suele utilizar el ondasetron en mayores de 6 meses. Este es un fármaco inhibidor serotoninérgico utilizado en el manejo de vómitos en los pacientes con gastroenteritis. En el caso presentado se utilizó dimenhidrinato, otro fármaco utilizado como antiemético (14).

### **3.4 Ginecología y obstetricia**

El primer caso clínico presentado hace referencia al aborto incompleto. Este es uno de las principales causas de atención en emergencia del INMP y es una de las patologías más vistas, teniendo una incidencia de 11 a 20%

De acuerdo con la Comisión de Bioética de SEGO, la definición de aborto hace referencia a la expulsión o extracción del producto menor a los 500 g de peso (el cual se alcanza aproximadamente a las 22 semanas de gestación) o de otro producto de gestación que sea no sea viable (15).

Se puede clasificar de acuerdo a la forma de presentación como espontáneo o inducido.

Dentro de la clasificación de aborto espontáneo, este se puede clasificar de la siguiente manera (16):

- Aborto en curso: en el examen ginecológico la paciente presenta el orificio cervical interno abierto y las membranas intactas
- Aborto retenido: El producto queda retenido en el útero, no hay expulsión de los restos ovulares
- Aborto frustrado: retención del producto sin vida durante un periodo de un mes.
- Aborto incompleto: expulsión parcial de los restos embrionarios
- Aborto completo: expulsión total del producto

En el caso clínico presentado, la paciente es diagnosticada con un aborto espontáneo incompleto debido a que la ecografía transvaginal mostró restos endouterinos.

Hasta la mitad de los casos de aborto espontáneo están relacionados con alteraciones cromosómicas.

El diagnóstico está basado fundamentalmente en el cuadro clínico, donde la paciente presenta dolor asociado a sangrado vaginal, correlacionado con la ecografía transvaginal. En cuanto al manejo, se puede realizar una aspiración manual endouterina o un legrado uterino.

La aspiración manual endouterina tiene las siguientes indicaciones:

- Aborto incompleto o embarazo anembrionado: menor a 12 semanas de gestación y dilatación cervical  $\leq 2\text{cm}$  (17)
- Aborto séptico de hasta 6-8 horas luego de iniciado el tratamiento antibiótico
- Aborto retenido con tamaño uterino  $\leq 12\text{cm}$
- En los casos de mola hidatiforme

En el caso presentado, la paciente tenía una edad gestacional de 7 semanas y se encontraba hemodinámicamente estable, por lo que se decidió someterla a una aspiración manual endouterina.

## **CAPÍTULO IX: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

El internado médico tuvo como fecha de inicio el 1 de junio del 2022 y culminó el 31 de marzo del 2023. Como ya se mencionó anteriormente, este no tuvo inicio el 1 de enero como habitualmente se llevaba a cabo, lo cual afectó en el tiempo del internado no llevarlo en 12 meses como anteriores años.

Durante estos 10 meses se ha evidenciado que por la pandemia del COVID-19 afectó los servicios de salud, además se evidenció la disminución de casos severos y hospitalización gracias a la disponibilidad de las vacunas contra COVID-19 y el manejo adecuado de esta.

A pesar de llevar a cabo dos años de la carrera de manera virtual debido a la pandemia, como internos de medicina logramos adquirir muchos conocimientos y habilidades en estas cuatro grandes especialidades por las que se pudo rotar en hospitales tales como el MINSA y de la sanidad.

Asimismo, a pesar de las dificultades ya sea el haber tenido clases virtuales por dos años no afectaron en nuestro desarrollo en el internado médico, como otra dificultad que enfrentamos fue el poco tiempo del internado más los horarios agotadores como las guardias médicas que a pesar de ello aprovechamos en cada procedimiento y práctica clínica, hemos tenido la oportunidad de trabajar con todo un equipo de profesionales de la salud, quienes nos han ayudado a mejorar nuestras habilidades clínicas para así poder atender de la mejor manera a los pacientes. Como internas de medicina humana y futuras médicas cirujanas, estamos agradecidas con por esta enriquecedora experiencia de seguir aprendiendo y avanzar en nuestra carrera profesional.

## CONCLUSIONES

Este último año de la carrera de medicina humana es considerado uno de los más importantes para ejercer nuestra profesión ya que en esta etapa consolidamos todos los conocimientos adquiridos y enfrentamos múltiples dificultades que nos hicieron crecer personal y profesionalmente.

Hubo una falta de organización en la realización de actividades académicas durante el periodo de rotación en los centros de salud, lo cual debe mejorar con la ayuda de los tutores asignados.

Pese a dificultades tales como la pandemia por COVID- 19 fuimos afectados de manera que disminuyeron el número de plazas para desarrollar el internado médico en hospitales y la disminución de meses para nuestra formación lo cual nos llevo a realizarla en 10 meses, pese a estas adversidades logramos cumplir con el aprendizaje requerido y también pudimos observar las carencias del sistema de salud que intenta recuperar día tras día.

Por otro lado, las instituciones prestadoras de servicio de salud como el Instituto Nacional Materno Perinatal, Instituto Nacional de Salud del Niño y Centro Médico Naval, cuentan con todos los requisitos e implementación indispensable para el adecuado desarrollo del internado médico.

Por último, podemos afirmar que el internado médico es un periodo de suma importancia y vital para todo futuro médico, en donde se adquiere mayor conocimiento práctico para la formación de todo médico general.

## RECOMENDACIONES

- Debido a la pandemia del COVID- 19 se redujo el tiempo de internado a 10 meses, se recomienda la ampliación de esto al tiempo habitual de un año para seguir adquiriendo conocimientos en la práctica clínica.
- Continuar con las rotaciones tanto en hospitales como centros de salud de niveles I-3 o I-4 puesto que el Servicio Rural Urbano Marginal (SERUM) lo llevaremos a cabo en el primer nivel de atención.
- Mayor seguimiento académico por parte de los tutores asignados en cada establecimiento de salud para asegurar la calidad de enseñanza, debido a falta de actividades académicas en el periodo de rotación en los centros de salud.
- Capacitaciones sobre la organización de los centros del primer nivel de atención, así como también en el llenado de FUAS, HIS, etc. Todo ello con el objetivo de estar preparados para desempeñarnos como médicos generales durante el SERUMS.
- Asesorías a cargo del área de psicología de nuestra facultad para abarcar temas de manejo del estrés, habilidades de gestión del tiempo etc.; debido a la carga que conlleva laborar muchas horas en los establecimientos de salud.
- Incentivar a los estudiantes de medicina a la realización de investigación científica con la adecuada asesoría por parte de la universidad.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Resolución Ministerial N° 351-2022/MINSA [citado el 11 de abril de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-351-2022-MINSA.pdf>
2. Nieto-Gutiérrez W, Bendezú-Quispe G, Taype-Rondan Á. Why do pre graduate medical interns go into strike in Perú? Rev Med Chil [Internet]. 2016;144(4):538–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000400020>
3. Recordando siempre la historia del Instituto Nacional Materno Perinatal, la ex Maternidad de Lima | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 13 de octubre de 2022 [citado 11 de abril del 2023]; Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/234>
4. Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. Gob.pe. [citado el 11 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/inmp>
5. INSN - Instituto Nacional de Salud del Niño [Internet]. INSN - Instituto Nacional de Salud del Niño. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.insn.gob.pe>
6. Marina de Guerra del Perú | CENTRO MEDICO NAVAL | CENTRO MEDICO NAVAL [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.marina.mil.pe/es/servicios/bienestar/centro-medico-naval/>
7. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la apendicitis aguda - GPC [Internet]. 2022 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://gpc-peru.com/apendicitis>

8. Dubón Peniche María del Carmen, Ortiz Flores Anahí. Apendicitis aguda, su diagnóstico y tratamiento. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2014 Ago [citado 2023 Abr 12] ; 57( 4 ): 51-57. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422014000400051&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000400051&lng=es).
9. Valdevenito JP, Álvarez D. Infección urinaria recurrente en la mujer. Rev Med Clin Condes. 1 de marzo de 2018;29(2):222-31.
10. Guía de práctica clínica para el manejo de la infección del tracto urinario no complicada (2019) - GPC [Internet]. 2021 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://gpc-peru.com/gpcitu>
11. B. García Pimentel, O Ordoñez Saez, Gastroenteritis aguda. Manual de urgencias de pediatría, España 2017; 10, 501-509
12. Gonzales C, Rojas R. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en pediatría. Perú, 2011
13. Anna F, Piotr D, Hania S. Diagnostic accuracy of clinical dehydration scales in children. Eur J Pediatr 2017
14. IDSA Guidelines for the Management of Infectious Diarrhea 2017
15. Cabero Roura L. Declaración de la Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la interrupción legal del embarazo. Prog Obstet Ginecol (Internet) [Internet]. 2009;52(1):67–8. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0304-5013\(09\)70147-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0304-5013(09)70147-5)



16. Perú. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y DE PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA 2010 [Internet]. Gob.pe. [citado el 11 de abril de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3318.pdf>

17. Cooper K, et al. Medical management of miscarriage: nonsurgical uterine evacuation of incomplete and inevitable spontaneous abortion, 1993

## ANEXOS

### Anexo 1:

TABLA 1. Score de Alvarado

Score de Alvarado	Puntos
Síntomas	
Dolor migratorio en FID	1
Náuseas y vómitos	1
Anorexia	1
Signos	
Defensa en FID	2
Fiebre > de 37 °C	1
Descompresión dolorosa	1
Laboratorio	
Leucocitosis (> 10 × 10 <sup>9</sup> /l)	2
Desviación a la izquierda de neutrófilos	1
Total	10

FID: fosa ilíaca derecha.

## Anexo 2:

Síntomas	No Deshidratación (DH)	DH leve o moderada	DH grave
Pérdida de Peso	Pérdida de peso <3%	Pérdida de peso 3-8%	Pérdida de peso ≥9%
Estado mental	Bien, alerta	Normal, cansado o inquieto; irritable	Apático, letárgico, inconsciente
Sed	Normal	Sediento, impaciente por beber	Bebe mal; incapaz de beber
Frecuencia cardíaca	Normal	Normal o aumentada	Taquicardia, intensidad disminuida
Pulso	Normal	Normal o algo débil	Débil, filiforme, de difícil palpación
Respiración	Normal	Normal; rápida (taquipnea)	Profunda (batipnea)
Ojos	Normal	Ligeramente hundidos	Muy hundidos
Lágrimas	Normal	Disminuida	Ausente
Boca y lengua	Húmedas	Secas	Muy seca
Pliegue cutáneo	Normal	Normal	Retracción lenta (mayor de 2 seg.)
Llenado capilar	Normal	Normal	Prolongado (mayor de 2 seg.)
Extremidades	Tibio	Fría	Muy fría
Diuresis	Normal	Disminuida	Mínima o ausente
Presión Arterial	Normal	Normal	Normal (límite inferior) o Hipotensión

Adaptado de World Health Organization. Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Illnesses with Limited Resources. Geneva: WHO; 2005.

Guarino A, Albano F, Ashkenazi S, Gendrel D, Hoekstra JH, Shamir R, et al. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases: Evidence-based guidelines for the Management of acute gastroenteritis in children in Europe. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2008; 46(suppl 2): S81-S84.

Koletzko. S, Osterrieder. S. Acute Infectious Diarrhea in Children. Dtsch Arztebl Int 2009; 106(33): 539-48

### Anexo 3:

#### VOLUMEN DE SORBO RECOMENDANDO DE ACUERDO AL PESO, BASADO EN LA INGESTA DE LÍQUIDOS OBJETIVO

Peso	Sorbo de volumen cada 5 minutos
<10kg	1 ml/kg
10 kg	10 ml
Por cada 5 kg adicional	Aumentar el volumen de sorbo en 5 ml (volumen máximo = 50 ml)

Administrar a través de una jeringa o cuchara de medicina durante 1 hora; una vez no haya habido vómitos en 1 hora puede aumentar el volumen por sorbo o beber libremente para la ingesta de líquidos objetivo; continuar con hidratación oral durante 4 horas.

Fuente: Rebecca AC, Shawna SM, Jamil M. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Pediatric Acute Gastroenteritis in the Outpatient Setting. Journal of Pediatric Health Care. 2016.<sup>15</sup>

...