



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL  
MILITAR CENTRAL 2022-2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**FLOR JHONELLA CANDELA AVILA**

**ASESOR**

**LINCOLN BLÁCIDO TRUJILLO**

**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  
MILITAR CENTRAL 2022-2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR**

**FLOR JHONELLA CANDELA AVILA**

**ASESOR**

**DR. LINCOLN BLÁCIDO TRUJILLO**

**LIMA, PERÚ**

**2023**

## **JURADO**

**Presidente:** Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

**Miembro:** Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

**Miembro:** Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

## **DEDICATORIA**

A mis padres, por ser la mano que me sostuvo todo el camino, me levantó en todas las caídas y me aplaudió en todas las victorias durante esta carrera.

## ÍNDICE

DEDICATORIA	3
ÍNDICE	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	9
1. Rotación en Pediatría	9
2. Rotación en Ginecología Y Obstetricia	12
3. Rotación en Medicina Interna	17
4. Rotación en Cirugía General	22
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	27
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	29
1. Rotación en Pediatría	29
2. Rotación en Ginecología y Obstetricia	31
3. Rotación en Medicina Interna	33
4. Rotación en Cirugía General	36
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	39
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	41

## RESUMEN

El año académico del internado es el último de la carrera de Medicina Humana. Es el periodo en el que los estudiantes podemos aplicar todos los conocimientos y habilidades aprendidas. Además, adquirimos nuevas habilidades para mejorar las relaciones médico-paciente, desarrollamos empatía con pacientes que conocemos en un solo día y con la familia responsable de su salud. El internado médico de 2023 tuvo una duración de 10 meses, se inició el 1 de mayo y culminó el 28 de febrero. Durante estos meses realicé mis prácticas en áreas no COVID del Hospital Militar Central. Con 4 rotaciones de 2 meses y medio de duración: Pediatría y Neonatología, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General. En el trabajo expuesto a continuación, se muestran experiencias con personas hospitalizadas en el HMC en distintos periodos. Con una breve descripción de dicho hospital y sus estancias. Además, se mencionan las funciones del interno y la importancia de su rol en la dinámica del hospital. Tomando en cuenta las condiciones y limitaciones debido al aún presente impacto de la pandemia.

**Palabras clave:** Hospital Militar Central, internado médico, rotaciones, experiencias

## **ABSTRACT**

The academic year of the medical internship is the last one of the Human Medicine career. It is the period in which medical students can apply all the knowledge and skills previously learned. In addition, we acquire new skills to improve doctor-patient relationships, we develop empathy with patients we meet in a single day, and with the family responsible for their health. The 2023 medical internship lasted 10 months, starting on May 1st and ending on February 28th. During these months I did my internship in non-COVID areas of the Central Military Hospital. With 4 rotations of 2 and a half months duration: Pediatrics and Neonatology, Gynecology and Obstetrics, Internal Medicine, General Surgery. In the project presented below, experiences lived with people hospitalized in the HMC in different periods are shown. With a brief description of said hospital and its stays. In addition, the functions of the intern and the importance of their role in the hospital dynamics are mentioned. Taking into consideration the conditions and limitations due to the still present impact of the pandemic.

**Keywords:** Central Military Hospital, medical internship, rotations, experiences

## TURNITIN

### Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO  
EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL 202  
2-2023**

AUTOR

**FLOR JHONELLA CANDELA AVILA**

RECuento de palabras

**9062 Words**

RECuento de caracteres

**48358 Characters**

RECuento de páginas

**45 Pages**

Tamaño del archivo

**109.0KB**

Fecha de entrega

**Apr 11, 2023 8:43 AM GMT-5**

Fecha del informe

**Apr 11, 2023 8:44 AM GMT-5**

#### ● 9% de similitud general

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

- 9% 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

  
NA. 518065500  
Lincoln F. Blácido Trujillo  
MÉDICO PEDIATRA  
CMP 18196 RNE 11962

<https://orcid.org/0000-0002-1829-3679>

## INTRODUCCIÓN

El internado de medicina constituye el último año de la carrera de Medicina Humana, y es un año académico que sirve para fortalecer los conocimientos adquiridos y aplicarlos a la práctica.

Este periodo significa estar en un ámbito laboral, ya no como estudiantes sino como practicantes, se cumplen responsabilidades, preocupaciones, y sanciones correspondientes. Es una etapa para familiarizarse con todo el manejo multidisciplinario que representa el tratar a un solo paciente, y con todas las actividades preparadas para el resto de la comunidad externa a la hospitalización.

La etapa del internado incluye el recorrido por 4 especialidades de Medicina, que son las siguientes: Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, y Cirugía General. Cada rotación con una duración de 2 meses y medio con un total de 10 meses.

Se realizó en el Hospital Militar Central (HMC); ubicado en el distrito de Jesús María en Lima; inaugurado en 1958, y remodelado en 1974 junto a una ampliación en el mismo año. Es de categoría III-1, en el que se tuvo la oportunidad de rotar los 10 meses en todas las especialidades; a diferencia de algunos otros internos que, por la coyuntura, tuvieron que efectuar algunas rotaciones en un hospital y otras en un centro de salud categoría I-3 y I-4.

A causa de este contexto, es que el inicio del internado se dio para nuestra sede el 1 de mayo de 2022 y culminó el 28 de febrero de 2023.

En el presente trabajo, se presentan algunos casos experimentados durante esta etapa; junto a una descripción del hospital en el que se presentaron (HMC).

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

En este trabajo se presentan 8 casos clínicos en los que participé durante cada una de las rotaciones que realicé en el Hospital Militar Central.

### **1. Rotación en Pediatría**

La primera especialidad para mi grupo de rotación fue la de Pediatría, que inició el 01 de mayo del 2022 hasta el 15 de julio del mismo año.

#### **Caso clínico n.º 1**

Acude a la emergencia lactante de 5 meses de edad, traído por su madre, quien refiere que el paciente presenta desde 3 días antes del ingreso rinorrea, tos, estornudos y fiebre de 38.5 °C; el día que ingresa por emergencia nota que se agrega disnea, dificultad para la lactancia, y nota tendencia a la somnolencia. Refiere que el hermano mayor de 3 años ha presentado, 8 días antes del ingreso del paciente, tos, rinorrea y estornudos.

Antecedentes:

- Nacido de parto prematuro a las 32 semanas
- Bajo peso al nacer: 2.1 kg
- Vacunas completas para la edad

Examen físico:

- Aparente mal estado general, regular estado de hidratación.
- Peso: 6 kg
- FC 140 lpm, FR: 62 rpm, T: 38,1 °C, SaO<sub>2</sub>: 91 %

- TyP: polipnea, tiraje subcostal y supraesternal, hiperresonancia en ambos hemitórax, MV pasa bien en ambos campos, se auscultan sibilancias y roncales difusos en AHT.
- CV: RCR, buena intensidad, no se auscultan soplos.
- SNC: somnolencia, reactivo a estímulos, llanto intermitente.

Exámenes auxiliares:

- Hemogramas: Hto: 30 %, Leuc: 12000, Neut: 40 %, Linf: 53 %
- PCR: 16.8
- Procalcitonina: 0.1

Con la presunción diagnóstica de síndrome obstructivo bronquial se decide hospitalizar al paciente para el manejo adecuado de la bronquiolitis (J 21.9).

Al primer día de hospitalización se inicia monitoreo continuo de la saturación por SaO<sub>2</sub> oscilante a < 92 % por lo que se decide suplementación. Se realiza nebulización con solución salina al 3 % en dosis repetidas. También se mantiene hidratado al paciente, se estimula la lactancia materna en varias tomas por periodos cortos.

En el segundo día de estancia el paciente presenta 3 cámaras de vómitos lácteos por lo que se le coloca sonda nasogástrica para mantener su alimentación. Mantiene saturación de oxígeno entre 90 % y 95 %. Se continúa con nebulizaciones a necesidad. Se encuentra afebril, no presenta molestias en el resto del día.

Al 3.<sup>er</sup> día se le realizan controles de hemograma y PCR, con disminución de valores, pero aún patológicos. Se nota mejoría en el estado de conciencia del paciente; retoma lactancia materna directa; se mantiene afebril; solo se auscultan roncales difusos leves en AHT. Se continúa con hidratación y manejo sintomático.

Se plantea alta con manejo en casa al notar buen estado de hidratación, remisión de proceso viral, estado afebril y tolerancia a la lactancia. Control a las 48 horas.

### **Caso clínico n.º 2**

Paciente, varón de 7 años traído por su madre a la emergencia refiriendo que el paciente inicia, 3 días antes del ingreso, con cuadro respiratorio alto, tos; al día siguiente la tos se vuelve más exigente, se le realizan inhalaciones con salbutamol (2 puff), con lo que mejora el cuadro momentáneamente; en la noche se exacerba la tos y causa un vómito alimentario. El día del ingreso, la madre nota que la tos se vuelve más exigente, causando dificultad respiratoria, por lo que acude a emergencia del HMC.

Antecedentes:

- Personales
  - Procedente de La Punta
  - Vacunas completas
  - Episodios recurrentes de obstrucción bronquial desde el primer año hasta, aproximadamente, 4 años.
  - 4 hermanos; es el 3ro
- Familiares: padre con asma, hermano mayor con asma
- Vivienda: material noble, cría 2 perros y 1 gato

Examen físico:

- AREG, AREH, AREN
- FR: 34 rpm, FC: 102 lpm, T: 36.6 °C, Sat O2: 94 %
- TyP: amplexación conservada, tiraje intercostal, MV pasa en AHT, se auscultan sibilancias al final de la espiración, AHT hiperresonantes.
- CV: RCR, buena intensidad, no se auscultan soplos

- SNC: LOTEP, reactivo, no signos meníngeos ni de focalización.

Presunción diagnóstica:

- Asma (J 45.9)

Se maneja al paciente en el área de observación con ciclos de inhalación de salbutamol en 3 puff sin aerocámara. Se reevalúa a los 15 minutos y mantiene saturación oscilante entre 92% y 94%; se administran 6 puff en 3 ciclos, con reevaluación cada 20 minutos. A su vez, se usa inhalación de bromuro de ipratropio en 4 puff cada 20 minutos. En la última evaluación el paciente mantiene saturación  $\geq 96\%$ , no se observan tirajes. Se auscultan AHT con MV que pasa bien, sin ruidos agregados.

Se da de alta al paciente con prescripción de Salbutamol: 2 puff a demanda; y bromuro de ipratropio 2 puff diarios. Acudir a control en 1 semana.

## **2. Rotación en Ginecología Y Obstetricia**

Esta rotación inició el 16 de julio al 30 de setiembre del 2022

### **Caso clínico n.º 1**

Paciente mujer de 34 años de edad, gestante de 39 semanas de gestación por fecha de última regla, que acude a la emergencia del HMC por presentar dolor tipo contracción uterina hace 24 horas; que han ido incrementando en frecuencia e intensidad. Hace +- 6 horas evidencia pérdida de tapón mucoso.

Antecedentes:

- Médicos: niega
- Quirúrgicos: apendicectomía 2010
- Ant. Familiares: madre fallecida por ca. Colon
- RAMS: niega
- Ginecológicos:
  - o FUR: 02/02/22

- EG: 39 ss
- Último PAP 2022 (-)
- Menarquia: 12 años
- RC: irregular
- IRS: 18 años
- URS. Hace 2 meses
- G2P0010
  - G1: Aborto incompleto -> LU 2015 HMC
  - G2: actual
- Controles prenatales: 7

#### Examen físico

- Peso: 79.6 kg Talla: 1.68 metros Temperatura: 36.3 °C PA: 121/64  
FC: 61 lpm FCF: 140 lpm
- CV: RCR, no se auscultan soplos.
- TyP: amplexación conservada, MV pasa bien en AHT, no ruidos agregados
- Abdomen: grávido, AU 33 cm, LCF 135, MF ++, SPP: LCI, DU: c/8-30 min
- GU: GE y BUS: no sangrado vaginal, no pérdida de líquido
- TV: AP -2, I 70 %, D: 4cm
- Especuloscopia: diferido
- Neurológico: LOTEPE, Glasgow 15/15, no signos de focalización ni meníngeos.

#### Exámenes auxiliares:

- Serológicos: negativo
- Grupo y factor: O +
- G: 77 mg/dL, Urea: 19.1 mg/dL, Creatinina 0.59 mg/dL
- Uroanálisis: pH 6, leuc 2-3 x campo, hematíes 5-7 x campo, bacterias 1+
- T coagulación: 6-8 min, T. sangría: 1-4 min, TTP: 34.1 segundos
- Hemograma: leuc 11.9, Hb 13.5 g/dL, hto 39.7 %, plaquetas 239 000

Con la impresión diagnóstica de gestación de 38.4 ss por FUR (Z 34.5) y trabajo de parto en fase activa, se hospitaliza a la paciente para sala de parto.

Inicia el Primer periodo a las 14:00 hrs hasta las 23:00, hora en la cual inicia el Segundo periodo, hasta las 23:39. Durante este tiempo la paciente presenta una disminución de la frecuencia y duración de contracciones por lo que se inicia la acentuación del trabajo de parto con oxitocina. La paciente tiene una buena respuesta a niveles bajos del uterotónico, ya que se llega a un máximo de 8 mUI con la que se obtiene una frecuencia de contracción de 5 en 10 minutos y una duración de 35 segundos.

Se procede a un parto espontáneo eutócico; sufre desgarro grado I, se le realiza episiorrafia mediana. Con producto mujer de 3.1 kg, Apgar 9 al minuto y 9 a los 5 minutos. Se extrae placenta completa con cordón umbilical central y membranas completas.

A la hora post parto, la paciente presenta una AU a 1 cm por debajo de cicatriz umbilical, con PA de 110/70, escasos loquios hemáticos sin mal olor.

En el primer día de puerperio inmediato, la paciente se encuentra estable, con:

- PA de 120/70 mmHg
- Mamas simétricas, turgentes, no secreción de calostro
- Abdomen: RHA (+), dolor a la palpación superficial y profunda del hipogastrio

- Genitales externos: loquios hemáticos escasos, sin mal olor, no edema
- MMII: no edema

Se maneja el dolor con Keterolaco 10 mg VO c/8h y diclofenaco 75 mg IM PRN dolor intenso. Se le ayuda con deambulaci3n asistida. Se le instruye en la t3cnica de lactancia. Por la tarde se consigue que salga calostro durante la lactancia.

Al segundo d3a de hospitalizaci3n, el dolor abdominal de la paciente disminuye considerablemente, deambula por s3 misma. contra3do por debajo de la cicatriz umbilical, episiorrafia bien afrontada, sin dolor ni signos de flogosis. Se considera el alta para el d3a siguiente

### **Caso cl3nico n.º 2**

Paciente mujer de 59 a3os, con antecedente de histerectom3a vaginal + colporrafia anteroposterior por prolapso uterino grado IV, que acude al servicio de emergencia por presentar desde un d3a antes del ingreso, dolor abdominal difuso en flanco izquierdo y se irradia a regi3n lumbar. Refiere intensidad del dolor 9/10, que limita sus movimientos, y asociado a n3usea y v3mito en 1 ocasi3n de contenido biliar.

Antecedentes:

- Quir3rgicos: colecistectom3a (1993), ces3rea (1995), histerectom3a vaginal + colporrafia anteroposterior (2022)
- Patol3gicos: niega
- Ginecol3gicos:
  - o FUR: 2008
  - o G3P3003
    - G1: 1986, masculino, 4.1 kg, parto vaginal
    - G2: 1989, masculino, 3.8 kg, parto vaginal
    - G3: 1995, femenino 3.450 kg, parto por ces3rea

- Menarquia: no recuerda
- IRS: 19 años
- URS: 17/08/22
- Parejas sexuales: 1

Examen físico:

- FC: 89 lpm, FR 24 rpm, PA 110/70 mmHg
- Mamas: blandas, simétricas, no dolor a la palpación
- T y P: amplexación conservada, MV pasa bien por AHT, no ruidos agregados.
- CV: RCR, de buena intensidad, no soplos
- Abd: blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca izquierda que se irradia a flanco izquierdo y región lumbar
- GU: PPL (+)
- Especuloscopia: diferida

Exámenes auxiliares:

- Urea 34.9, creatinina 0.59
- Ecografía: útero ausente por antecedente quirúrgico, ovarios no visibles, fondo de saco libre. Incidentalmente se observa dilatación de la pelvis, cálices y uréter en relación con hidroureteronefrosis izquierda

Se decide su hospitalización bajo la sospecha diagnóstica de:

- PO histerectomía (HV + colpo AP) (Z 54.0)
- Sd doloroso abdominal (R 10.4)
- D/C obstrucción ureteral (N 13.0)

Al primer día de hospitalización, se maneja con metronidazol 1 gr EV c/8h. Se solicita evaluación por Urología y UROTEM para D/C de hidroureteronefrosis izquierda; solicitados por junta médica.

### **3. Rotación en Medicina Interna**

El inicio de la rotación de Medicina Interna se dio el 1 de octubre hasta el 15 de diciembre

#### **Caso clínico n.º 1**

Paciente varón de 37 años llega a la emergencia por presentar hematuria persistente desde hace 45 días, al igual que tos crónica persistente, fiebre hasta 40 grados, pérdida de peso de aproximadamente 10 kilos en 1 mes, con dolor en zona inguinal derecha, acompañado de astenia e hiporexia.

Antecedentes de importancia: 3 hospitalizaciones: por leptospirosis en el 2009, por infección por COVID-19 en el 2021, por síndrome febril (sin diagnóstico) en el 2021. Alérgico a la penicilina y ceftriaxona.

Examen físico:

- FC: 90 por minuto      FR: 16 por minuto      SatO2: 99%      Temperatura: 38.3°C
- Orofaringe: no congestiva, no eritematosas
- Amígdalas: normales
- Cuello: no adenopatías
- Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa por ambos hemitórax discretamente disminuido en bases. No se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos.
- Región inguinal: no se palpan adenopatías

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb 10.5 g/dl, leuc. 1.5, plaquetas 90 000

- Examen de orina: leuc. 2-3 por campo, proteínas +
- Bioquímica: TGO 73.3 UI/L, TGP: 72.3 UI/L, BT: 1.34 mg/dL a predominio directo (BD: 0.75 mg/dL), FA: 279 UI/L, GGT: 345 UI/L, PCR 161.1, ASO: 284 mg/dL, Factor reumatoideo: 12.8 mg/dL
- Inmunología: serológicos no reactivos
- Ecografía abdominal: linfadenitis inguinal derecha

Con un diagnóstico presuntivo de síndrome febril de etiología a determinar, bicitopenia y anemia, se decide hospitalizar al paciente.

En su primer día de hospitalización, se administra paracetamol EV que consigue remitir la fiebre por la mañana. Es evaluado por Infectología que, con los exámenes mencionados previamente, llega a una impresión diagnóstica de:

- Pancitopenia (D 61.8):
  - D/C causa infecciosa: TBC, brucelosis, fiebre tifoidea
  - D/C causa no infecciosa
- Sd. Consuntivo (R 63.4)
- D/C Inmunosupresión

Se sugiere solicitar BK en esputo, orina y heces; TEM toraco abdomino pélvico; hemocultivo; evaluación por hematología, marcadores tumorales, y posibilidad de mielocultivo

Por la tarde, el paciente hace fiebre de 39 °C, se toma hemocultivo I y II, y se administra Metamizol 1gr EV. Se envían 2 muestras de hemocultivo al laboratorio. Se toma muestra para depuración de creatinina en orina de 24 horas. Por la noche hace fiebre de 38°C que remite con Metamizol 1gr EV.

Al segundo día de hospitalización se envía una muestra parasitológica al laboratorio; se le entrega al paciente frasco para muestra de BK y se le educa para juntar muestra al día siguiente. Se obtiene resultado elevado de

depuración de creatinina en 24 horas en 2316.6 mg/24h, y corregida en 176.57. Se le realizan pruebas de aglutinaciones en lámina que salen negativas y no reactivas; resultado de marcadores tumorales (CA 125, CA 72-4, CA 19-9, AFP, CEA) dentro de rangos normales. En la tarde se le administró metamizol EV por pico febril de 38.8°C, cede la fiebre.

Al tercer día de hospitalización, es evaluado por hematología, con presunción diagnóstica de:

- Pancitopenia + anemia de la enfermedad crónica (AEC) + ferropenia: SLP vs LA
- Síntomas B + B2M: SLP

Se sugiere TEM cervicec toraco abdominales pélvico, que por falla en el instrumento no se logró agendar cita y controles de exámenes; mantener hemoglobina  $\geq 8$  g/dL.

En la noche el paciente presenta sudoración y fiebre de 38.6°C

El cuarto día de hospitalización el paciente no presenta fiebre, Resultados de controles con leucocitos en 1.6, Hb 10.9 g/dL, plaquetas 100, dímero D 2.91.

## **Caso clínico n.º 2**

Paciente varón de 55 años, acude por emergencia con familiar que refiere que hace +- una semana antes del ingreso, el paciente presentó leve dolor abdominal a nivel del epigastrio, tipo opresivo de leve intensidad, a los 4 días se agrega estreñimiento (sin realizar deposiciones hasta el día del ingreso). Un día antes del ingreso, presenta hiporexia, tendencia al sueño y sensación nauseosa. Una hora antes del ingreso se agrega disnea asociada a angina y sensación de aumento de volumen a nivel abdominal. Media hora antes del ingreso, abordan un taxi en el cuál lo notan desorientado, con lenguaje incoherente, por lo cual decide acudir a la emergencia del HMC. En el triaje presenta una presión arterial de 70/80 por lo que ingresó por trauma shock.

Antecedentes de importancia: HTA, lesión lumbar, post operado de amputación supracondílea de MMII izquierdo por fascitis necrotizante, portador

de sonda Foley, portador de colostomía para evitar contaminación por escaras.  
Alérgico a las sulfas.

Medicación habitual: telmisartán 80 mg c/24h, hidroclorotiazida ½ tab c/24h, pentoxifilina c/12h, oxcarbazepina c/8h, tiamina c/24h, atorvastatina 3v/sem, ciprofibrato 3v/sem.

Examen físico:

- FC: 98 lpm    FR: 26 rpm    Temperatura: 38.3 °C
- Piel: pálida 2+/3+
- Tórax y pulmón: MV pasa bien en AHT, no ruidos agregados
- CV: RCR, de buena intensidad, no soplos
- Abdomen; globuloso, RHA disminuidos. Blando, poco depresible. Timpánico a la percusión. Dolor a la palpación superficial y profunda en epigastrio
- GU: PPL (-) PRU (-) sonda Foley permeable
- Neurológico: despierto con tendencia al sueño, hipoactivo, reactivo a estímulos, obedece órdenes simples y complejas, lenguaje coherente. Glasgow 14/15

Con un diagnóstico presuntivo de:

- Shock séptico pp abdominal:
  - o D/c íleo (K 56.6)
  - o D/C obstrucción intestinal (K 56.4)
  - o D/C ITU (N 30)

Se solicitan exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb 12.2 g/dL, leu 12.4, plaq. 206 000, segmentados 86.7 %, ab. 5 %

- G:116, U:15.2, Cr: 0.45
- Na: 103, K: 2.8, Cl: 8.1, Ca: 7.9, P: 1.7
- Perfil hepático: no patológico
- PCR: 15.9
- Ex. Orina: leu 20-30 x campo, hematíes 6-10 x campo, bacterias 3+

Se decide su hospitalización en Rotonda con los siguientes diagnósticos:

- Sepsis pp abdominal
  - o Íleo adinámico de origen metabólico
  - o THE: hiponatremia severa, hipopotasemia, hipocloremia
- Anemia leve
- ITU no complicada

Se mantiene al paciente en NPO, hidratación, levosulpirida 25mg c/8h, esomeprazol 40 mg EV 2/24h, ciprofloxacino 400 mg c/12h EV, metronidazol 500 mg c/8h EV. Se le solicitan controles en los que se evidencia hipocalcemia en 7.4, hipopotasemia 2.7, hipoalbuminemia 3.1, CK total 411.3. Se inicia reto de potasio, hipersodio, gluconato de calcio, simeticona, polietilenglicol, enoxaparina 40 mg SC c/24h. Exámenes de control con Na: 123, K: 3, Cl: 90. Se mantiene manejo. En el segundo día en Rotonda se reciben controles con Na: 127 mmol/L, K: 3.2 mmol/L, Cl: 98 mmol/L. Se suspende metronidazol y se inicia Meropenem.

El primer día de hospitalización en piso se progresa a dieta hiposódica, solicita electrolitos y hemograma control. El manejo es con meropenem 1 gr c/8h EV, se mantiene anticoagulación, hidratación, hipersodio. Para la noche se obtienen resultados de Hb 13.1, leuc. 7.4, plaq. 230 000. Electrolitos en Na: 133 mmol/L, K: 3.4 mmol/L, Cl: 71 mmol/L.

En el segundo día de hospitalización cursa afebril a lo largo del día. Se reciben resultados de urocultivo: 50-100 leucocitos por campo, 10-20 hematíes por

campo, se aísla *Enterobacter cloacae*. Se mantiene manejo con Meropenem. Se solicita hemograma, PCR, urea, creatinina y electrolitos de control.

Al tercer día en piso, continúa afebril. Se obtienen resultados de Hb 13.5, leuc. 6.7, plaq. 231 000; electrolitos: Na en 120 mmol/L, K: 3.5 mmol/L, Cl: 83 mmol/L; urea en 10 mg/dL, creatinina en 0.8 mg/dL. Se agrega al plan de trabajo hipersodio. Continúa con cobertura con Meropenem. Se solicita control de electrolitos para la noche.

Al cuarto día, el paciente sigue afebril, sin molestias. Los controles de electrolitos salen dentro de rangos normales. Se continúa con terapéutica. Se solicitan controles de hemograma, PCR, electrolitos para posibilidad de alta al finalizar antibioticoterapia si los controles salen dentro de los rangos normales.

#### **4. Rotación en Cirugía General**

Desde el 16 de diciembre al 28 de febrero tuve la última rotación del internado, que fue la de Cirugía General.

##### **Caso clínico n.º 1**

Paciente varón de 51 años, procedente de Santa Anita, ingresa al servicio de emergencias del HMC refiriendo un tiempo de enfermedad de 4 días. Inicia en la mañana con dolor abdominal en epigastrio de intensidad 7/10, no irradiado; por la tarde se agregan fiebre de 38 grados, junto a hiporexia y deposiciones líquidas en 4 cámaras de gran cantidad, sin moco ni sangre. A lo largo del día el dolor persiste, pero de manera intermitente. Al día siguiente presenta constipación asociado al dolor cólico en epigastrio que persiste hasta 2 días después que vuelve a presentar una cámara de deposiciones líquidas y acude a emergencias.

Antecedentes:

- Patológicos: herida por PAF en muslo derecho hace aproximadamente 33 años
- RAMS: niega

Examen físico

- TyP: amplexación conservada, MV pasa bien en AHT, no ruidos agregados
- CV: RCR, buena intensidad, no soplos
- Abd: globuloso, RHA (+), palpación dolor en FID, McBurney (+), Rovsing (+), Blumberg (+/-)
- SNC: LOTEPE, alerta, lenguaje fluido y coherente, no signos meníngeos

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb 34.4, hto 41.9, leuc 11, ab 0 %, segmentados 84 %, plaq. 275 000
- Examen de orina: negativo
- Glucosa: 127
- Urea 24.3, Creatinina 0.75
- Serología no reactiva
- PCR: 15

Se decide hospitalizar en Rotonda al paciente con el diagnóstico de:

- Sd. Doloroso abdominal: D/C apendicitis aguda (K 35.9)

En el primer día en rotonda se le realiza una ecografía abdominal en la que se evidencia hepatomegalia, meteorismo intestinal, la imagen apendicular no es visualizable, no hay líquido libre.

Los síntomas se mantienen y se decide como plan realizar una laparoscopia exploratoria a descartar apendicitis aguda gangrenada. Para lo cual se maneja pre-sop:

- NPO
- Hidratación con NaCl 0.9% 500cc a chorro, luego 60 gts. x minuto
- Ceftriaxona 2g EV
- Metronidazol 500 mg EV c/8 horas

- Ketoprofeno 100 mg EV c/ 8 horas
- Esomeprazol 40 mg EV c/ 24 horas

En la madrugada se ingresa a realizar el procedimiento quirúrgico. Se encuentra:

- Apéndice congestionado 9 x 2 cm
- Gangrenado en tercio distal
- Base apendicular indemne
- Líquido libre inflamatorio en parietocólico derecho.
- Ciego fijo

Al finalizar la intervención, se propone un manejo del post-operado inmediato:

- NPO
- Tolerancia oral 8 am
- Manejo hidroelectrolítico
- Ceftriaxona 2g EV
- Metronidazol 500 mg EV c/8 horas
- Ketoprofeno 100 mg EV c/ 8 horas
- Esomeprazol 40 mg EV c/ 24 horas

El paciente evoluciona favorablemente los siguientes días, con una disminución de dolor progresivo; cursa afebril. Se propone su alta al 5to día de antibioticoterapia.

## **Caso clínico n.º 2**

Paciente varón de 21 años, procedente de Moquegua, es evacuado a la emergencia refiriendo un tiempo de enfermedad de 10 meses que inicia con sensación de bulto, dolor y sangrado anal al defecar; acude al hospital de Moquegua, en el que luego de una evaluación, se le realiza una ecografía y se

decide hacerle una proctosigmoidoscopia en la que se encuentran adenomas en el canal anal. Es referido al hospital de Arequipa para tratamiento, pero por falta de equipo médico se le evacua al HMC y se hospitaliza en el Servicio de Gastroenterología. Se le realiza interconsulta a Cirugía General.

#### Antecedentes

- Patológicos: constipación
- Quirúrgicos: niega
- Familiares: no contributorios
- RAMS: niega
- Hospitalizaciones previas: fractura de antebrazo 2018
- Hábitos: tabaco y alcohol

#### Examen físico:

- FR: 20 rpm, FC: 70 lpm
- Abdomen: plano, RHA (+), dolor a la palpación profunda en hemiabdomen inferior, timpanismo
- GU: PPL (-) PRU (-)
- Tacto rectal: dilataciones hemorroidales externas, esfínter eutónico, dolor al tacto, se palpan tumoraciones internas, al pujo se evidencia protrusión de mucosa anal a +- 2 cm del margen anal

#### Exámenes auxiliares

- G: 92, U:20, Cr: 0.97
- PCR: 4.4
- Hemograma: leuc 8,7, Hb 15.7, hto 46 %, plaq: 305
- TP: 13.7, INR: 1.04
- Serológicos no reactivos

- TGP: 13, TGO: 12.8
- BD: 0.2, BI: 0.52
- FA: 93
- GGTP: 28

A la semana de hospitalizado se le realiza la colonoscopia y polipsectomía, se envía muestra a patología y a los días se obtiene resultado sugerente de pólipo inflamatorio, no se observa epitelio ni células de neoplasia maligna.

En la inspección postoperatoria se evidencia dilatación de paquete hemorroidal. En el tacto rectal hay un tono conservado, se palpa mucosa irregular. Al realizarle la video colonoscopia, el recto se ve con mucosa de aspecto normal, a la maniobra de retroflexión se observa hacia el canal anal múltiples lesiones elevadas confluentes en un área de 1.5 cm. Además, se visualiza dilatación de paquetes hemorroidales internos en corona y papilas aumentadas de tamaño. Impresión diagnóstica:

- Lesiones elevadas en recto
- Papilas anales hipertróficas
- Hemorroides internas grado II
- Hemorroides externas medianas

Se procede a realizar una endoscopia y ligadura. Se halla a 3 cm del margen anal, lesiones elevadas de hasta 5 mm, confluentes en un área de 1.5 cm aproximadamente. Además, dilatación de paquetes hemorroidales internos en corona; 3 erosionados y papilas aumentadas de tamaño.

Impresión diagnóstica:

- Prolapso rectal parcial (K 62.3)
- Enfermedad hemorroidal grado III (I 84.5)

Se propone tratamiento quirúrgico de prolapso rectal: rectopexia laparoscópica.

## **CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

Los 8 casos clínicos comentados previamente se desarrollaron en el Hospital Militar Central, el cual fue inaugurado el 1 de diciembre de 1958, durante el periodo de gobierno del presidente Manuel Prado. En 1974 se remodela y amplía (1).

El gestor del proyecto de construcción del HMC fue el Coronel Luis Arias Schreiber, hijo de un médico. En 1921 ingresó al servicio de sanidad del ejército, y fue nombrado como Jefe de Sanidad entre 1942 y 1945 en el que gestionó el proyecto del hospital (1).

Está categorizado como un hospital Nivel III de Complejidad y Nivel 1 de Atención. Contando con áreas para tratamiento, hospitalización, intervenciones quirúrgicas y sus cuidados post operatorios; además, una Unidad de Cuidados Intensivos polivalentes y una de coronarias.

Está ubicado en la avenida José Faustino Sánchez Carrión, en el distrito de Jesús María, en la ciudad de Lima.

Las funciones del interno de medicina varían según la rotación y especialidad. En general, suele ser la recepción de los pacientes desde la emergencia; la elaboración de historia clínica; la hospitalización del paciente; evolución diaria diurna y/o nocturna según se requiera y según el turno de guardia; curaciones diarias si son necesarias, al igual que la sutura o retiro de puntos; la realización de recetas y el dar de alta al paciente con indicaciones. Además, debido a la saturación del servicio, los internos pueden cumplir otras funciones como movilizar al paciente, agendar citas, toma de muestras, colocación y retiro de sonda vesical. También se nos permite entrar a sala a observar y/o suturar bajo la supervisión de médicos y residentes experimentados.

Dentro de las funciones administrativas, completamos referencias, actas de junta médica, solicitudes de imágenes o compra de materiales para intervenciones quirúrgicas, el ingreso de material para sala de operaciones de cada paciente y la recepción del documento de confirmación de dicho procedimiento, entre otros formatos.

La mayoría cumplían sus servicios *ad honorem*, es decir que no recibían una remuneración económica; aunque otros sí, un sueldo mensual de 420 soles.

## **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **1. Rotación en Pediatría**

#### **Caso clínico n.º 1**

La bronquiolitis es una patología que afecta a menores de 2 años, es una infección viral de vías respiratorias bajas. Esta afectación genera una inflamación con aumento de producción de mucosa, edema y broncoespasmo (2) y es motivo frecuente de acudir a la atención primaria en pediatría (3).

Entre los síntomas más significativos está la taquipnea, sibilancias, crepitantes, tos, rinitis, uso de músculos accesorios, hasta aleteo nasal. Como en el paciente, se cumple el criterio de ser menor de 2 años; con síntomas mencionados. Además de presentar un factor de riesgo que es el hermano con proceso respiratorio previo.

La etiología suele ser con mayor frecuencia el virus respiratorio sincitial (VRS). Este no produce inmunidad en el cuerpo del paciente; por lo tanto, es común que se den infecciones a repetición. Su diagnóstico es netamente clínico, los exámenes auxiliares como radiografía o aspirado nasofaríngeo para el diagnóstico etiológico no son necesarios; ya que, aunque la exacerbación de la tos se da en los primeros 3 a 5 días de iniciado el cuadro, suele autolimitarse en el 90 % de pacientes a las 3 semanas.

Se puede evaluar la severidad de la bronquiolitis, teniendo en cuenta factores como (4):

- Presencia de sibilancias
- Presencia de crepitantes
- Esfuerzo o uso de musculatura accesoria
- Relación i/e

- Frecuencia respiratoria según edad
- Frecuencia cardíaca según edad

Si se obtiene un puntaje > 10, se debe considerar el ingreso a UCI. Sin embargo, en el paciente no se llega a dicho puntaje. Aun así, sí cumplía criterios de hospitalización (4):

- Menor de 3 meses
- Apnea
- Saturación menor o igual a 92 % de oxígeno
- No hay tolerancia oral
- Tirajes
- Taquipnea
- Alteración de sensorio
- Comorbilidades

Al paciente se le recibe en un estado de somnolencia, taquipneico, con saturación oscilante <92 % por lo que el manejo se hace intrahospitalario. Este tratamiento se basó fundamentalmente en el incentivo de la lactancia materna para mejorar la hidratación del paciente.

### **Caso clínico n.º 2**

El asma es una enfermedad inflamatoria de la vía aérea, esta puede ocasionar un broncoespasmo de manera recurrente o persistente. Puede ser reversible de manera total o parcial (5).

Dentro de la clínica principal de la patología están los síntomas que presenta el paciente en el caso: tos recurrente, sibilancias a la auscultación, dificultad respiratoria expresada en taquipnea. Esto, sumado a los antecedentes familiares de asma y al factor de riesgo de vivir en una zona de humedad con mascotas, nos da sospecha del asma bronquial en el menor de edad.

Luego de tratar la exacerbación con SABA y/o corticoides inhalados como se dio en el paciente que reaccionó con una respuesta favorecedora; se debe clasificar la gravedad del cuadro asmático. Esto haciendo uso del interrogatorio sobre la frecuencia de síntomas diurnos, nocturnos, limitación en las actividades, y exacerbaciones (6). En el menor, al presentar su primera exacerbación en el año, con síntomas leves diurnos, sin presencia de clínica nocturna; se le calificaría como parcialmente controlado. Se da indicaciones para manejo en casa con glucocorticoide inhalado a dosis baja y SABA con uso solo de ser necesario como medicación de rescate.

## **2. Rotación en Ginecología y Obstetricia**

### **Caso clínico n.º 1**

La paciente del caso clínico es una gestante con antecedente de legrado uterino por aborto incompleto, que tiene un parto vaginal.

La vía de parto que se elige debe tener en cuenta el deseo de la paciente, los antecedentes ginecológicos y obstétricos, y la gestación actual; al igual que para la acentuación de la dinámica uterina, como se dio en el caso mencionado (7).

La acentuación del trabajo de parto es la estimulación de las contracciones uterinas, ya iniciadas naturalmente, con un fármaco uterotónico; con el objetivo de conseguir unas contracciones adecuadas para continuar el trabajo de parto (8). El obtener unas contracciones adecuadas es importante para mantener un buen ritmo en el trabajo de parto y que este no se prolongue más de lo debido.

Dentro de los riesgos destaca el fallo en lograr el trabajo de parto; sufrimiento fetal agudo; riesgo de rotura uterina y la hiperestimulación uterina que está definida como una frecuencia de contracción mayor a 5 en 10 minutos y/o aumento en el tono por más de 2 minutos (9).

En la paciente del caso clínico, se procede a iniciar una acentuación con 4 mUI de oxitocina en dilución, aumentando gradualmente hasta 8 mUI, con la que se obtuvieron contracciones óptimas, por lo que se mantuvo en esa dosis del fármaco.

No hubo complicación alguna en la acentuación ni en el parto vaginal. Se obtuvo un sangrado mínimo esperado de +- 500 cc; un producto de peso, tamaño y Apgar adecuado; y una tonicidad uterina ideal.

Durante el puerperio inmediato no se obtuvo secreción de calostro. Este es uno de los tipos de leche materna que produce la mujer; se produce por los 4 a 5 primeros días postparto, es escaso en volumen (2-20 ml por toma) pero alto en densidad. Es de gran importancia por su ayuda en la colonización del intestino del neonato por lactobacilos; además, es rico en factores de crecimiento y en aporte de Ig A que estimula la maduración del sistema inmune (10).

Por esto, en la paciente se tuvo principal atención en la técnica de lactancia y estimulación de secreción de leche materna. Aún sin evidenciar la secreción de calostro, se le incentivó a la madre a seguir amamantando a su bebé. A las horas se pudo visualizar la secreción y correcta alimentación del recién nacido, sin problemas.

### **Caso clínico n.º 2**

En este caso, se nos presenta una paciente con antecedente de ser postoperada de histerectomía vaginal + colporrafia anteroposterior por prolapso uterino grado IV.

El prolapso uterino es una afectación generada por un defecto anatómico en el soporte de los órganos o una lesión en la inervación (11). Esto puede generar distintas incomodidades como (11):

- Incontinencia urinaria: no relacionada a vejiga llena o al embarazo
- Sensación de bulto
- Disfunción sexual
- Sangrado vaginal

Los factores de riesgo de mayor importancia son la edad mayor de 42 años, antecedente de parto vaginal, multiparidad (12).

A su vez, el prolapso de órganos pélvicos se clasifica en (11):

- Grado 0: No hay prolapso
- Grado I: La parte distal del prolapso está 1 cm por encima del himen
- Grado II: Entre -1 y +1 medidos desde el himen
- Grado III: entre +1 y +2 cm desde el himen
- Grado IV: a más de 2 cm del himen

La causa más frecuente de histerectomía en mayores de 50 años es el prolapso (13) (14). Este procedimiento es el más realizado en el área de ginecología a nivel mundial. La estadística indica que 4 de cada 10 mujeres de la población mundial femenina, estará histerectomizada para los 64 años (14). Aun así, no hay una vía de abordaje ideal.

Las técnicas utilizadas para este procedimiento son: histerectomía abdominal (HA), histerectomía vaginal (HV), histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL), histerectomía total laparoscópica (HTL) e histerectomía robótica (HR) (14). En nuestra paciente de 59 años, se utilizó la vía vaginal.

Postquirúrgicamente se sospecha de hidroureteronefrosis por control ecográfico y se deriva a la paciente a Urología.

### **3. Rotación en Medicina Interna**

#### **Caso clínico n.º 1**

Este es el caso de un adulto joven en el que se sospecha de pancitopenia y síndrome consuntivo con probable a determinar.

La causa de la pancitopenia puede ser múltiple, entre ellas está la respuesta a un fármaco, alguna causa infecciosa, autoinmune, carencia nutricional, neoplásica, insuficiencia renal crónica; y el tratamiento óptico es variable y hasta contrapuestos dependiendo de este factor causal. Por lo que es importante encontrar el diagnóstico etiológico correcto.

En el caso en un inicio se plantea bicitopenia que es disminución de dos de las tres líneas celulares, ya sea: anemia, leucopenia y/o trombocitopenia (15); de probable causa infecciosa. Se realiza una gama de exámenes para descartar etiología infecciosa, neoplásica, y autoinmune. Las pruebas serológicas salen negativas, al igual que otros exámenes como BK. Las pruebas de marcadores neoplásicos salen dentro de rangos normales; sin embargo, el resultado de B2 microglobulina es elevado, por lo que junto a las manifestaciones de síntomas B, se sospecha de causa neoplásica (15).

Las citopenias en personas con enfermedades autoinmunes (EAS) presentan un mayor riesgo para desarrollar neoplasias hematológicas, la principal sospecha en ellos son los síndromes linfoproliferativos malignos como el linfoma no Hodgkin. A su vez, las EAS pueden ser manifestación de un síndrome paraneoplásico por tumores hematológicos (16).

En la paciente se continúan haciendo estudios y solicitudes para realizarse exámenes de imágenes fuera del hospital, por falta de equipo médico en el HMC. Y consolidar el diagnóstico presuntivo causal de los síntomas B. Y así poder darle el tratamiento adecuado.

### **Caso clínico n.º 2**

El shock séptico se define como el estado de hipotensión mantenida a pesar de reanimación con fluidos (17). Así como se da en el paciente a la hora del ingreso con una presión de 70/80, portador de sonda Foley permeable con < 0.5 ml/kg/h de diuresis registrada. Por lo que ingresa a trauma-shock y se toma 2 horas en estabilizar al paciente.

Se procede a realizar los exámenes exploratorios iniciales (17):

- Hemograma
- Bioquímica: con perfil hepático
- Coagulación
- Gasometría
- Examen de orina

En estos resultados se ven indicadores de inflamación alterados: un PCR elevado, leucocitos en 12.4, examen de orina patológico. Y se ve que el paciente cumple con criterios sistémicos de infección (17):

- Temperatura  $> 38.3$  °C o  $< 36$  °C
- Frecuencia cardíaca  $> 90$  lpm
- Frecuencia respiratoria  $> 20$  rpm o 2DE por encima de lo normal para la edad
- Alteración del estado mental
- Edema importante o balance positivo de fluidos ( $>20$  mls/kg/h en 24 horas)
- Hiperglucemia plasmática  $> 110$  mg/dL en ausencia de diabetes

En el paciente, se cumple el criterio de fiebre, taquicardia, taquipnea e hiperglucemia. Se sospecha de foco abdominal causante de la sepsis, con trastorno hidroelectrolítico e íleo adinámico de origen metabólico como principales desencadenantes. Debido al uroanálisis patológico, se le da tratamiento también para la ITU no complicada.

En el paciente se encuentra un trastorno hidroelectrolítico de difícil manejo. Esto se ve explicado como consecuencia al desequilibrio que se genera entre la reacción proinflamatoria generalizada en la sepsis grave y la antiinflamatoria que trata de compensar. Esto ocasiona una disfunción multiorgánica. Ocurren 2 eventos de gran importancia: el aumento de la permeabilidad y la alteración en la microcirculación. El íleo que se encuentra en el paciente también cumple un papel en la fisiopatología; al haber una disminución de la reabsorción e hipersecreción de mucosa, genera un secuestro de líquidos y en consecuencia una hipovolemia grave además del trastorno hidroelectrolítico (18). Esto explica la oliguria en el paciente también.

La principal complicación en el tratamiento del paciente fue el mantener el balance entre los electrolitos. Como tratamiento, se le mantuvo en hidratación constante, se dio aporte de los electrolitos en déficit, y se dio tratamiento a la

infección urinaria de fondo con cobertura antibiótica específica para el agente causal, y la fiebre va remitiendo gradualmente.

#### **4. Rotación en Cirugía General**

##### **Caso clínico n.º 1**

La apendicitis es una inflamación del apéndice vermiforme, representa la patología más común de abdomen agudo y abordaje quirúrgico de urgencia en el mundo (19).

La principal sintomatología es el dolor y la fiebre, como lo presentó el paciente del caso clínico. Aunque también es común que los pacientes presenten náusea y/o vómitos. La localización del dolor y la asociación a vómitos o no, está asociado a la ubicación del apéndice inflamado. Puede presentarse además alteración del tránsito intestinal por la irritación que produce el apéndice, por lo que se explica la diarrea en el paciente.

La escala de Alvarado es la que más se utiliza para el diagnóstico de esta patología. Consta de los siguientes criterios (19):

- Dolor migratorio hacia la fosa iliaca derecha: 1 punto
- Anorexia: 1 punto
- Náusea y vómito: 1 punto
- Dolor ante la palpación en la fosa iliaca derecha: 2 puntos
- Rebote positivo en la fosa iliaca derecha: 1 punto
- Temperatura mayor de 37.5: 1 punto
- Leucocitosis: 2 puntos

En el paciente presentado se obtuvo un puntaje de 4 puntos inicialmente. Según el puntaje obtenido de 0 a 3 se considera bajo riesgo para apendicitis; de 4 a 6 se recomienda hospitalización y reevaluación a las 12 horas, de mantenerse o aumentar el puntaje, se debe intervenir quirúrgicamente; de 7 a 9 puntos se sugiere apendicectomía. Por lo que en el paciente se decide pasar

a Rotonda para mantener bajo observación para luego proponer el plan de laparoscopia exploratoria a descartar apendicitis complicada.

El diagnóstico de esta patología es principalmente clínico, nos podemos ayudar con la exploración física, exámenes de laboratorio e imágenes. Por esto se le pide al paciente una ecografía. Los criterios de diagnóstico ecográfico son (20):

- Visualización de una imagen tubular en la fosa ilíaca derecha, no compresible
- Diámetro transversal mayor a 6 milímetros
- Pared engrosada mayor de 2 milímetros
- Otros hallazgos: líquido dentro de la luz apendicular; fecalitos

La ecografía del paciente no resulta muy esclarecedora, no se logra visualizar el apéndice, pero sí se registra un dolor a la compresión durante la ecografía, y no se ve líquido libre.

Se sospechaba de una apendicitis gangrenada, por lo que se procede a realizar una apendilap. Durante el procedimiento se encuentra aún apéndice congestionado y gangrenado en el tercio distal, con una medida de 9 x 2 cm. Correspondiendo a la fase III de la apendicitis. Estas fases son (20):

- Fase I: simple o catarral o edematosa. Se ve mucosa congestiva
- Fase II: fibrinopurulenta, con erosiones mucosas y exudados
- Fase III: gangrenosa. Se da por persistencia del proceso inflamatorio; con necrosis y daño de la pared.
- Fase IV: perforación causada por la extensión de necrosis, formación de absceso o diseminación del proceso

Se procede a hacer una apendicectomía con base indemne, y se continúa posteriormente con cobertura antibiótica.

## **Caso clínico n.º 2**

El paciente de este caso presentaba 2 patologías de importancia: enfermedad hemorroidal y prolapso rectal.

Las hemorroides se pueden clasificar de distintas maneras (21):

- Externas: si su ubicación es por debajo de la línea pectínea, canal anal y/o región perianal.
- Internas: si se ubican en la región inferior del recto, por encima de la línea pectínea.
- Mixtas: coexistencia de ambos tipos.

También se clasifica en grados (21):

- I: no protruye
- II: protruye, pero es reversible espontáneamente
- III: protruye al esfuerzo y no revierte espontáneamente
- IV: se mantiene permanentemente protruido.

Al paciente del caso se le clasifica como enfermedad hemorroidal grado III, por lo que se le realiza una anoscopia + ligadura en la que luego de identificarse las lesiones elevadas a 3 cm del margen anal, se realiza ligadura de un área de las lesiones con un ligador de hemorroides.

El prolapso rectal tiene una incidencia de, aproximadamente, 2.5 por cada 100 mil personas. Aunque es de causa multifactorial, afecta predominantemente a mujeres de edad avanzada; probablemente debido a que se relacionan con la mayoría de los factores de riesgo como es la multiparidad, el parto traumático, el pujo excesivo. En el caso del paciente, siendo un varón joven, el único factor predisponente era el antecedente de constipación (22).

Es una afección que consiste en la invaginación y protrusión de las capas rectales a través del canal anal, pudiendo ser solo se la mucosa o de todas las capas (22).

El tratamiento que se da es el quirúrgico, sin tener una técnica *gold* estándar. El principal objetivo de la cirugía es aliviar al paciente de la incomodidad que genera esta afección, pero se le debe informar que cualquiera sea la técnica operatoria utilizada, hay una gran probabilidad de recidiva (23).

#### **CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

El internado médico tuvo inicio el 1 de mayo de 2022 por la coyuntura de la pandemia de COVID-19; lo mismo causó la modificación de realizar la mitad del internado en un hospital y la otra mitad en un centro de salud categoría I para algunos internos.

El horario de ingreso y salida del interno dependía de la especialidad que se estaba rotando. En Pediatría, el ingreso debía ser 7:00 a. m., saliendo a la 1 p. m.; en Ginecología el horario era de 6:00 a. m. a 2:00 p. m.; en Medicina Interna dependía del área en el que se rotada, pero el horario de ingreso y salida se aproximaban a las 7:00 a. m. hasta las 4:00 p. m.; en Cirugía debíamos entrar a las 6:00 a. m. y podíamos salir desde la 1:00 p. m. Estos horarios son referenciales porque estaban sujetos al turno que debíamos a cumplir en el día, ya fuera guardia (diurna o nocturna) que extendía el horario a 12 horas, continuando al día siguiente con el horario regular; ser retén podía alargar la hora de salida hasta las 6:00 p. m.

Una de las principales dificultades fue que al inicio de Pediatría no todos los internos rotaban la misma cantidad de veces consultorio, por lo que no todos tenían la misma oportunidad de ver casos en este ambiente. Luego de conversaciones con los doctores, se nos permitió volver más pareja la distribución.

Otra dificultad se dio durante la rotación de Medicina Interna, en la que la mayoría de los internos se vieron afectados por la enfermedad por COVID-19, teniendo así que cubrir entre nosotros turnos de guardia diurnas y nocturnas de aquellos con descanso médico; además de cubrir el piso de la especialidad entre menos de la mitad de internos asignados inicialmente.

## **CONCLUSIONES**

El internado de Medicina Humana es un tiempo de máximo provecho para los alumnos en su último año. En este, se nos permite adquirir seguridad en nosotros mismos al afianzar conocimientos, tratar con personas y familiares, realizar en la práctica lo que aprendimos solo teóricamente por los años académicos virtuales que

dificultaron esta área del aprendizaje. Todo esto durante 10 meses, divididos en 2 meses y medio por rotación; las cuales incluyen: Pediatría y Neonatología, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General.

Además, nos permite conocer nuestro futuro entorno laboral aún de mano de médicos asistentes, residentes y nuestros tutores asignados por la universidad. Nos familiarizamos con la dinámica entre el personal del hospital; no solo entre jefes de piso, y profesionales ya mencionado, sino también con el personal de enfermería y técnicos. También nos permitió familiarizarnos con los horarios laborales; conocer las responsabilidades que conllevan cada cargo; ver de primera mano las carencias de los centros de salud, y participar en cada paso de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que desarrolló el hospital durante el año.

Cada paciente atendido, por más simple que pareciera su manejo, nos brindó la oportunidad de repasar conocimientos, aplicar la práctica, vivir la relación médico-paciente. Incluso nos ayudó a ver todo el entorno que involucra su manejo, el buscar maneras de facilitar y agilizar la toma de muestra y obtención de resultados, informar de manera adecuada a los familiares del avance del paciente, incentivar a la familia a ser parte del proceso de su recuperación. Algunos pacientes se presentaron, incluso, en exposiciones de caso clínico como actividad académica, ya sea del hospital o de los tutores; lo que nos ayuda a repasar todo lo hecho en el paciente y ver posibles mejoras a futuro.

El internado médico va más allá de ser un último año de enseñanzas, es un periodo para formar por completo a los futuros profesionales de Medicina Humana, no solo en el aspecto laboral, sino también en las habilidades interpersonales y en el aspecto psicológico.

## **RECOMENDACIONES**

Las recomendaciones para la siguiente promoción de internos es empezar con la mejor predisposición posible; buscar qué aprender de cada caso y repasarlo a lo largo del tiempo. Aprovechar el tiempo en el hospital para asociar los conocimientos previos

a los casos vistos. El año académico de 10 meses puede verse corto para aprender todo lo que uno desea; pero con intención se puede aprovechar como si fueron los 12 meses del año.

Una sugerencia sería el promover realizar actividades académicas, además de casos clínicos, enfocados en etapas como promoción y prevención. Debido a que todo el periodo del internado se realizó en el HMC, sería conveniente ver lo que se desarrolla en etapas más desarrolladas en centros de salud.

Así mismo, deben priorizar el conocer a sus tutores asignados desde el primer día de rotación; ya que ellos serán la persona a la cual acudir ante cualquier problema o duda. Tratarlos desde el primer día les ayudará a desarrollar confianza al programar las actividades académicas, ya que no todos desde el inicio realizaron esta actividad. Aunque los tutores y tutoras nos facilitan la parte práctica y nos permiten “meter mano”, también es importante pedirles que se realicen las actividades teóricas.

Agregando a lo anterior, se recomienda seguir promoviendo la virtualidad para el desarrollo de actividades académicas con los tutores. Esto podría ayudar a mantener la constancia y evitar imprevistos. Si bien en todas las rotaciones se programaron actividades académicas hospitalarias a primera hora del día, no fue lo mismo con las actividades que se realizan con los tutores. La virtualidad podría favorecer en horarios a ambas partes: tutor y alumnos; además de respetar el horario hospitalario para sacarle máximo provecho, y poder desenvolverse en una actividad académica más amplia al no interrumpir el horario hospitalario; facilitaría la constancia para presentar estas actividades y seguir reforzando el conocimiento previo.

## **FUENTES DE INFORMACIÓN**

1. Historia - HMC [Internet]. [citado el 28 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://hmc.ejercito.mil.pe/nosotros\\_historia](https://hmc.ejercito.mil.pe/nosotros_historia)
2. Pérez Villena A, García Ruiz S, Sánchez-Bayle M. Bronquiolitis y neumonía.

- Pediatría Aten Primaria [Internet]. diciembre de 2010 [citado el 31 de marzo de 2023];12(48):575–81. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1139-76322010000600002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-76322010000600002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
3. Orejón de Luna G, Fernández Rodríguez M. Bronquiolitis aguda. *Pediatría Aten Primaria* [Internet]. junio de 2012 [citado el 31 de marzo de 2023];14:45–9. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1139-76322012000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-76322012000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  4. Resolución Ministerial n.º 556-2019/MINSA [Internet]. [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/280741-556-2019-minsa>
  5. Chaustre I, Castro MJ, Rodolfo J, Bravo Sifontes CM, Matute X. Diagnóstico de asma en el niño. *Arch Venez Pueric Pediatría* [Internet]. junio de 2010 [citado el 31 de marzo de 2023];73(2):66–72. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0004-06492010000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0004-06492010000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  6. Navarrete-Rodríguez E, Sienna-Monge JJJ, Pozo-Beltrán CF, Navarrete-Rodríguez E, Sienna-Monge JJJ, Pozo-Beltrán CF. Asma en pediatría. *Rev Fac Med México* [Internet]. agosto de 2016 [citado el 31 de marzo de 2023];59(4):5–15. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0026-17422016000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0026-17422016000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  7. Bautista-Charry AA, Grillo-Ardila CF, Bautista-Charry AA, Grillo-Ardila CF. PARTO VAGINAL A TÉRMINO EN PRESENTACIÓN PELVIANA, ¿UNA OPCIÓN TEMERARIA O UNA OPORTUNIDAD? *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. diciembre de 2019 [citado el 30 de marzo de 2023];70(4):215–8. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74342019000400215&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74342019000400215&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
  8. Normas y procedimientos en la atención obstétrica [Internet]. [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/3249092-normas-y-procedimientos-en-la-atencion-obstetrica>

9. Usuario S. Consensos [Internet]. FASGO. [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.fasgo.org.ar/index.php/escuela-fasgo/consensos>
10. Salazar S, Chávez M, Delgado X, Eudis Rubio TP. Lactancia materna. Arch Venez Pueric Pediatría [Internet]. diciembre de 2009 [citado el 30 de marzo de 2023];72(4):163–6. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0004-06492009000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0004-06492009000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
11. Obregón Y L, Saunero O A, Díaz R S. Prolapso genital en la maternidad concepción palacios. Rev Fac Med [Internet]. diciembre de 2009 [citado el 30 de marzo de 2023];32(2):139–43. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0798-04692009000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0798-04692009000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
12. Factores de riesgo asociados a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidas en el hospital militar central durante el periodo de Enero - Diciembre 2018 | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. el 13 de octubre de 2022 [citado el 31 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/184>
13. García López AJ. Prolapso de órganos pélvicos. Iatreia [Internet]. marzo de 2002 [citado el 30 de marzo de 2023];15(1):56–67. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0121-07932002000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-07932002000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
14. Leyva-Vázquez FY, García-Rodríguez ME, Leyva-Vázquez FY, García-Rodríguez ME. Histerectomía vaginal convencional y vaginal asistida por laparoscopia en pacientes sin prolapso uterino. Rev Arch Méd Camagüey [Internet]. junio de 2021 [citado el 30 de marzo de 2023];25(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1025-02552021000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552021000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
15. Castillo, Federico, Vielman, Jonathan. Bicitopenia. Reporte de caso. Rev med Gt. 2018;157(1).

16. Servioli DL. Citopenias hematológicas en enfermedades autoinmunes sistémicas. Arch Med Interna.
17. Vera Carrasco O. Sepsis y shock séptico. Cuad Hosp Clínicas [Internet]. 2019 [citado el 30 de marzo de 2023];60(ESPECIAL):61–71. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1652-67762019000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1652-67762019000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
18. Vara Thorbeck R, Cáceres Fábrega E, Jiménez Olmo FJ. Alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico y ácido-base en la peritonitis generalizada. Cir Esp [Internet]. el 1 de marzo de 2001 [citado el 30 de marzo de 2023];69(3):310–7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-alteraciones-del-equilibrio-hidroelectrolitico-acido-base-11000129>
19. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir Gen [Internet]. marzo de 2019 [citado el 28 de marzo de 2023];41(1):33–8. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1405-00992019000100033&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-00992019000100033&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
20. Dubón Peniche M del C, Ortiz Flores A, Dubón Peniche M del C, Ortiz Flores A. Apendicitis aguda, su diagnóstico y tratamiento. Rev Fac Med México [Internet]. agosto de 2014 [citado el 29 de marzo de 2023];57(4):51–7. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0026-17422014000400051&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0026-17422014000400051&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
21. García Gutiérrez A. Hemorroides: Clasificación, diagnóstico y tratamiento. Rev Cuba Cir [Internet]. marzo de 2008 [citado el 30 de marzo de 2023];47(1):0–0. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74932008000100017&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74932008000100017&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
22. Feliu Rosa J, Estepa Pérez J, Santana Pedraza T, González Gutiérrez L. Prolapso rectal completo. Presentación de un caso. MediSur [Internet]. octubre de 2017 [citado el 30 de marzo de 2023];15(5):701–5. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1727-897X2017000500016&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-897X2017000500016&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

23. Barrera A, Pradenas S, Bannura G, Illanes F, Gallardo C, Rinaldi B, et al. Rectosigmoidectomía perineal para el tratamiento del prolapso rectal completo. Rev Chil Cir [Internet]. junio de 2016 [citado el 30 de marzo de 2023];68(3):233–6. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0718-40262016000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-40262016000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)