



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA DURANTE EL PERIODO
OCTUBRE 2022 A MARZO 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
MARTIN ALONSO GAMBOA OROZCO**

**ASESOR
ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA**

**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 MEDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL
ARZOBISPO LOAYZA DURANTE EL PERIODO OCTUBRE 2022 A MARZO
2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
MARTIN ALONSO GAMBOA OROZCO**

**ASESOR
DOCTOR
ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA**

LIMA – PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga.

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe.

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera.

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mis padres, los cuales nunca dejaron de creer en mí y a mi amada Janeth, la que me sigue inspirando a ser una mejor persona.

ÍNDICE

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	9
I.I. 11	
Caso clínico I	9
Caso clínico II	10
I.II. 13	
Caso clínico I	11
Caso clínico II	12
I.III. 15	
Caso clínico I	13
Caso clínico II	14
I.IV. 17	
Caso clínico I	15
Caso clínico II	16
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	18
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	19
III.I. 20	
Caso clínico I	19
Caso clínico II	20
III.II. 22	
Caso clínico I	21
Caso clínico II	22
III.III. 24	
Caso clínico I	23
Caso clínico II	23
III.IV. 25	
Caso clínico I	24
Caso clínico II	25
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	27
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	29
FUENTES DE INFORMACIÓN	30

RESUMEN

El internado médico es la fase final en la formación de los profesionales de la salud donde se busca afianzar los conocimientos adquiridos durante los anteriores 6 años en un ambiente práctico que permita aplicar lo aprendido, así como el tener una aproximación más directa al ambiente sanitario de nuestro país.

La pandemia del COVID-19 repercutió en las rotaciones de internado médico desde que se produjo, modificando tanto el esquema de trabajo y las fechas de inicio y fin de las rotaciones. En el caso del año 2022 se dio el inicio del internado el 01 de junio del 2022 y culminó el 31 de marzo del 2023. Otra condición importante para su realización es que se dividió en 5 meses de servicio en un centro de salud y 5 meses en un Hospital nacional.

En el siguiente trabajo se busca plasmar las experiencias más importantes conseguidas durante las rotaciones médicas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de noviembre del 2022 a marzo del 2023 donde las rotaciones Cirugía, Ginecología-Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría-Neonatología se dieron.

Objetivos: Describir las principales experiencias adquiridas durante el desarrollo del internado médico a partir de la presentación de casos clínicos

Materiales y métodos: A partir de la presentación y sustentación de 8 casos clínicos representativos, siendo 2 referentes de cada una de las principales rotaciones de las especialidades más representativas en el ámbito médico.

Resultados: Se indica la existencia de los casos de ginecología; donde se expone un caso de preeclampsia en una gestante pretérmino con un producto con Síndrome de Down y un caso de colestasis intrahepática gestacional en una gestante pretérmino; los casos de pediatría donde se presenta un caso de comunicación interventricular

en paciente con Síndrome de Down y un caso de una paciente con desnutrición crónica y negligencia por parte de sus padres; los casos de cirugía donde se presenta un caso de apendicitis complicada y un caso de colecistitis crónica calculosa agudizada; y por último los casos de medicina interna, donde se presenta un caso de paciente diabético con pie diabético wagner 4 y un paciente con VIH, sospecha de neoplasia maligna de estómago y hemorragia digestiva alta.

Palabras clave: Casos clínicos, Preeclampsia, Colestasis intrahepática gestacional, desnutrición crónica, síndrome de Down, Comunicación interventricular, Apendicitis complicada, Colecistitis crónica calculosa, Pie diabético, Hemorragia digestiva alta.

ABSTRACT

The medical internship is the final phase in the training of health professionals where the aim is to consolidate the knowledge acquired during the previous 6 years in a practical environment that allows applying what has been learned, as well as having a more direct approach to the health environment of our country.

The COVID-19 pandemic has had an impact on medical internship rotations since it occurred, modifying both the work schedule and the start and end dates of the rotations. In the case of the year 2022, the internship began on June 1, 2022 and ended on March 31, 2023. Another important condition for its completion is that it was divided into 5 months of service in a health center and 5 months in a national hospital.

The following document seeks to capture the most important experiences achieved during the medical rotations at the Arzobispo Loayza National Hospital from November 2022 to March 2023 where the Surgery, Gynecology, Obstetrics, Internal Medicine, Pediatrics and Neonatology rotations were done.

Objectives: To describe the main experiences acquired during the development of the medical intership by presenting clinical cases as examples.

Materials and methods: To present and explain 8 representative clinical cases, being 2 of them referents from each of the main rotations of the most representative specialties in the medical field.

Results: For the gynecology rotation we present the case of a preterm pregnant woman with preeclampsia and a product with Down Syndrome as well as a case of gestational intrahepatic cholestasis in a preterm pregnant woman; in the case of the pediatric cases we present the clinical history of a Down syndrome patient with a ventricular communication as well as a case of a female patient with chronic

malnutrition and parent neglect: for the surgery rotation we present the case of a complicated appendicitis as well as the case of a chronic calculous cholecystitis. To finish with the internal medicine rotation we present the case of a patient with wagner 4 diabetic foot as well as the case of a patient with HIV, probable stomach malignancy and upper gastrointestinal bleeding.

Keywords: Clinical cases, Preeclampsia, Gestational intrahepatic cholestasis, chronic malnutrition, Down syndrome, ventricular communication, complicated appendicitis, chronic calculous cholecystitis, diabetic foot, upper gastrointestinal bleeding

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO
EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISP
O LOAYZA DURANTE EL PERIODO OCTU
BRE**

AUTOR

MARTIN ALONSO GAMBOA OROZCO

RECuento DE PALABRAS

7325 Words

RECuento DE CARACTERES

39327 Characters

RECuento DE PÁGINAS

33 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

66.7KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 19, 2023 12:37 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 19, 2023 12:38 PM GMT-5**● 4% de similitud general**

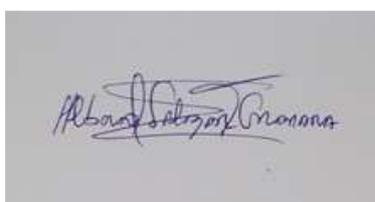
El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base

- 4% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● Excluir del Reporte de Similitud

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

Dr. ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA



ORCID

<https://orcid.org/0000-0003-1996-3176>

INTRODUCCIÓN

El internado médico es la última experiencia en la formación médica de los alumnos de la carrera de medicina humana donde se pone en práctica tanto los conocimientos adquiridos durante los 6 años de formación académica, así como ser la primera ventana profesional sobre las actividades que se desarrollarán durante el trabajo médico.

Las rotaciones en cuestión incluyen a las áreas de medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia, las cuales son los pilares en la atención básica que todo médico egresado debe conocer.

Debido al contexto nacional asociado a la pandemia de COVID-19 que repercutió en cómo se desarrolló el internado médico, donde se procedió a segmentarlo en un periodo de 10 meses, donde 5 de estos se desarrollaron en el centro de salud “Huascar XV”, un establecimiento nivel I – 2 ubicado en el distrito de San Juan de Lurigancho, en la provincia de Lima y departamento de Lima; y en los otros 5 meses restantes a realizarse en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, un establecimiento nivel III – 1 ubicado en el distrito de Cercado de Lima, en la provincia de Lima y en el departamento de Lima.

El siguiente trabajo busca presentar ejemplos de las experiencias vividas durante el internado que para este humilde servidor considera como representativas de los casos más interesantes y de gran importancia que han sido observados durante el tiempo en la rotación hospitalaria.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

A continuación, se procede a presentar 8 casos clínicos que son referenciales de lo observado durante el tiempo de rotación en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza

I.I. ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

La primera rotación dentro del Hospital Arzobispo Loayza se desarrolló durante el periodo del 01 de noviembre al 08 de diciembre, siendo dividida en 2 segmentos a fin de permitir el enfocarse en las áreas de Obstetricia y de Ginecología. Debido al esquema asignado en el contexto nacional, se procedió a separar la rotación en 2 fases: Obstetricia del 01 de noviembre al 18 de noviembre y ginecología del 19 de noviembre al 08 de diciembre.

Caso clínico I

Paciente mujer 38 años, G3P2002 con embarazo de 34 semanas según ecografía del 2do trimestre, acude al hospital por presentar dolor de cabeza intenso, visión borrosa y dolor abdominal. La paciente presenta como antecedente el embarazo anterior diagnosticado de preeclampsia, donde el producto nació a las 37 semanas por cesárea. La paciente presenta un total de 5 controles prenatales en su centro de salud más cercano a su casa, donde monitorizaban su presión, la cual se mantenía en valores altos normales, siendo la media de 135/80 mmHg.

Al examen físico se evalúa una presión arterial de 160/100 mmHg, edema en las piernas y proteinuria. A la evaluación del producto se aprecia una altura uterina de 34 cm, feto en posición cefálica, longitudinal izquierda, con latidos fetales de 139 a 145 por minuto. Con las características que presenta, la paciente es hospitalizada para monitoreo.

Se procedió a la administración de sulfato de magnesio para prevenir convulsiones en la madre mientras continua en monitorización. Se

procede a la realización de un test de tolerancia a contracciones a fin de contemplar la posibilidad de un parto inducido. Luego de la realización de la prueba se considera la realización de una cesárea de emergencia, por lo que se procede al uso de dexametasona para la maduración pulmonar del producto.

Se procede a la realización de la cesárea de emergencia, donde se consigue al producto, el cual se trata de un varón de 3220 g con rasgos faciales compatibles con un producto con trisomía 21. El recién nacido es llevado al área de cuidados intensivos neonatales, mientras que la madre pasa a observación, donde se le siguen administrando medicamentos para el control de presión arterial incluyendo el uso de nilfedipino.

Luego de 2 días de hospitalización y ver que los síntomas y la presión arterial de la paciente se habían normalizado se procedió a darle el alta. El recién nacido permaneció al menos 3 meses más en el área de cuidados intensivos en neonatología, donde a la madre se le asistió tanto con consejería psicológica como ayuda para la extracción y separación de leche materna para su hijo.

Caso clínico II

Paciente mujer de 32 años, G2P1001 que llega a emergencias con un embarazo de 34 semanas. La paciente refiere picazón intensa en las palmas de las manos y las plantas de los pies, además de un malestar general. En el examen físico se observa ictericia moderada en la piel y escleras. Los exámenes de laboratorio muestran un aumento de la bilirrubina total (12 mg/dl) a predominancia directa, elevación de enzimas hepáticas (ALT de 90 U/L y AST de 79 U/L), con lo que se diagnostica a la paciente con una colestasis intrahepática gestacional. Se procede a su hospitalización para monitorización.

A la evaluación del producto se aprecia una altura uterina de 32 cm, con el feto en posición podálica, longitudinal izquierda. Se presenta latidos fetales de 140 a 154 latidos por minuto, con picos de 170

latidos, por lo que . Se contempla posible sufrimiento fetal, por lo que se plantea la realización de una cesárea de emergencia.

La paciente es evaluada para la determinación de ácidos biliares, la cual se realiza de forma particular al no contar con la prueba dentro del hospital. Con los resultados del examen se planteó una colestasis gestacional intrahepática de moderado riesgo al presentarse valores de 22 $\mu\text{mol/L}$ de ácidos biliares. Se procede a iniciar tratamiento de la paciente con ácido ursodesoxicólico para el manejo de los valores de ácidos biliares, así como control en su dieta y el uso de antihistamínicos para el manejo de la comezón. Se prosiguió la monitorización de la paciente hasta por 6 días más hasta la normalización de los valores enzimáticos, con lo que se le dio de alta a la paciente a fin de continuar con sus controles de forma semanal hasta el nacimiento del producto.

I.II. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

La segunda rotación dentro del Hospital Arzobispo Loayza se desarrolló durante el periodo del 09 de diciembre al 04 de enero, siendo dividida en 2 segmentos a fin de permitir el enfocarse en las áreas de Neonatología y Pediatría. Debido al esquema asignado en el contexto nacional, se procedió a separar la rotación en 2 fases: Neonatología del 09 de diciembre al 20 de diciembre y Pediatría del 21 de diciembre al 04 de enero.

Caso clínico I

Paciente varón de 3 meses de nacido con síndrome de Down que ingresa derivado del área de neonatología luego de estar hospitalizado por bajo peso al nacer, así como por complicaciones en lactancia por succión inapropiada. A la evaluación se identifica las características fenotípicas típicas del síndrome de Down, incluyendo hipotonía muscular, hipoplasia medio facial entre otros. A la auscultación se detecta un soplo cardíaco en foco pulmonar que se confirma con el uso de un ecocardiograma la presencia de una Comunicación

interventricular.

El paciente es referido al área de cardiología del Instituto Nacional de Salud del Niño – Breña, donde se determinó a partir de un ecocardiograma la presencia de la comunicación interventricular moderada septal, con un diámetro de 4 mm. No se reportaron otras anormalidades en la evaluación.

El manejo hospitalario con el paciente incluía el uso de diuréticos como furosemida y espironolactona para el control de la sobrecarga de volumen cardiaco. Asimismo, se complementó la alimentación del lactante a fin de contribuir en su ganancia de peso y facilitar su ingesta.

Debido a la edad y el tamaño de la comunicación existente no se planteó un procedimiento quirúrgico de momento, esperando que el paciente ganara más peso y con la esperanza que por el tamaño, la condición cardiaca cerrara sola con el tiempo. Se programó controles mensuales a fin de evaluar el estado del paciente y se procedió a dar de alta con las indicaciones respectivas para la madre de familia.

Caso clínico II

Paciente femenina de 2 años de edad que ingresa al área de emergencias por presencia de fiebre no cuantificada hasta por 4 días, acompañado de tos productiva entre otras molestias. A la evaluación de la paciente se identificó un peso y talla para su edad por debajo del percentil 5% en base a las gráficas de crecimiento referencial de la OMS, con la presencia de dificultad para mantenerse sentada y con debilidad muscular. Se decidió hospitalizarla por posible complicación de neumonía asociada a la desnutrición crónica presente en la paciente.

La paciente es hospitalizada en el área de cuidados intermedios, donde se trató la neumonía que presentaba y se hizo hincapié en su alimentación. Al ingreso estaba pesando 6 kilos 200 gramos. El manejo constó en priorizar el manejo de electrolitos, hipoglicemia,

micronutrientes y el establecimiento de una alimentación con sólidos pues, hasta la fecha, la paciente solo ingería leche materna pues la madre se negaba darle alimentos diferentes.

Durante el tiempo hospitalario la madre no cooperaba con el manejo de su hija, generando conflictos con el personal de salud, dificultando la ganancia de peso del paciente. Debido a los problemas generados en la estancia hospitalaria y los antecedentes de la paciente y su madre se procedió a informar al área de servicio social que coordinó para el ingreso del paciente a un albergue infantil una vez fuera dada de alta.

Luego de 4 meses hospitalizada la paciente fue dada de alta con un peso ponderal de 8 kilos 200 gramos, estando por debajo del peso ideal para su edad. Ya toleraba alimentos sólidos y se complementó su esquema de vacunaciones que, al momento de indagar más en los registros de la paciente, se identificó que solo presentaba las vacunas al nacimiento solamente.

I.III. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

La tercera rotación dentro del Hospital Arzobispo Loayza se desarrolló durante el periodo del 05 de enero al 17 de febrero. A diferencia de las anteriores experiencias, al tratarse de un único segmento se procedió a su realización de forma integral, especializándose en cirugía de abdomen.

Caso clínico I

Paciente mujer de 25 años de edad, sin antecedentes médicos significativos, quien acudió al servicio de emergencias con dolor abdominal intenso con un tiempo de 2 días de evolución, ubicado en el cuadrante inferior derecho, náuseas y vómitos. La paciente presentaba una fiebre de 39°C y presentaba signos de deshidratación moderada. Los exámenes de laboratorio revelaron una leucocitosis importante (21000 mm³) y una elevación de la proteína C reactiva

(PCR).

La paciente fue evaluada por el cirujano general y a partir de una tomografía de abdomen y pelvis, que mostró un apéndice inflamado y perforado con presencia de abscesos peritoneales.

Se administró líquidos intravenosos y se inició una terapia antibiótica de amplio espectro. La paciente fue llevada a cirugía de emergencia, donde se realizó una laparotomía exploratoria y se encontró un absceso intraabdominal que se drenó. Se realizó una apendicectomía con el objetivo de remover todo el tejido inflamado. Se procedió a colocar un dren Penrose para terminar de drenar la región abdominal.

Después de la cirugía, la paciente fue hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos durante varios días para monitorear su progreso y recibir tratamiento con antibióticos intravenosos. La paciente mejoró gradualmente y se le permitió el alta hospitalaria después de una semana de hospitalización. En el pabellón de cirugía general para monitorizar su progreso y continuar con el tratamiento antibiótico intravenoso. Luego de 4 días hospitalizada, con una disminución en el contenido eliminado por el dren Penrose se consideró el alta de la paciente, con un control post operatorio a la semana, incluyendo el retiro de puntos.

Caso clínico II

Paciente femenina de 34 años de edad ingresa al servicio de cirugía para realización de exploración de vías biliares debido a historial de colecistitis crónica calculosa tratada 3 años antes del ingreso en Yurimaguas, donde fue operada y se le realizó una colecistectomía parcial. Al ingreso la paciente presenta una ictericia moderada en piel y escleras, acompañada de leve dolor abdominal asociado principalmente luego del consumo de alimentos.

Se procede a programar a la paciente para una exploración de vías biliares y del retiro de la vesícula residual. Durante la realización de la

exploración a partir de una laparoscopia se observó que presentaba la vesícula biliar entera. Se procedió a realizarse una colecistectomía laparoscópica y la respectiva exploración de vías donde se ubicó un cálculo de 8 mm en el colédoco, el cual se encontraba dilatado con un diámetro de 12 mm. Se le colocó un dren Penrose para drenaje y fue hospitalizada por 3 días más para hacerle seguimiento.

La paciente mejoró rápidamente, por lo que se le dio de alta con la indicación de un control post operatorio y retiro de puntos a la semana.

I.IV. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

La cuarta y última rotación dentro del Hospital Arzobispo Loayza se desarrolló durante el periodo del 18 de febrero al 31 de Marzo. Al igual que en la rotación de cirugía, esta se desarrolló en un único servicio donde los pacientes atendidos eran todos masculinos, con patologías variadas.

Caso clínico I

Paciente varón de 78 años con antecedentes de demencia avanzada, postrado crónico y diabético por más de 20 años mal controlado. Al ingreso fue examinado, presentando en el pie derecho una lesión gangrenada, con zonas necrosadas, con compromiso hasta región ósea y presencia de miasis, siendo clasificada como un pie diabético grado Wagner 4.

Para el manejo del paciente se propuso la amputación del pie afectado. Durante el tiempo hospitalario se procedió a preparar al paciente y a realizar repetidas curaciones al pie afectado, donde se dificultó la programación para la operación debido a que no se podía contactar con los familiares de este por más de una semana y el paciente era poco cooperador al examinarlo y con dificultad para esbozar oraciones completas.

Luego de coordinar con servicio social se hizo contacto con los familiares, los cuales no querían hacerse responsables por el paciente.

Se procedió a explicarle la condición del paciente y las posibles complicaciones de no proceder a la amputación y se logró llegar a un acuerdo, donde el paciente sería ingresado a un albergue luego del procedimiento y su recuperación.

El paciente fue llevado a quirófano, donde se realizó una amputación infra condílea. El paciente fue hospitalizado para monitorización y seguimiento de la herida postoperatoria, así como del control de la diabetes.

Caso clínico II

Paciente de 40 años, varón, con diagnóstico de VIH en tratamiento desde el 2020, ingresa por emergencia por fiebre de más de 10 días acompañada de deposiciones líquidas constantes y dolor abdominal. Al examen físico se le identificó la presencia de 2 ganglios linfáticos inflamados a nivel clavicular izquierdo. Se le solicitó una ecografía, encontrándose lesiones hipoecoicas en hígado y bazo. Se procedió a realizarse una tomografía, confirmando la presencia de las lesiones sugerentes a hematomas en parénquima hepático y esplénico, así como la presencia de una tumoración a nivel pancreático que requería descartar de una neoplasia maligna de páncreas.

Durante la estancia hospitalaria el paciente permaneció con picos febriles durante los primeros días de hospitalización. Luego de la realización de una biopsia de la región ganglionar clavicular. Se procedió a programarlo para una endoscopia digestiva alta a fin de confirmar o descartar el diagnóstico de neoplasia maligna. Previo al procedimiento endoscópico el paciente presentó en la mañana un episodio de deposiciones diarreicas sanguinolentas en gran cantidad y repetidos episodios de vómitos borbaceos acompañado de una palidez marcada y signos de inestabilidad hipovolémica.

A la evaluación se identificó una hemoglobina de 7, por lo que se procedió a administrar hasta 4 paquetes globulares y apresurar el procedimiento de endoscopia. Al realizarse dicho procedimiento se

identificó una lesión ulcerosa sangrante de 3 cm a nivel duodenal. El paciente durante el procedimiento presenta compromiso ventilatorio que requiere el intubarlo. Se le realiza hemostasia a la úlcera sangrante y se traslada al paciente al área de cuidados intensivos para monitoreo del mismo. En el área de UCI el paciente presenta nuevamente vómitos borbáceos. El paciente entra en shock hipovolémico y fallece posteriormente.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza es uno de los centros hospitalarios nacionales de mayor relevancia, siendo fundado en 1924 durante el gobierno de Augusto B. Leguía.

El hospital se encuentra ubicado en el distrito de Cercado de Lima, siendo un establecimiento de nivel III-1, siendo un centro de referencia para múltiples hospitales en Lima y a nivel nacional.

Al tratarse de un centro de Nivel III-1 este presenta múltiples especialidades para la atención de los pacientes, incluyendo la realización de procesos quirúrgicos complejos, atención de partos y cesáreas, hospitalización de pacientes, atención en cuidados intensivos e intermedios entre otros. Si bien al tratarse de un hospital emblema a nivel nacional, este presenta sus carencias que incluyen la ausencia de ciertos exámenes de laboratorio, ya sea por la carencia de reactivos o la ausencia de equipos para la medición de estos.

Las funciones del interno de medicina incluyen la asistencia en procedimientos médicos como paracentesis, toracocentesis, sutura de heridas y retiro de puntos, toma de muestras para laboratorio entre otros procesos médicos así como administrativos. Asimismo, los internos de medicina se encargaban de identificar y presentar los casos clínicos de los pacientes asignados a fin de facilitar el trabajo en los pacientes hospitalizados, agilizando su manejo y tratamiento.

Las actividades académicas complementarias se enfocaban en la

selección de temas de sustentación donde los internos de medicina exponían a sus pares y a los docentes, donde se complementaba lo presentado con la asistencia de los médicos residentes y asistentes.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.I. ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

Caso clínico I

La preeclampsia es una de las principales complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio que tienen una gran importancia en la morbimortalidad materna y neonatal. Como patología, la preeclampsia se caracteriza por la presencia de hipertensión con una presión arterial sistólica mayor a 140 mmHg, una presión arterial diastólica mayor a 90 mmHg, la presencia de proteinuria y compromiso de órganos que incluyen a la placenta, riñones, cerebro entre otros(1).

La clasificación de la preeclampsia va en base a la presencia de signos de gravedad, que se definen como la presencia de hipertensión con valores iguales o mayores de 160/110 mmHg tomados en 2 oportunidades con una diferencia de por lo menos 15 minutos(2). Su diagnóstico preventivo recae en los respectivos controles prenatales. Aplicado al caso presentado, la paciente presentaba como historial el tener un embarazo anterior con diagnóstico de preeclampsia, por lo que asistía a sus controles prenatales donde presentaba presiones altas normales. Sin embargo, la cantidad de controles que presentaba eran insuficientes en base a la norma técnica atención prenatal del MINSA, que recomienda como mínimo 8 controles prenatales(3).

En el caso de la paciente el riesgo de preeclampsia significó el proponer la realización de una cesárea de emergencia. El uso de corticoides como dexametasona o betametasona son las principales opciones para asistir en la maduración pulmonar a partir de las 28 semanas, que mejore la supervivencia del producto posterior al nacimiento(4).

En el caso clínico la cesárea de emergencia practicada no presentó complicaciones. El producto al nacer presentaba una fascies que sugería una trisomía 21 sugerida por el neonatólogo que atendió en el procedimiento. La paciente requirió asistencia psicológica para afrontar que su hijo tenía una condición al nacer pues al principio, se mostraba incrédula y emocionalmente alterada.

Si bien el diagnóstico de síndrome de Down se podría haber dado a partir de una buena evaluación ecográfica durante los controles prenatales al evaluar, entre muchas otras características, la translucencia nucal, la paciente indicó que se había realizado pocas ecografías, pues en su centro de salud no contaban con el equipo y en los sitios donde lo había realizado no le habían informado al respecto ni le habían indicado un posible diagnóstico temprano(5). Este detalle es relevante en el caso pediátrico presentado, ya que el paciente neonato que se menciona con una Comunicación Interventricular es el producto de esta paciente en cuestión y que a partir de una evaluación ecográfica apropiada se podría haber planteado el diagnóstico de esta anomalía con anterioridad.

Caso clínico II

En este caso se presenta a una paciente con diagnóstico de colestasis intrahepática gestacional (CIE), la cual es una condición multifactorial donde se altera la producción de ácidos biliares que fomenta el incremento de bilirrubina directa que se presenta en mujeres gestantes que presentan factores de riesgo que incluyen factores genéticos, hormonales y ambientales. La CIE suele manifestarse a finales del segundo trimestre o tercer trimestre, donde la paciente presenta prurito intenso sin presencia de lesiones cutáneas a predominancia de palmas y plantas de los pies, ictericia en grados variables y puede presentarse en algunos casos la presencia de coluria y acolia(6). El diagnóstico diferencial se realiza a partir de la evaluación de concentración sérica de ácidos biliares totales.

El principal riesgo para la gestante radica en que los niveles elevados de ácidos biliares conllevan a sufrimiento fetal y puede llevar a la aparición de muerte fetal súbita, motivo por el que el manejo debe ser constante hasta el parto y lo más pronto posible(7). En este caso el uso del ácido ursodesoxicólico y antihistamínicos llevaron a una mejoría en la paciente que conllevó posteriormente a darle de alta y continuar con el seguimiento de esta hasta el parto(8).

III.II. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Caso clínico I

Los neonatos con síndrome de Down son una de las poblaciones con mayor incidencia de patologías cardíacas congénitas en donde las comunicaciones interventriculares son las más comunes(9). En el caso presentado se trata del lactante hijo de la paciente observada durante la rotación de obstetricia, la cual realizó su seguimiento en el Hospital Arzobispo Loayza debido a la pobre ganancia ponderal y las complicaciones que incluían la cardiopatía congénita presente.

Una comunicación interventricular puede clasificarse en base a la situación del tabique. Se identifican a las CIV perimembranasas, CIV muscular, CIV infundibular y CIV del septo de entrada (o posterior), donde la localización del defecto y el grado del cortocircuito va a condicionar las repercusiones funcionales presentes. La presencia del CIV va a influir en el hiperflujo pulmonar y aumento del retorno venoso, generando una sobrecarga de volumen, llevando a una insuficiencia cardíaca crónica(10).

El manejo que el paciente recibió incluía el uso de diuréticos como furosemida y espironolactona en conjunto con enalapril cada 12 horas. Las guías de manejo contemplan el uso de digoxina en el tratamiento en caso de necesitarse. Con la evaluación ecocardiográfica realizada en el INSN-Breña se planteó un manejo conservador a la espera de la reducción de la comunicación perimembranosa al presentar un tamaño de 4 mm de largo y 1.5 mm de ancho(11). La asistencia en la

lactancia se mantuvo hasta el fortalecimiento de la succión en el paciente, así como la continuación en estimulación sensorial.

Caso clínico II

En el caso de la paciente presentada se aprecia un claro ejemplo de desnutrición crónica infantil en combinación a negligencia por parte de los padres en el cuidado de su hija.

Para el manejo de la desnutrición debe identificarse si se trata de un proceso agudo o crónico para enfocar el abordaje de forma apropiada. La talla para la edad es uno de los principales marcadores para diferenciar un tipo de otro. En el caso de la paciente el tipo de desnutrición que presentaba era de origen crónico, donde se apreciaba un Kwashiorkor, una desnutrición por la falta de ingesta de proteínas(12).

Los principales riesgos en pacientes como la presentada incluían la susceptibilidad a infecciones, deshidratación severa, retraso cognitivo entre otros. El acercamiento al manejo de la paciente incluía la estabilización de la paciente evitando que siga perdiendo peso, el manejo de electrolitos y micronutrientes, la introducción al consumo de alimentos sólidos y finalmente la ganancia paulatina de peso hasta que presente un valor que corresponda para su edad(13).

La estimulación sensorial y apoyo emocional fue fundamental para el manejo de la paciente y de la madre de familia. Por mucho tiempo durante la estancia hospitalaria la madre fue un problema más que una ayuda para la mejoría de la paciente debido a que no aceptaba su responsabilidad en el estado actual de la criatura y se mostraba hostil cuando se intentaba dar de alimentar y evaluar a la paciente. Finalmente, con la asistencia de servicio social se logró llegar a un acuerdo que permitió manejar a la paciente a que se recupere, condicionando a su alta a un albergue hasta que se recupere y que luego, de cumplir con los requerimientos acordados con la madre, retornar la tenencia a esta.

III.III. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Caso clínico I

La apendicitis es una complicación de abdomen quirúrgico muy común que su manejo siempre requiere la realización de la apendicectomía como tratamiento de elección. La progresión de la apendicitis se divide en 4 fases: edematosa, supurativa, gangrenosa y perforada; donde es en esta última donde las principales complicaciones aparecen incluyendo peritonitis localizada o difusa(14).

Para el caso de la paciente, el tiempo de evolución de la apendicitis apuntaba a una posible perforación y al riesgo de una posible peritonitis. Con los valores de leucocitos y PCR que presentó al momento de ingreso se inició el uso de antibióticos como ceftriaxona 2 g IV en combinación a metronidazol 500 mg IV, en especial al no ser una paciente con alergia a penicilinas(15).

El abordaje quirúrgico de emergencia radicaba en la apendicectomía. En el caso de la paciente el abordaje incluyó una laparoscopia exploratoria debido al riesgo de una peritonitis(16). Durante el procedimiento se identificó la perforación de la región apendicular con formación de un plastrón a nivel de la fosa iliaca derecha. Luego de la limpieza de cavidad y retiro del apéndice se procedió a la colocación de un dren Penrose para terminar de drenar el contenido residual que pueda producirse por el proceso inflamatorio.

Caso clínico II

La colecistitis crónica calculosa se produce por la persistencia de litiasis biliar que lleva a procesos inflamatorios debido a la obstrucción de la vesícula o a la migración de los cálculos a las vías biliares, conllevando a la aparición de una coledocolitiasis(17). Como factores de riesgo la edad, el sexo femenino, la obesidad, dislipidemias, uso de anticonceptivos y embarazos son condicionantes a la aparición de litiasis biliar(18).

En el caso de la paciente, al tenerse un antecedente de colecistectomía parcial se asumía la aparición de una litiasis biliar que se encuentre obstruyendo las vías biliares, llevando a una posible coledocolitiasis(19). Al no conocerse el grado de colecistectomía parcial que tenía no se podía descartar que los litos no se hayan formado en la vesícula.

Ya durante la cirugía se determinó que el procedimiento anterior no fue realizado, a pesar de presentarse una cicatriz operatoria compatible con una colecistitis incisional. Luego del procedimiento se procedió a explicar a la paciente de lo sucedido, comprendiendo su sorpresa y malestar. Ya de alta, la paciente reportó en su control que había iniciado procesos legales contra su cirujano por negligencia y falsedad.

III.IV. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico I

El pie diabético es una de las complicaciones más comunes en pacientes diabéticos mal controlados. Debido a la disminución en la sensibilidad en las extremidades inferiores debido a la neuropatía asociada se facilita la aparición de úlceras y lesiones que pueden convertirse en focos de infección. La diabetes también influye en la regeneración del paciente, complicando la evolución del paciente y evitando que se detecte a tiempo(20). Esta condición se ve acentuada en el paciente, donde al presentar ya una demencia senil avanzada con dificultad del habla y un abandono casi total por parte de su familia.

La clasificación de Wagner permite identificar el grado de lesión. Se separa en los siguientes grados(21):

- Grado 0: Pie en riesgo, sin úlcera evidente.
- Grado 1: Úlcera superficial, no infectada
- Grado 2: Úlcera profunda, con infiltración, pero sin compromiso óseo.

- Grado 3: Úlcera profunda, con formación de abscesos y participación ósea
- Grado 4: Gangrena localizada (dedos del pie o parte anterior del pie).
- Grado 5: Gangrena en todo el pie.

Se planteó la amputación del miembro infectado debido al grado de compromiso. Luego de la evaluación vascular y la obtención de los riesgos quirúrgico y neumológico se procedió a su ingreso al quirófano para la realización de una amputación infra condílea. La amputación de miembros se divide en 2 tipos básicos: amputación menor (por debajo del tobillo) y las mayores (que se ejecutan por encima de este). El manejo quirúrgico tiende a ser lo más conservador posible, donde se busca preservar la mayor cantidad del miembro afectado. Lo que termina determinando si se elige una amputación mayor es la presencia de isquemia crítica, gangrena, fracaso de tratamiento farmacológico, imposibilidad para revascularización entre otros criterios que no permitan un enfoque conservador(22).

La recuperación del paciente fue lenta, en especial porque era poco cooperativo por su condición subyacente y al no contarse con apoyo familiar por mucho tiempo, hasta que pudo coordinarse su ingreso a un albergue.

Caso clínico II

El caso presentado es uno de los más complejos que se pudo apreciar durante la rotación del internado debido a comprender a un paciente seropositivo en tratamiento con un posible diagnóstico neoplásico que se asoció a una hemorragia digestiva alta que finalmente llevó a su fallecimiento por un shock hipovolémico.

Como condición patológica, la hemorragia digestiva alta (HDA) activa es una condición con una presentación variable, donde las principales causas incluyen a la úlcera péptica, várices esofágicas, esofagitis, gastritis, duodenitis, angiodisplasias y en ciertos casos la presencia de

neoplasias(23).

La presencia de un posible nódulo de Virchow apuntaba a una posible neoplasia de estómago o de páncreas, que requería la realización de una biopsia linfática a fin de permitir un diagnóstico diferencial. A la evaluación de marcadores neoplásicos como el CA 19-9 y CEA presentaban valores normales, por lo que la determinación de un diagnóstico definitivo era dificultoso. La consideración de la endoscopía digestiva era una opción a fin de determinar el grado de lesión presente en el paciente.

Los episodios de sangrado en deposiciones y vómitos llevaron a una descompensación rápida por un shock hipovolémico. A pesar de que en la endoscopía se procedió a cauterizar la lesión sangrante a nivel duodenal, la descompensación general del paciente fue demasiado para su manejo.

Como experiencia, fue una de las más relevantes al ser un ejemplo de lo frágil de la salud de un paciente y cómo la situación puede evolucionar desfavorablemente en poco tiempo.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico fue una experiencia importante para culminar la formación académica de los estudiantes de medicina humana. Debido a las problemáticas arrastradas por la pandemia por COVID-19 la estructura de las rotaciones implicó la realización de una rotación en atención primaria para luego rotar por un centro hospitalario de mayor nivel.

En el caso de la rotación de primer nivel de atención se dio en el centro de salud “Huascar XV”, un establecimiento de salud I-2 donde se priorizó el desarrollo de actividades de promoción, prevención y atención de la salud en la población cercana. A partir de la atención en consultorio, campañas de concientización, despistaje y tamizaje se buscaba tener un impacto positivo en el bienestar de la población.

Como experiencia profesional fue una gran oportunidad de conocer la atención primaria que es la base de lo que a futuro será la experiencia SERUMS para cada profesional de la salud. Pero como limitaciones podemos resaltar el poco impacto como interno de medicina en la prevención de la salud de la población, así como la ausencia de recursos para poder atender sus necesidades.

La segunda fase de la rotación se dio en el Hospital Arzobispo Loayza en un periodo de 5 meses, dividida en las 4 rotaciones respectivas. Las principales limitaciones en la experiencia en el internado radicaban en el corto tiempo entre rotaciones y en la carga laboral asignada, que dificultaba a veces la ejecución de actividades académicas complementarias.

Aun con las dificultades presentes durante el internado médico, la experiencia en este fue fundamental para la formación académica y la adquisición de experiencia real en el campo sobre la atención y manejo de pacientes en distintas patologías.

CONCLUSIONES

El internado médico es el equivalente en otras profesiones a las prácticas preprofesionales, donde se busca adquirir experiencia directa en el campo laboral. En el caso de las carreras de la salud no solo sirve para profundizar el conocimiento teórico obtenido, sino que también permite conocer la realidad sobre la atención en la salud, con las limitaciones y dificultades asociadas.

En esta etapa la interacción del interno incluye el trabajo en equipo tanto con sus pares en el internado, médicos residentes, médicos asistentes y otros profesionales de la salud y personal técnico y administrativo donde se fomenta la habilidad comunicativa y de liderazgo.

Si bien la pandemia del COVID-19 ya no era un problema de las proporciones que tuvo en años pasados, repercutió tanto en cómo se ejecutó el internado médico, así como en las precauciones a tener para el manejo de los pacientes y su interacción con estos.

Otra experiencia importante a resaltar incluye la dificultad en algunos casos de contactar y conseguir la cooperación de los familiares. El abandono de pacientes crónicos, principalmente en la rotación de medicina interna, fue la más representativa de este problema.

Como experiencia laboral, el internado médico en el periodo 2022-2023 fue una experiencia enriquecedora, que ha asistido como un golpe de realidad sobre las carencias en el sistema de salud nacional y cómo los profesionales de la salud consiguen seguir adelante a fin de tratar a los pacientes.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que las siguientes promociones prosigan en su formación participando de forma más activa en los procedimientos médicos que puedan realizar, a fin de adquirir y afinar las habilidades necesarias que todo médico egresado debe al menos conocer.

También sería prudente modificar el tiempo de rotación entre centro de salud y en centro hospitalario, los cuales deberían priorizar estos últimos, donde más experiencia puede adquirirse en la ejecución de procedimientos médicos así como la capacidad de ver más casos clínicos floridos que complementen el aprendizaje obtenido en los 7 años.

Del mismo modo se recomienda que el presupuesto nacional asignado al área de salud se incremente a fin de contar con los recursos necesarios para la atención hospitalaria y en el primer nivel a fin de asegurar una atención de calidad.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Calvo JP, Rodríguez YP, Figueroa LQ. Actualización en preeclampsia. Rev Médica Sinerg. 9 de enero de 2020;5(01):345.
2. Rojas Pérez LA, Villagómez Vega MD, Rojas Cruz AE, Rojas Cruz AE, Rojas Pérez LA, Villagómez Vega MD, et al. Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento. Rev Eugenio Espejo. diciembre de 2019;13(2):79-91.
3. MINSA. PERU. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna [Internet]. 2019. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
4. Briceño-Pérez C, Carlos J. Administración prenatal de corticosteroides para maduración pulmonar fetal: realidad mundial. Rev Obstet Ginecol Venezuela. 19 de diciembre de 2019;79:246-58.
5. Viñals F, Esparza M, von-Plessing G, von-Plessing C, Selman E, Quiroz G, et al. Características ecográficas y anomalías congénitas en fetos con síndrome de Down. Rev Chil Obstet Ginecol. agosto de 2022;87(4):266-72.
6. Yanque-Robles OF. Colestasis Intrahepática gestacional. Rev Peru Investig En Salud. 28 de enero de 2020;4(1):37-42.
7. Dericco M, Otero C. Guía de práctica clínica: Colestasis intrahepática Gestacional. Rev Hosp Materno Infant Ramón Sardá [Internet]. 2019; Disponible en: https://sarda.org.ar/images/2019/2019-1_4_Guia.pdf
8. Pizarro Madrigal M, Guerrero Hines C, Chacón Campos N. Colestasis intrahepática del embarazo: una revisión sistemática. Rev Médica Sinerg. 2022;7(3):4.
9. Méndez-Durán L, Echeverría-Consuegra R, Pérez-Pérez O, Barbosa-Sarabia V, Contreras-Wilches LM, Cañón-Ferreira K, et al. Prevalencia de cardiopatías congénitas diagnosticadas o tratadas por cateterismo cardíaco en pediatría. Rev Colomb Cardiol. abril de 2021;28(2):146-52.

10. Castro B A. La comunicación interventricular. Rev Costarric Cardiol. abril de 2000;2(1):21-6.
11. Gómez Guzmán E, Tejero Hernández MÁ, Pérez Navero JL. Tratamiento actual de la insuficiencia cardiaca pediátrica. Cardiocore. 1 de enero de 2013;48(1):12-6.
12. Macipe Costa RM, Gimeno Feliu LA. Abordaje práctico y manejo de la desnutrición en niños de países en vías de desarrollo y experiencia profesional en un hospital rural de la República Democrática del Congo. Rev Esp Nutr Humana Dietética. 1 de enero de 2009;13(1):17-26.
13. Espinoza Olvera LI. Intervención de enfermería en la desnutrición crónica en niños menores de 5 años [Internet] [masterThesis]. Jipijapa - Unesum; 2023 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/5048>
14. Gil Piedra F, Morales García D, Bernal Marco JM, Llorca Díaz J, Marton Bedia P, Naranjo Gómez Á. Apendicitis aguda complicada. Abordaje abierto comparado con el laparoscópico. Cir Esp. 1 de junio de 2008;83(6):309-12.
15. Apendicitis aguda – Guía PRIOAM [Internet]. [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.guiaprioam.com/indice/infecciones-intraabdominales/>
16. 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. agosto de 2014;57(4):51-7.
17. Coto FM. Colecistitis calculosa aguda: diagnóstico y manejo. Rev Médica Costa Rica Centroamérica. 15 de julio de 2016;73(618):97-9.
18. Pérez Huitrón MA, Ocaña Monroy JL, Pérez Huitrón MA, Ocaña Monroy JL. Colecistitis crónica litiásica agudizada: una consulta frecuente en la guardia médica. Rev Fac Med México. agosto de 2018;61(4):35-7.

19. Pérez Huitrón MA, Ocaña Monroy JL. Colecistitis crónica litiásica agudizada: una consulta frecuente en la guardia médica. Rev Fac Med UNAM. 2018;35-7.
20. Arana VC, Mejía JM, Valverde HDL, Sandoval OS. Complicaciones del pie diabético. Factores de riesgo asociados. Rev Médica Inst Mex Seguro Soc. 2003;41(2):97-104.
21. Prieto-Gómez B, Aguirre-Castañeda A, Saldaña-Lorenzo JA, Ángel JFL del, Moya-Simarro A. Síndrome metabólico y sus complicaciones: el pie diabético. Rev Fac Med UNAM. 15 de agosto de 2017;60(4):7-18.
22. Escalante Gutiérrez D, Lecca García L, Gamarra Sánchez J, Escalante Gutiérrez G. Amputación del miembro inferior por pie diabético en hospitales de la costa norte peruana 1990 - 2000: características clínico-epidemiológicas. Rev Peru Med Exp Salud Publica. julio de 2003;20(3):138-44.
23. Jofre J n AC, Torres T, Cabezas G, Hernández BL. Hemorragia digestiva alta. ARS MEDICA Rev Cienc Médicas. 26 de septiembre de 2019;44(3):24-34.