



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO: CENTRO DE  
SALUD SAN ANTONIO DE PEDREGAL - HOSPITAL  
NACIONAL HIPÓLITO UNÁNUE  
(JUNIO 2022 – MARZO 2023)**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR**

**DANIEL ZA VALETA MERINO**

**ASESOR**

**RISOF ROLLAND SOLÍS CÓNDOR**

**LIMA - PERÚ**

**2023**



**Reconocimiento - No comercial  
CC BY-NC**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO: CENTRO DE  
SALUD SAN ANTONIO DE PEDREGAL - HOSPITAL  
NACIONAL HIPÓLITO UNÁNUE  
(JUNIO 2022 – MARZO 2023)**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR**

**DANIEL ZAVALETA MERINO**

**ASESOR**

**DR. RISOF ROLLAND SOLÍS CÓNDOR**

**LIMA-PERU  
2023**

## **JURADO**

Presidente: DR. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: DR. JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro: DR. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

## **DEDÍCO:**

A mis padres, Asuntita y Javier, por ser mis guías y por todo el apoyo brindado, que fue autentico e incondicional y gracias a ello he logrado llegar a esta instancia de mis estudios.

A mi hermana, Sunny, quien nos contagia sus ánimos, alegrías y ganas de continuar luchando contra la adversidad.

A mi abuelita, Carmela, quien me contagió su alegría y amor por la vida.

## **AGRADEZCO:**

A todos y cada uno de mis compañeros, docentes y doctores con los que he tenido oportunidad de relacionarme durante estos años de formación académica, ya que me han inspirado a crecer y madurar. Estaré eternamente agradecido y en deuda con ustedes.

Especialmente, al doctor Risof Rolland Solís Córdor por su inestimable ayuda en el desarrollo de mi trabajo de suficiencia profesional. Sin su guía experta y dedicada, no habría sido posible alcanzar los resultados que hoy presento con orgullo. Siempre estuvo dispuesto a responder mis preguntas, a ofrecerme consejos valiosos y a brindarme el apoyo necesario para superar los desafíos que surgieron en el camino. Doctor, por ser un mentor excepcional y por ayudarme a alcanzar este logro académico tan significativo, quedo eternamente agradecido.

## ÍNDICE

JURADO	ii
DEDÍCO:	iii
AGRADEZCO:	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	2
I.1. Rotación de Pediatría	2
I.2. Rotación de Medicina Interna	5
I.3. Rotación de Cirugía General	9
I.4. Rotación de Ginecología y Obstetricia	13
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	16
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	17
I.1. Rotación de Pediatría	17
I.2. Rotación de Medicina Interna	19
I.3. Rotación de Cirugía General	21
I.4. Rotación de Ginecología y Obstetricia	24
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	26
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	29
FUENTES DE INFORMACIÓN	30

## RESUMEN

El internado médico es una actividad académica, que contribuye con la formación de los estudiantes de ciencias de la salud y se desarrolla en el séptimo año de carrera; con el fin de afianzar la adquisición de competencias que demanda el Sistema Nacional de Salud; de modo que, el **objetivo** es reforzar los conocimientos adquiridos, por los internos, durante los años de formación académica, mediante el contacto supervisado con pacientes durante la atención hospitalaria; así como propiciar un entorno adecuado para la aplicación práctica de las competencias y capacidades en el campo de los servicios asistenciales que se prestan en centros de salud del primer nivel de atención y atención hospitalaria, sobre todo, en el contexto de pandemia por COVID-19. El **método** empleado consiste en entrenar a los internos en unidades de atención a la salud que cuenten con los servicios de pediatría, medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia. En cada uno de estos servicios, el interno, pone en práctica los conocimientos teóricos adquiridos, ya que con el ejercicio de una actividad asistencial puede aplicar, reforzar y renovar conocimientos y habilidades en la resolución de problemas, aplicando medidas preventivas, curativas o de rehabilitación, procurando evitar incurrir en complicaciones; y actividades académicas, cuyo propósito fundamental es la adquisición, renovación e integración funcional del conocimiento, y que el interno asuma la responsabilidad de su constante aprendizaje. Como **resultado** de esta experiencia académica el futuro médico afianza y renueva conocimientos y practica maniobras antes estudiadas en la etapa académica, del mismo modo, tiene la oportunidad de desarrollar capacidades de respuesta empática con el paciente, para su adecuado tratamiento y proceso de recuperación. En **conclusión**, el internado es la culminación de los estudios de la preparación médica universitaria, donde el alumno pone en práctica los conocimientos adquiridos y desarrolla nuevas capacidades que lo ayudaran durante su desenvolvimiento como médico general.

**Palabras clave:** Internado Médico, pandemia por COVID-19, primer nivel de atención, atención hospitalaria.

## **ABSTRACT**

The medical internship is an academic activity that contributes to the training of health sciences students and takes place in the seventh year of the degree; in order to strengthen the acquisition of skills required by the National Health System; therefore, the objective is to reinforce the knowledge acquired by the inmates during the years of academic training, through supervised contact with patients during hospital care; as well as to promote an adequate environment for the practical application of the competencies and capacities in the field of care services provided in health centers of the first level of care and hospital care, especially in the context of the COVID-19 pandemic. The method used consists of training inmates in health care units that have pediatrics, internal medicine, general surgery, gynecology, and obstetrics services. In each of these services, the inmate puts into practice the acquired theoretical knowledge, since with the exercise of a care activity he can apply, reinforce and renew knowledge and skills in problem solving, applying preventive, curative or rehabilitation measures. , trying to avoid incurring complications; and academic activities, whose fundamental purpose is the acquisition, renewal and functional integration of knowledge, and that the inmate assumes responsibility for his constant learning. As a result of this academic experience, the future doctor consolidates and renews knowledge and practices maneuvers previously studied in the academic stage, in the same way, the intern can develop empathic response capacities with the patient, for his adequate treatment and recovery process. In conclusion, the internship is the culmination of university medical preparation studies, where the student puts the acquired knowledge into practice and develops new skills that will help him during his development as a general practitioner.

**Keywords:** Medical Internship, COVID-19 pandemic, first level of care, hospital care.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO:  
CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE  
PEDREGAL - HOSPITAL NACIONAL HIPÓ

AUTOR

ZVALETA MERINO, DANIEL

RECUENTO DE PALABRAS

**7981 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**43257 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**39 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**330.2KB**

FECHA DE ENTREGA

**Apr 18, 2023 8:18 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Apr 18, 2023 8:19 PM GMT-5****● 13% de similitud general**

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

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% 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



Dr, Risof Rolland Solís Córdor  
Asesor

<https://orcid.org/0000-0002-9770-8085>

## INTRODUCCIÓN

En la formación del profesional de la salud, el estudiante recorre 12 semestres académicos, donde se le imparten todos los conocimientos teóricos, enriquecidos por el ambiente universitario; y 2 últimos semestres en los que el alumno deja las aulas para iniciar la etapa de internado médico, etapa donde se enfrenta con la oportunidad de tratar con pacientes, guiado por un médico - tutor, quien dirige la práctica médica, generando los espacios oportunos para el desarrollo de habilidades y competencias, que se servirán para el desempeño de su futura actividad al servicio de la medicina humana; por tal motivo, el internado es la culminación de los estudios universitarios, que afianza las competencias de los futuros profesionales de la salud demandados por el Sistema Nacional de Salud y las políticas nacionales de salud.

En el contexto actual de pandemia por COVID-19, el internado ha sido organizado en 10 meses que inicia el 01 de junio de 2022 y termina el 31 de marzo de 2023, en los cuales se desarrollan prácticas por los servicios de Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia; siendo desarrollados en 5 meses, en primer nivel de atención, los servicios de Pediatría y Medicina interna y en 5 meses, en sede hospitalaria, los servicios de Cirugía General y Ginecología y Obstetricia. Puesto que se requirió reducir el riesgo que conlleva el contacto masivo de pacientes, con el personal de salud y asistencial para evitar el contagio de la enfermedad, por lo que se implementaron medidas y normas que incluían el uso de equipo de protección personal, lavado de manos y distanciamiento social.

Siendo, el internado, una gran fuente de oportunidades para el desarrollo de capacidades en la práctica de ámbito de la atención médica.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

Se exponen 2 casos clínicos correspondientes a las experiencias vividas durante cada rotación, tanto en Centro de salud como en sede hospitalaria.

### **I.1. Rotación de Pediatría**

Primera rotación del internado, Centro de Salud San Antonio de Pedregal, inició el 01 de junio de 2022 y finalizó el 15 de agosto de 2022.

Caso clínico N.º 1:

Paciente varón de 2 años y 3 meses, proveniente de San Antonio de Pedregal es traído a consulta por presentar, según refiere la madre, deposiciones líquidas entre 3 – 4 cámaras al día desde hace 3 días, sin moco, ni sangre, con un episodio de alza térmica 37.9°C para lo cual le dio una cucharadita de paracetamol en suspensión oral; agrega que le preocupa ver al niño desganado con poco apetito y un poco más sediento de lo normal.

Al indagar sobre los antecedentes encontramos que:

Esquema de vacunación incompleto para rotavirus

Peso: 12.9 Kg; Talla: 90 cm

Funciones vitales:

FR: 27 rpm; FC: 110 lpm; T: 37.4°C

Al examen físico:

- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada, turgente, llenado capilar < 2 segundos
- Mucosas orales: levemente secas
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad
- Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación profunda, ruidos hidroaéreos presentes
- SNC: lucido, despierto, reactivo a estímulos

Impresión diagnóstica:

- Síndrome diarreico agudo por posible infección por rotavirus
- Deshidratación moderada

Tratamiento:

- Manejo ambulatorio
- Reposo en casa
- Rehidratación con sales de rehidratación oral 1000cc en 4 horas, distribuido en tomas de 125cc cada 30 minutos para no sobrepasar la capacidad gástrica
- En caso de presentar  $T > 38^{\circ}\text{C}$  consumir 6cc de paracetamol en suspensión oral

Caso clínico N.º 2:

Paciente varón de 4 años, procedente de San Antonio de Pedregal, es traído a consulta por presentar, según refiere su madre, tos seca, dolor de garganta, cefalea.

Antecedentes: no contributarios

Peso: 17 kg, Talla: 104 cm

Funciones vitales:

FR: 25 rpm; FC: 103 lpm; T:  $37.2^{\circ}\text{C}$

Al examen físico:

- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada, turgente, llenado capilar  $< 2$  segundos
- Mucosas orales: levemente secas
- Examen de garganta con bajalenguas: faringe eritematosa con presencia de amígdalas inflamadas, no secreciones, no mal olor
- Cuello: cilíndrico, móvil, no se perciben masas, no doloroso
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes

- SNC: LOTE; EG: 15/15

Impresión diagnóstica:

FAGA (faringoamigdalitis) de aparente origen viral

Tratamiento:

- Manejo ambulatorio
- Reposo en casa
- Consumo de líquidos a demanda
- 7cc de paracetamol en suspensión oral cada 8 horas por 3 días
- Indicación de retorno para control en 3 días

## I.2. Rotación de Medicina Interna

Segunda rotación del internado, Centro de Salud San Antonio de Pedregal, inició el 16 de agosto de 2022 y finalizó el 31 de octubre de 2022

Caso clínico N.º 3:

Paciente varón de 58 años, acude a consultorio externo de medicina, procedente de San Antonio de Pedregal, conocido en el centro de salud y con historia de Diabetes *Mellitus* tipo 2 en tratamiento, refiriendo que desde hace 3 meses ha notado pérdida de hasta 10 kg de peso, pese a que, en las últimas semanas ha aumentado su apetito y sed; además, que por las noches se levanta hasta 4 o 5 veces para miccionar.

Hábitos nocivos: 1 a 2 cervezas los fines de semana, no cigarrillos

Antecedentes personales: obesidad tipo I (IMC 32.4), refiere que consume 3 comidas diarias y que a eso se agregan algunos dulces entre el almuerzo y la cena.

Antecedentes clínicos: Diabetes *Mellitus* tipo 2 diagnosticada hace aproximadamente 5 años, en tratamiento con Metformina 850 mg luego del almuerzo. No refiere alergias. Sin antecedentes quirúrgicos previos.

Antecedentes familiares: madre con Diabetes *Mellitus* tipo 2 y padre hipertenso.

Funciones vitales:

PA: 130/80; FC: 89 lpm; FR: 20 rpm; T: 36.8°C; SatO<sub>2</sub>: 96%

Peso: 70 Kg; Talla: 1.58 mt

Al examen físico:

- Piel y faneras: tibia, moderadamente elástica, hidratada
- Cabeza: normocéfalo
- Ojos: pupilas isocóricas, fotorreactivas
- Boca: mucosas humectadas, no lesiones
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no se auscultan estertores

- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no ruidos agregados audibles
- Abdomen: abundante panículo adiposo, blando, depresible, no doloroso, no se perciben masas
- Extremidades inferiores y superiores: simétricas, no edemas

#### Exámenes laboratoriales

Glucosa en sangre: 178 mg/dL

#### Examen de orina

Color: amarillo turbio; pH: 5.8; con presencia de cilindro hialinos

Impresión diagnóstica: Diabetes *Mellitus* tipo 2 mal controlada

#### Tratamiento:

Cambiar dosificación de metformina por 850 mg en la mañana y 50 mg en la noche; además, se sugiere interconsulta con nutrición para manejo de dieta hipocalórica y cambio en el estilo de vida; se referencia al servicio de endocrinología del hospital de resolución media José Agurto Tello; Adicionalmente, se explica que ante la aparición de signos de alarma (palidez, temblores, sudoración, dolor de cabeza, náuseas, latidos cardiacos irregulares, fatiga extrema o ansiedad), acuda a la emergencia hospitalaria más cercana.

#### Caso clínico N.º 4:

Paciente varón de 63 años, acude a consultorio externo de medicina, procedente de San Antonio de Pedregal, conocido en el centro de salud y con historia de Diabetes *Mellitus* tipo 2 en tratamiento y controlado, hipertensión arterial mal controlada, para evaluación de control periódico, se presenta asintomático y refiere que siempre se le olvida tomar la “pastillita” en el horario adecuado.

Hábitos nocivos: fumador de 10 cigarrillos al día.

Antecedentes personales: Diabetes *Mellitus* tipo 2 diagnosticada hace 6 años y controlada con manejo dietético; hipertensión arterial diagnosticada hace

medio año, tratado con hidroclorotiazida de 25 mg (un comprimido por la mañana), más atenolol 50 mg (un comprimido por la noche), mal controlada por mala adherencia al tratamiento, sobrepeso (IMC 28).

Funciones vitales:

PA: 165/90 mmHg, FC: 82 lpm; FR: 18 rpm; T: 36.8°C; SatO<sub>2</sub>: 98%

Peso: 73.5 Kg; Talla: 1.62 mt

Al examen físico:

- Piel y faneras: tibia, poco elástica, regularmente hidratada
- Cabeza: normocéfalo
- Ojos: pupilas isocóricas, normorreactivas
- Boca: mucosas humectadas, no lesiones
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no se auscultan estertores
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no ruidos agregados audibles
- Abdomen: abundante panículo adiposo, blando, depresible, no doloroso, no se perciben masas
- Extremidades inferiores y superiores: simétricas, no edemas

Glucosa en sangre 95 mg/dL

Diagnóstico

Hipertensión arterial por falta de adherencia al tratamiento

Conclusión:

El paciente controla valores de glucosa dentro de rangos normales solo con modificación dietética y cambio de estilo de vida, por lo que se sugiere continuar con ésta; presión arterial elevada pese a mostrarse asintomático, por mala adherencia al tratamiento, se recomienda eliminar el consumo de cigarrillos y aumentar actividad deportiva diaria.

Tratamiento:

- Continuar dieta hipocalórica agregando actividad física diaria y evitar consumo de cigarrillos

- Cambio de medicación para la hipertensión por enalapril de 10 mg un comprimido por la mañana; se referencia a servicio de cardiología en el Hospital de mediana resolución José Agurto Tello, para manejo terapéutico especializado, haciendo hincapié en que el paciente no se adhiere al tratamiento.

### **I.3. Rotación de Cirugía General**

Segunda rotación del internado, Hospital Nacional Hipólito Unanue, inició el 01 de noviembre de 2022 y finalizó el 15 de enero de 2023

Caso clínico N.º 5:

Paciente mujer de 48 años, proveniente de Vitarte, llega a la emergencia refiriendo dolor en epigastrio e hipocondrio derecho que se irradia hacia la región lumbar, desde hace más o menos 4 horas, y que empeora con la ingesta de alimentos grasosos. Presenta náuseas, y agrega que presentó episodio de sensación de alza térmica.

Como antecedentes personales presenta:

Cuadro similar previo hace 1 año.

2 cesáreas previas en 2006 y 2010

Funciones vitales:

PA: 126/60, FC: 93 lpm, FR 26 rpm, T: 38.3°C, SatO<sub>2</sub>: 97%

Al examen físico:

- Piel y faneras: fría, poco elástica, seca, ictérica
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no se auscultan estertores, taquipnea
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no ruidos agregados audibles
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho (se evalúa signo de Murphy siendo positivo), signos de Blumberg y Rovsing negativos; se percibe masa palpable en hipocondrio derecho
- Extremidades inferiores y superiores: simétricas, no edemas

Se le solicitan exámenes laboratoriales:

- Leucocitos 17000 y PCR cualitativo positivo

Se le solicita ecografía abdominal: se observa vesícula aumentada de tamaño con edema de pared y múltiples imágenes compatibles con cálculos no mayores a 2 cm.

Impresión diagnóstica:

Colecistitis aguda calculosa

Tratamiento:

- NaCl 0.9% 1000cc + diclofenaco 75 mg + orfenadrina 60 mg EV STAT, para manejo de dolor
- Solicitud de exámenes prequirúrgicos
- Programación para sala de operación en primer turno disponible para colecistectomía laparoscópica

Manejo postoperatorio:

- Restricción alimenticia por 8 horas, luego evaluar tolerancia y progresar a dieta blanda con líquidos a voluntad
- NaCl 0.9% 1000cc EV } I STAT
- Ceftriaxona 2 gr EV c/24 horas
- Hioscina 20 mg EV c/6 horas
- Diclofenaco 75 mg EV c/8 horas
- Omeprazol 40 mg EV c/24 horas

Tras 48 horas de observación, paciente presenta evolución favorable sin complicaciones por lo que se le da de alta con indicación de nutrición y retiro de puntos dentro de 7 días en centro de salud correspondiente.

Caso clínico N.º 6:

Paciente varón de 24 años, proveniente de El Agustino, llega a la emergencia refiriendo dolor en epigastrio de tipo difuso y que tras aproximadamente 10 horas migra y se localiza en fosa iliaca derecha, acompañado de hiporexia y náuseas. Añade que intensidad de dolor ha ido en aumento con el transcurso de las horas, con un EVA 7-8/10.

Funciones vitales:

PA: 125/80; FC: 98 lpm; FR: 20 rpm; T: 37.4°C; SatO2: 99%

Al examen físico:

- Piel y faneras: tibio, hidratado, elástico
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no se perciben estertores
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de regular intensidad, no ruidos agregados perceptibles
- Abdomen: blando, depresible, doloroso en fosa iliaca derecha (punto doloroso localizado en tercio externo en línea que se traza desde el ombligo hacia la espina iliaca anterior derecha, compatible con punto de Mc Burney; del mismo modo presenta dolor al soltar súbitamente una compresión en cualquier zona del abdomen, compatible con signo de Blumberg) intensidad 8/10, no se perciben masas palpables.
- SNC: LOTEPE, EG 15/15

En hemograma: se parecía leucocitosis 15500 con predominio de neutrófilos, PCR (+).

Impresión diagnóstica:

Síndrome doloroso abdominal (abdomen quirúrgico), por lo que se evalúa escala de Alvarado, obteniendo 9 puntos, siendo el diagnóstico, altamente sugerente de apendicitis aguda.

Tratamiento:

Se solicitan exámenes prequirúrgicos y se programa para sala de operaciones de emergencia para apendicetomía convencional.

Se realiza apendicetomía convencional (incisión de Rocky-Davis), sin incidencias durante el proceso.

Manejo post operatorio:

- Restricción alimentaria por 24 horas y luego progresar a dieta líquida amplia y dependiendo de tolerancia progresar a dieta completa en 48 horas
- NaCl 0.9% 1000cc EV } I y II en 24 horas

- NaCl 20% 2 amp + KCl 20% 1 amp + dextrosa 5% 1000cc EV en 24 horas
- Ceftriaxona 2 gr EV c/24 horas
- Omeprazol 40 mg EV c/24 horas
- Metamizol 1 gr EV RPN a  $T > 38^{\circ}\text{C}$
- Control de funciones vitales y balance hidroelectrolítico

Al presentar evolución favorable sin alteraciones se da de alta al tercer día y se recomienda visitar centro de salud para retiro de puntos 7 días después.

#### **I.4. Rotación de Ginecología y Obstetricia**

Segunda rotación del internado, Hospital Nacional Hipólito Unanue, inició el 16 de enero de 2023 y finalizó el 31 de marzo de 2023

Caso clínico N.º 7:

Paciente mujer de 21 años, procedente de La Molina, primigesta de 38 semanas por ecografía del primer trimestre llega a la emergencia refiriendo contracciones uterinas intensas que iniciaron hace 3 horas acompañado por pérdida de tapón mucoso.

Antecedentes personales: no contribuyente

Menarquia: 13 años; ritmo catamenial: 4-5 / irregular; no doloroso; sangrado en poca cantidad; inicio de actividad sexual: 15 años; número de parejas sexuales: 2; FUR: no precisa

G 1 P 0 0 0 0

Funciones vitales:

PA: 117/68; FC: 87; FR: 21; T: 36,8°C; SatO<sub>2</sub>: 98%

Al examen físico:

- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmico sin ruidos agregados perceptibles
- Mamas: blandas, depresibles, no dolorosas, no masas, no eyectivas
- Abdomen: globuloso ocupado por útero grávido, con contracciones uterinas (AU: 32 cm, SPP: LCI, LCF: 139 lpm, se percibe movimientos fetales)
- Tacto vaginal: cérvix blando, D: 7 cm, I: 90%, AP: -3
- Pelvis: compatible

5 minutos después, el asistente, tras ver que la paciente se quejaba más de lo normal, realiza nuevo tacto a la paciente y determina que se encuentra en

dehiscente 9 cm, por lo que la pasa de inmediato a sala de parto por trabajo de parto precipitado y tras 1 hora de observación concluye el parto.

RN: vivo; Sexo: femenino; Talla: 48 cm; Peso: 3100 gr; Pc: 34 cm; Pt: 32.5; Pabd: 31 cm; APGAR: 7' 9'; Líquido amniótico: claro; Placenta íntegra.

Post parto: paciente presenta desgarro de piel (tipo 1), suturado.

Se administra oxitocina 30 UI en NaCl 0.9% 1000cc } I y II EV c/2 horas por 4 horas para prevenir posible sangrado por atonía uterina.

Tras 48 horas de observación de la madre y en vista de presentar evolución favorable, sin riesgos de desarrollar eventos de sangrado uterino, se decide dar alta médica, indicando signos de alarma (fiebre alta, mareos, dolor intenso, pérdidas con mal olor, una zona enrojecida, caliente o endurecida, en uno o ambos pechos con o sin fiebre, tristeza profunda y permanente con ideas suicidas) y que antes la aparición de cualquiera de estos debe aproximarse a la emergencia hospitalaria más cercana.

Caso clínico N.º 8:

Paciente mujer de 18 años, procedente de El Agustino, llega a la emergencia de Ginecología y Obstetricia refiriendo un tiempo de enfermedad de aproximadamente 3 días que inicia de manera súbita con dolor intenso en hipogastrio mientras realizaba actividad deportiva (gimnasio) y que calma con las horas, agrega que percibió sensación de descenso en cavidad vaginal, el cual interpreto como su menstruación que no le venía hace más o menos 8 semanas; refiere que el dolor fue incrementando y que se acompañaba con leve sangrado vaginal, razón por la cual acude a la sede hospitalaria; añade que desconoce estar en estado de gestación.

Antecedentes personales: recientemente cambio de pareja sexual y evita el uso de métodos anticonceptivos

Menarquia: 13 años; ritmo catamenial: 5 / regular; doloroso; sangrado moderado; inicio de actividad sexual: 14 años; número de parejas sexuales: 3; FUR: no precisa, pero refiere que fue hace más o menos 8 semanas atrás

G 0 P 0 0 0 0

Funciones vitales:

PA: 100/65; FC: 67; FR: 19; T: 36,8°C; SatO2: 99%

Al examen físico:

- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmico sin ruidos agregados perceptibles
- Mamas: blandas, depresibles, no dolorosas, no masas, no eyectivas
- Abdomen: blando, depresible, con dolor a la palpación superficial y profunda en todo el hemiabdomen inferior
- Especuloscopia: se evidencia rastros de sangrado y restos embrionarios provenientes de útero

Por lo que se diagnostica: hemorragia uterina del primer trimestre de embarazo por aborto incompleto

Tras realizarse aborto incompleto; la paciente es hospitalizada para completar examen por ecografía.

En la ecografía se evidencia saco gestacional con embrión, por lo que se da pase a procedimiento de AMEU.

Post procedimiento se inicia terapia analgésica con ibuprofeno de 400 mg c/8 horas por 3 días.

Tras 2 horas de haberse realizado la aspiración manual endouterina, la paciente es dada de alta explicándole los signos de alarma.

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

Por el contexto actual de pandemia por COVID-19, los lineamientos establecen que el internado médico (2022 – 2023) tendrá una duración total de 10 meses y que se realizará 50% en centro de salud de primer nivel y 50% en hospital, siendo:

Centro de Salud San Antonio de Pedregal, ubicado en el distrito de Lurigancho, provincia de Lima, departamento Lima, perteneciente a la DISA Lima – Este, categorizado I-3; no cuenta con sala de partos ni turno nocturno. Su horario de atención es de lunes a sábado de 8:00 horas hasta las 14:00 horas, cuenta con los servicios de Medicina General, Psicología, Obstetricia, CRED, Odontología, Laboratorio y Programa Control de Tuberculosis. En casos donde la atención requerida es de mayor complejidad se referencia al Hospital José Agurto Tello en Chosica.(1)

Hospital Nacional Hipólito Unanue, ubicado en el distrito de El Agustino, provincia de Lima, departamento de Lima, perteneciente a la DIRIS Lima – Este, categorizado III-1, considerado como hospital de referencia; sus funciones se centran en atención especializada, prevención y disminución de riesgos; también, se realiza docencia e investigación según su marco de responsabilidades.(2,3)

En este caso, el desarrollo del internado médico 2022 inicia el 01 de Julio en el Centro de Salud San Antonio de Pedregal, hasta el 31 de octubre y continua en el Hospital Nacional Hipólito Unanue desde el 1 de noviembre hasta el 31 de marzo de 2023, años en los que se va desarrollando mayor entendimiento sobre el SARS-CoV-2 y la enfermedad de COVID-19, por lo que, las medidas de protección personal van cambiando su enfoque hacia la promoción de la vacunación y el uso de espacio abiertos.

## CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

### I.1. Rotación de Pediatría

Caso clínico N.º 1:

El rotavirus es la principal causa, en el mundo, de gastroenteritis aguda grave infantil; se transmite por vía fecal-oral, se ha visto que las medidas higiénico-sanitarias tiene un impacto limitado sobre este, por lo que la vacunación es la mejor manera de prevenir la enfermedad; se ha visto que el empleo de la vacuna contra el rotavirus de manera sistemática en alrededor de 50 países ha logrado reducir la mortalidad en más del 50%.(4)

La gastroenteritis producida por la infección por rotavirus se caracteriza por diarreas líquidas que duran desde los 3 a 8 días donde el paciente aumenta la frecuencia defecatoria. Otros síntomas que acompañan esta infección son pérdida de apetito, deshidratación, cefalea; esta infección puede repetirse más de una vez ya que no hay mecanismo que proporcione inmunidad total contra este virus.(5)

Entonces al enfrentarnos a un paciente deshidratado se debe clasificar el estado de hidratación según estados leves, moderados o graves ya que esto permitirá aplicar los esquemas de rehidratación de la OMS según los planes A, B o C.(6)

Según el cuadro del paciente que se presentó a la atención por consultorio en centro de salud, este se mostraba reactivo, tenía la boca seca y se manifestaba sediento, por lo que cuadra dentro de la situación B donde corresponde aplicar plan B de rehidratación por vía oral que consiste en el consumo de sales de rehidratación oral 1290cc en 4 horas, la cual puede ser administrada 160cc cada 30 minutos para no sobrepasar la capacidad gástrica bajo supervisión médica o con ayuda de la persona responsable, por lo que no se debió mandar reposo en casa, sino hasta después de haber cumplido con el esquema de rehidratación oral. Adicionalmente se añada, en caso de presentar alza térmica  $T > 38^{\circ}\text{C}$  consumir 6cc de paracetamol en suspensión oral

## Caso clínico N.º 2:

La faringoamigdalitis aguda es una inflamación aguda de la garganta y las amígdalas palatinas causada generalmente por una infección bacteriana o viral. Los síntomas típicos incluyen dolor de garganta, dificultad para deglutir, fiebre, ganglios linfáticos inflamados en el cuello y enrojecimiento e hinchazón de las amígdalas. La faringoamigdalitis aguda es una condición común y generalmente se resuelve por sí sola en unos pocos días, pero a veces puede requerir tratamiento con antibióticos u otros medicamentos para aliviar los síntomas y prevenir complicaciones.(7)

En el caso presentado el paciente llega con lo que aparenta ser una faringoamigdalitis de tipo viral, no hay signos que sugieran infección bacteriana y el manejo es ambulatorio por lo que se recomienda reposo en casa, consumo de líquidos a demanda, además se añade paracetamol 7cc cada 8 horas por 3 días para aliviar la inflamación y como preventivo en caso de alza térmica. Por último, se indica una reevaluación en 3 tres días.

## **I.2. Rotación de Medicina Interna**

Caso clínico N.º 3:

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica caracterizada por niveles elevados de azúcar en sangre debido a una combinación de resistencia a la insulina (una hormona que regula el azúcar en la sangre) y una producción insuficiente de insulina por parte del páncreas. Esta forma de diabetes generalmente se desarrolla en adultos, aunque también puede ocurrir en niños y adolescentes. Los factores de riesgo incluyen la obesidad, la falta de actividad física y una dieta poco saludable. Los síntomas pueden incluir aumento de la sed, micción frecuente, fatiga, visión borrosa y cicatrización lenta de heridas. El tratamiento puede incluir cambios en el estilo de vida, como la dieta y el ejercicio, así como medicamentos para reducir el nivel de azúcar en la sangre. En algunos casos, se pueden requerir inyecciones de insulina.(8)

El tratamiento con metformina se inicia a menudo cuando los cambios en el estilo de vida, como la dieta y el ejercicio, no son suficientes para controlar el nivel de azúcar en sangre. La dosis inicial recomendada es de 500 mg una o dos veces al día, y se puede aumentar gradualmente hasta un máximo de 2,000 mg al día si es necesario(9), por tal razón, se modifica el esquema de administración de metformina en el paciente para reducir la glicemia en sangre hasta que pueda acudir a cita por referencia con endocrinólogo y laboratorio de dicho hospital se le pueda realizar dosaje de hemoglobina glicosilada.

Caso clínico N.º 4:

La hipertensión arterial es una condición que se desarrolla por la combinación de factores genéticos y ambientales, donde la fuerza ejercida por la sangre contra las paredes de las arterias es constantemente elevada, lo que, a la larga, provoca daño en los vasos sanguíneos y en los órganos que dependen de ellos. La presión arterial normal es de alrededor de 120/80 mmHg, mientras que la hipertensión arterial se define como una presión arterial sostenida de 140/90 mmHg o superior; comúnmente puede causar dolores de cabeza, mareos, zumbidos en los oídos y visión borrosa.(10)

Existen varias opciones farmacológicas disponibles para tratar la hipertensión arterial, incluyendo:

- Diuréticos: Estos medicamentos aumentan la producción de orina y reducen la cantidad de líquido en el cuerpo, lo que disminuye la presión arterial. (hidroclorotiazida, clortalidona y furosemida).
- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA): Estos medicamentos bloquean la acción de una enzima que produce angiotensina, una sustancia que estrecha los vasos sanguíneos y eleva la presión arterial. (enalapril, lisinopril y ramipril).
- Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II): Estos medicamentos bloquean los efectos de la angiotensina II, lo que reduce la presión arterial. (losartán, valsartán y candesartán).
- Bloqueadores de los canales de calcio: Estos medicamentos relajan los vasos sanguíneos, lo que reduce la presión arterial. (amlodipino, verapamilo y diltiazem).
- Betabloqueantes: Estos medicamentos disminuyen la frecuencia cardíaca y la fuerza de contracción del corazón, lo que reduce la presión arterial. (metoprolol, propranolol y carvedilol).

En el caso, el paciente consume hidroclorotiazida y atenolol en horarios distintos lo que puede ocasionar dificultad para adherirse al tratamiento, por esta razón se recomienda cambiar ambos medicamentos por enalapril dosis única de 10 mg por la mañana y se referencia a consultorio externo de cardiología para manejo por especialista.

### **I.3. Rotación de Cirugía General**

Caso clínico N.º 5:

La colecistitis calculosa aguda tiene origen cuando ocurre la obstrucción de del drenaje vesicular, por un lito en el conducto cístico (fosa de Hartmann); dicha obstrucción manifestarse tan solo como un cólico biliar o puede aumentar la presión dentro del colédoco por incremento del volumen de secreciones vesiculares y de bilis; producto de esto el musculo liso se contrae para expulsar el cálculo, ocasionando distensión vesicular y dolor agudo intenso.(11)

La manifestación clínica característica consiste en dolor de gran intensidad ubicado en epigastrio e hipogastrio derecho que se irradia a la espalda, en algunas ocasiones también se irradia a la escapula derecha y clásicamente es estimulado por el consumo de alimentos ricos en ácidos grasos.(11)

Para el diagnostico se pueden emplear los criterios de Tokio que evalúan A) signos de inflamación local, B) signos de inflamación sistémica y el respaldo de una B) imagen donde se aprecie engrosamiento de pared mayor a 5 mm o vesícula alargada o presencia de gases o presencia de fluido perivesicular, los cuales nos sirven para: Diagnóstico sospechoso en caso de presentar A + B, Diagnóstico definitivo en caso de presentar: A + B + B.(12)

Por lo que, el tratamiento del cuadro inicia restringiendo el consumo de alimentos, agregando analgesia y antiinflamatorios para manejo del dolor y se programa para intervención quirúrgica por técnica laparoscópica y en el manejo post operatorio se rehidrata, se aplica antibioticoterapia más manejo del dolor y se deja en observación por 8 horas para progresar la dieta y luego de 24 horas de observación se da el alta médica.

Caso clínico N.º 6:

La apendicitis aguda es la causa más común de abdomen agudo quirúrgico atendida en la emergencia, se presenta predominantemente entre la segunda y tercera década de vida y preferentemente en varones. Esta patología surge de la obstrucción de la base del apéndice cecal, generalmente en los adultos

ocurre por la impactación de un fecalito, mientras que en los niños la causa mas frecuente es la hiperplasia linfoide.(13)

Los signos y síntomas que caracterizan a esta patología son, dolor difuso tipo cólico de aparición súbita en el abdomen, hiporexia, náuseas y vómitos, a esto se le conoce como fase congestiva y se da en las primeras 4 – 6 horas, por la disminución del drenaje venoso y linfático; en las siguientes 6 horas se desarrolla la fase supurada o flemonosa, donde el dolor difuso migra hasta ubicarse en región de fosa iliaca derecha; en las siguientes 12 horas, el compromiso vascular compromete también a las arterias, aumenta el líquido purulento y parecen microabscesos en una apéndice que se encuentra rígida y dura, a esta fase se le conoce como gangrenosa y puede comenzar a manifestar fiebre con  $T > 38^{\circ}\text{C}$ ; finalmente en las siguiente 24 horas se desarrolla la fase perforada donde la pared apendicular no resiste más la lesión causada por la fase gangrenosa y se perfora, extravasando su contenido (purulento y fecaloide) a la cavidad abdominal pudiendo generar peritonitis localizada (cuando se limita al espacio peritoneal al que pertenece el órgano) o peritonitis generalizada (que invade toda la cavidad abdominal).(14)

Según esta cronología se cataloga a las apendicitis menos de 12 horas como no complicadas y a las que duran más 12 horas como complicadas.

Como ayuda para el diagnostico probable de apendicitis aguda se puede emplear la escala de Alvarado que cuando el puntaje va de 0 a 4, no presenta riesgo de enfermedad; de 5 hasta 7 es un riesgo moderado de haber desarrollado una apendicitis, pero no es suficiente para un tratamiento quirúrgico; y finalmente un puntaje de entre 8 a 10, es una calificación muy sugerente de apendicitis aguda, por lo que la recomendación es tratamiento quirúrgico.(15)

En el caso presentado el paciente manifestó:

- Migración de dolor a fosa iliaca derecha
- Anorexia
- Nauseas
- Dolor localizado en cuadrante inferior derecho

- Dolor al rebote o descompresión
- Leucocitosis con desviación izquierda

Lo que suma 9 puntos en la escala de Alvarado y es altamente sugerente de apendicitis aguda, por lo que la acción siguiente es intervención quirúrgica la cual puede ser laparoscópica o abierta, en este caso se seleccionó por técnica abierta con incisión Rocky-Davis, al llegar a cavidad no se encontró mayores complicaciones por lo que se procede a realizar la apendicetomía, revisión de hemostasia y cierre de pared por planos hasta llegar a piel, no se considera dejar dren ya que no hubo extravasación de contenido. Además, se agrega a la terapia antibiótica con ceftriaxona 2 gr EV c/24 horas en conjunto con omeprazol 40 mg EV c/24 y metamizol 1 gr EV condicional a alza térmica mayor a 38°C.(16)

#### **I.4. Rotación de Ginecología y Obstetricia**

Caso clínico N.º 7:

El parto es un proceso fisiológico en que nuestra función como personal de salud es proyectarnos con antelación a identificar y anticipar las posibles situaciones que pudieran suponer un compromiso para la madre y el neonato, asegurando el proceso de parto. En condiciones normales, se desarrollan en un tiempo aproximado que depende de las condiciones de la gestante (paridad); sin embargo, existen casos en los que los periodos de dilatación y expulsivo se ven acortados, en este caso es cuando se habla de parto precipitado.(17)

Un parto precipitado es caracterizado por tener una duración aproximada de 3 horas y hasta un máximo de 5. Al desarrollarse con una velocidad mayor a la habitual, la atención del personal tratante debe centrarse en la posibilidad de que se desarrollen complicaciones como desgarros severos, retención de restos placentarios y la temida atonía uterina. Estos eventos se deben a que la intensidad de las contracciones uterinas es tan intensa que el periné no logra distenderse adecuadamente aumentando con ello el riesgo de desgarros, del mismo modo la musculatura se agota lo que se traduce en escasos estímulos de contractilidad uterina, pero pueden resultar en atonía uterina o retención de restos.(17)

En el caso de la paciente primigesta el parto se realizó en 4 horas desde el inicio de las contracciones uterinas, donde apenas sufrió un desgarro de primer grado y posterior a este se procedió a administrar oxitocina 30 UI en NaCl 0.9% 1000cc } I y II EV c/2 horas por 4 horas para prevenir posible sangrado por atonía uterina y monitorización constante de la paciente. Tras 48 horas de observación de la madre y en vista de presentar evolución favorable, sin riesgos de desarrollar eventos de sangrado uterino, se decide dar alta médica con explicación de signos de alarma.

Caso clínico N.º 8:

Los abortos, son las pérdidas de los productos de la gestación y son considerados como tales hasta antes de que el feto cumpla 20 semanas, pueden ser espontáneos o inducidos y estos contribuyen al 13.2% de las muertes maternas a nivel global. Se refiere a un aborto incompleto cuando el

producto es retenido en la cavidad uterina y eso puede llevar a complicaciones como hemorragias, infecciones, falla renal y muerte.(18)

Un aborto incompleto se define por la retención de algunos de los productos dentro de la cavidad uterina y para retirarlos es necesario realizar procedimientos de limpieza que emplean de dispositivos como el AMEU, el cual se puede realizar hasta antes de las 12 semanas, o Legrado uterino, que se realiza posterior a las 12 semanas de gestación.(19)

Para el caso planteado, en la especuloscopia se pudo apreciar la retención de restos fetales protruyendo por el cuello uterino y pese a que la referencia de la fecha de última regla no es precisa, es compatible con los hallazgos por ecografía que evidencian saco gestacional, ya que este va desapareciendo entre las semanas 9 y 10 de embarazo, por lo que se recomienda realizar limpieza uterina mediante AMEU (aspirado manual endouterino).

Tras la realización del procedimiento, se receta analgesioterapia por 3 tres días y tras 2 horas de observación se da alta explicando signos de alarma.

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

El internado médico es sumamente importante, ya que durante este tiempo se consolidan los conocimientos adquiridos durante el proceso académico universitario, poniéndolos en práctica en las cuatro rotaciones que son: Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General y Gineco Obstetricia, en este sentido el estudiante obtiene invaluable experiencias y conocimientos prácticos, que serán de gran utilidad en la vida profesional.

Esta es una gran oportunidad para que el interno pueda estar en contacto con los pacientes, observe sus síntomas y aprenda a diagnosticar de manera oportuna sus enfermedades.

La pandemia por COVID-19 planteó muchos retos y entre ellos la reducción de plazas en sedes hospitalarias, lo que generó que se busquen nuevas alternativas, como lo fue el permutar por centros de primer nivel de atención durante el 50% del internado, esto influyo de manera negativa en cuanto a toda la experiencia que significa la rotación por las 4 grandes especialidades en sedes hospitalarias; sin embargo, hay que rescatar que el paso por los centros de salud significó un acercamiento directo a los pacientes correspondientes a este nivel y su manejo con los recursos a disposición.

Las experiencias vividas durante esta etapa son las que servirán de guía en el futuro, no solamente, lo relativo a los tratamientos médicos, sino también en el trato con los pacientes, como seres humanos dolientes y que necesitan de ayuda, lo cual motiva a que cada vez esté más preparado para poder brindar mejores soluciones a los problemas que aquejan la salud de los pacientes.

También, es una oportunidad para aprender a manejar las relaciones interpersonales con los profesionales de las diferentes carreras de ciencias de la salud, con los médicos, el personal asistencial y administrativo; ya que cuando al trabajar en un hospital, todos forman parte integral de un equipo que asistirá en la recuperación de la salud de pacientes.

Aparte de lo anteriormente mencionado, al realizar el internado en centros de salud y hospitales del MINSA, el interno puede percibir la triste realidad social y económica de los pacientes, su necesidad de atención y a la vez, las

carencias de materiales, equipos y recursos de los centros de salud y hospitales, que en algunos casos no pueden satisfacer esas necesidades ni brindar una atención de calidad como corresponde; el hecho de trabajar en centros con recursos limitados, hace que el interno desarrolle su capacidad para enfrentar y resolver problemas, pero a la vez, también puede llegar a ser limitante, porque no permite que adquiera todas las habilidades que podría obtener con más equipamiento y mejores recursos; sin embargo, esta carrera está comenzando, y en el campo de la medicina, el aprendizaje es constante, y el interno tiene la necesidad de seguir capacitándose continuamente, para alcanzar la meta de brindar una correcta atención en salud, tratando a los paciente con empatía y comprendiendo la dimensión de sus dolencias y los requerimientos que estas tienen para ser tratadas, y de esta manera se pueda velar por el bienestar de la población.

## CONCLUSIONES

El internado es una etapa fundamental para la capacitación del futuro médico, gracias a esta, se consolidan los conocimientos obtenidos durante los años de formación académica, y se adquieren nuevas habilidades indispensables para el desempeño en la vida profesional desarrollando capacidades con relación a la toma de decisiones para el tratamiento oportuno y efectivo de las dolencias que aquejan a los pacientes

El COVID-19, trajo consigo una serie de cambios, que afectaron severamente el funcionamiento del sector salud, esto implicó la reducción de personal en los hospitales, cambiando de manera súbita el esquema en que se desarrollaba tradicionalmente el internado médico, siendo en la actualidad que el interno permuta entre un centro de primer nivel y una sede hospitalaria; esta experiencia es nueva y acerca al futuro profesional a la realidad con la que se enfrentará en el trato directo con pacientes en atención ambulatoria en los centros de salud donde realice su SERUMS.

El estar en contacto con los pacientes imbuje y contagia al interno, de un espíritu más empático y humano; recordando que el paciente ya está siendo maltratado por la enfermedad que le aqueja y que nuestro deber como personal de salud tratarle para aliviar sus dolencias y no incrementarlas con carga emocional negativa.

También constituye una oportunidad para trabajar en equipo, con un grupo humano que vela por el mismo objetivo, asumiendo un rol importante de liderazgo, ya que, al verse envuelto en los asuntos de la comunidad en la que se encuentra inmerso, puede contribuir activamente, con su participación, a la solución de situaciones adversas.

El internado una fuente de estímulo, ya que al ver en acción a los médicos de diversas especialidades con tanta experiencia, conocimiento y habilidad; le da al interno, la motivación para seguir aprendiendo, ya que la medicina es una ciencia que está en constante desarrollo, y cada día van surgiendo nuevos conocimientos, medicamentos y tecnologías, que ayudaran a tratar las diferentes enfermedades; por lo que, el médico, está obligado a capacitarse constantemente.

## **RECOMENDACIONES**

Iniciar el internado con espíritu de servicio y ansias de aprendizaje.

Tener actitud de aprendizaje activo para captar la pericia con la que se realizan las diversas maniobras diagnósticas y de tratamiento por los médicos con mayor experiencia.

Tener iniciativa participativa en las diversas actividades que se desarrollan tanto en centro de atención de primer nivel como en sede hospitalaria, sin restarle importancia a ninguna de ellas.

Tomar conocimiento de las funciones y obligaciones estipuladas en los lineamientos del internado médico, para que estas se puedan desarrollar de manera completa y adecuada.

Dado que el manejo de la pandemia por COVID-19 está mostrando resultados positivos, debería ser posible el retorno a un esquema en el que el interno pueda realizar el internado médico casi en su totalidad en sede hospitalaria, pero mantener un tiempo mínimo de desempeño en centros de salud de primer nivel.

Finalmente, a todo aquel estudiante de ciencias de la salud que este próximo a su internado o que este realizando uno, tenga en cuenta: “Cuando veas a un paciente recuerda que la enfermedad ya lo está tratando demasiado mal como para que tú también lo hagas”.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Centro De Salud San Antonio De Pedregal en Lurigancho | MINSA [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/lima-este/centro-de-salud-san-antonio-de-pedregal-lurigancho/>
2. Información institucional [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hnhu/institucional>
3. Ministerio de Salud. Reseña Histórica del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/transparencia/Datos%20generales/RESE%20C3%91A%20HISTORICA.pdf>
4. Díez-Domingo J, Garcés-Sánchez M, Giménez-Sánchez F, Colomina-Rodríguez J, Martín-Torres F. ¿Qué hemos aprendido sobre rotavirus en España en los últimos 10 años? *An Pediatr*. septiembre de 2019;91(3):166-79.
5. Información clínica acerca del rotavirus | CDC [Internet]. 2023 [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/rotavirus/clinical-sp.html>
6. de Materán MR, Tomat M, Pérez D, Roa B, Meneses R. Terapia de Rehidratación Oral. *Arch Venez Pueric Pediatr*. diciembre de 2009;72(4):146-53.
7. Faringoamigdalitis - Trastornos otorrinolaringológicos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-otorrinolaringol%C3%B3gicos/trastornos-bucales-y-far%C3%ADngeos/faringoamigdalitis>
8. Artasensi A, Pedretti A, Vistoli G, Fumagalli L. Type 2 Diabetes Mellitus: A Review of Multi-Target Drugs. *Molecules*. 23 de abril de 2020;25(8):1987.
9. Uso de la metformina en la diabetes mellitus tipo II [Internet]. [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75152011000100015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152011000100015)
10. Hipertensión [Internet]. [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
11. Angarita FA, Acuña SA, Jiménez C, Garay J, Gómez D, Domínguez LC. Colecistitis calculosa aguda. *Univ Medica*. 2010;51(3):301-19.
12. Ramos Loza CM, Mendoza Lopez Videla JN, Ponce Morales JA. APLICACIÓN DE LA GUÍA DE TOKIO EN COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA. *Rev Médica Paz*. 2018;24(1):19-26.

13. Addiss DG, Shaffer N, Fowler BS, Tauxe RV. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. *Am J Epidemiol.* noviembre de 1990;132(5):910-25.
14. Valoración de la secuencia de Murphy como elemento clínico de diagnóstico en la apendicitis aguda [Internet]. [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2011000200001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2011000200001&lng=es)
15. de Quesada Suárez L, Ival Pelayo M, González Meriño CL. La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda. *Rev Cuba Cir.* junio de 2015;54(2):121-8.
16. Rodríguez Fernández Z. Tratamiento de la apendicitis aguda. *Rev Cuba Cir* [Internet]. marzo de 2019 [citado 14 de abril de 2023];58(1). Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74932019000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74932019000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
17. Factors associated with blood loss during precipitate labor. *An Sist Sanit Navar.* 31 de agosto de 2017;40(2):237-45.
18. Ani VC, Tochukwu EJ, Dim CC, Dim NR, Ozumba BC. Sublingual misoprostol versus manual vacuum aspiration for treatment of incomplete abortion in Nigeria: a randomized control study. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2022 [citado 14 de abril de 2023];41. Disponible en:  
<https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/41/90/full>
19. Abortion care (NG140) - ClinicalKey [Internet]. [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en:  
[https://www.clinicalkey.es/#!/content/nice\\_guidelines/65-s2.0-NG140](https://www.clinicalkey.es/#!/content/nice_guidelines/65-s2.0-NG140)