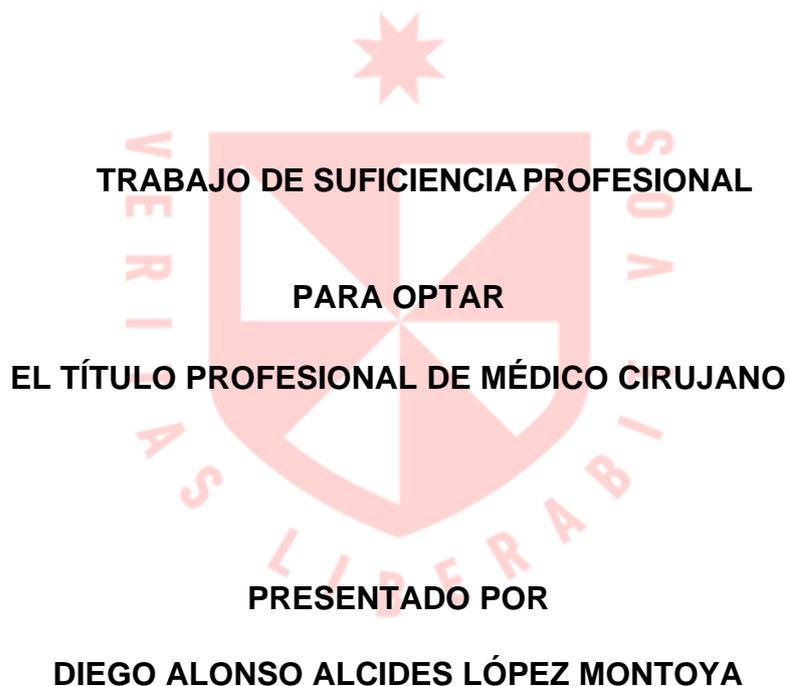


**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL  
HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO  
ULLOA Y HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE  
NIÑO SAN BARTOLOMÉ**



**ASESOR  
ZULMA GAMARRA HUAMÁN**

**LIMA - PERÚ  
2024**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



**FACULTAD DE MEDICINA  
HUMANA**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL  
DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA Y HOSPITAL  
NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ**

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

**PRESENTADO POR**

**DIEGO ALONSO ALCIDES LÓPEZ MONTOYA**

**ASESORA  
DRA. ZULMA GAMARRA HUAMÁN**

**LIMA- PERÚ  
2024**

## **JURADO**

**Presidente:** FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

**Miembro:** CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

**Miembro:** JOHANDI DELGADO QUISPE

## **DEDICATORIA**

A mis padres, Lourdes Montoya y Helard Lopez, quienes fueron el motor y motivación de toda esta experiencia y sin ellos nada de esto hubiera sido posible; a mis hermanos Helard y Analucia, por su apoyo incondicional en todo momento, y a mi pareja Katherine Serafín, que me amó en mis momentos más duros de esta época y me dio la fuerza necesaria para seguir. Te amo infinitamente.

## ÍNDICE

<b>PORTADA</b>	<b>1</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>3</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>4</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	<b>28</b>
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	<b>30</b>
<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>55</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>56</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>57</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>58</b>

## RESUMEN

El internado médico es la etapa donde los internos ponen en práctica lo enseñado años anteriores en los cursos de ciencias básicas y en la etapa clínica.

**Objetivo:** En el presente trabajo se narra de manera detallada diferentes casos clínicos de las rotaciones en Pediatría, Ginecología, Cirugía General y Medicina Interna, donde se discutirá su evolución, tratamiento y también se procederá a discutir las bases teóricas de dichas patologías narradas de cada historia clínica, todo esto para evidenciar y plasmar los conocimientos que se nos otorgó durante este tiempo durante el internado médico. **Materiales y métodos:** Se dispuso de diferentes historias clínicas de las especialidades de Ginecología, Pediatría, Cirugía General y Medicina Interna. **Resultados:** Se relataron 8 historias clínicas de las diferentes especialidades mencionadas, describiendo patologías como hipoglicemia neonatal, embarazo eutócico, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, entre otras. **Conclusiones:** El internado médico es de vital importancia para la formación en el área de la salud, donde se aplican los conocimientos otorgados en nuestra formación base de la universidad, y con la ayuda de los doctores asistentes encargados de cada rotación llegar a un diagnóstico y a un tratamiento ideal para los pacientes atendidos, los cuales se relatarán en este documento.

**Palabras clave:** especialidades, internado médico, ginecología, pediatría, cirugía general, medicina interna, casos clínicos, bases teóricas.

## ABSTRACT

The medical internship is the stage where we as interns put into practice what was taught in previous years in the basic sciences courses and in the clinical stage. **Objective:** In this work, different clinical cases from the rotations of pediatrics, gynecology, general surgery and internal medicine are narrated in detail, where their evolution, treatment will be discussed and the theoretical bases of said pathologies narrated from each will also be discussed. clinical history, all this to demonstrate and capture the knowledge that was given to us during this time during the medical internship. **Materials and methods:** different medical records were available from the specialties of gynecology, pediatrics, general surgery and internal medicine. **Results:** 8 clinical histories from the different medical specialties already mentioned were reported, describing pathologies such as neonatal hypoglycemia, eutocic pregnancy, acute cholecystitis, acute pancreatitis, among others. **Conclusions:** The medical internship is of vital importance for training in the area of health, where the knowledge granted in our base training at the university is applied, and with the help of the assistant doctors in charge of each rotation, a diagnosis is reached and an ideal treatment for the patients treated, which will be reported in this document.

**Keywords:** specialties, medical internship, gynecology, pediatrics, general surgery, internal medicine, clinical cases, theoretical bases.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO  
EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOS  
É CASIMIRO ULLOA Y HOSPITAL NACIO**

AUTOR

**LÓPEZ MONTOYA, DIEGO ALONSO A**

RECUENTO DE PALABRAS

**10056 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**54483 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**41 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**183.6KB**

FECHA DE ENTREGA

**Feb 28, 2024 11:40 AM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Feb 28, 2024 11:41 AM GMT-5**

● **7% de similitud general**

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

- 7% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% 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

Firma:



Asesor: Zulma Gamarra Huaman

DNI:23998700

**Codigo ORCID: 0000000329182971**

## INTRODUCCIÓN

El internado médico es una etapa de aprendizaje básico para la formación de un profesional de salud, aquí es donde le enseñan los manejos primordiales de las patologías más prevalentes en los hospitales del país, además de también poner en práctica lo estudiado durante los anteriores 6 años de fundamentos teóricos.

El internado duraba en el más normal de los casos 12 meses; sin embargo, al ser el 2023 un año de recuperación de la pandemia que sufrió nuestro país el 2020, se determinó por el Ministerio de Salud que sea solo de 10 meses, en los cuales se dividió 8 meses de rotaciones intrahospitalarias y dos en puestos de atención primaria de salud como son las postas médicas, motivo por el cual el internado de este año inició el 1 de abril de 2023 al 31 de enero de 2024. De estos 8 meses establecidos, 4 se realizaron en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, en las especialidades de Cirugía General y Medicina Interna; los restantes, en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé, donde se llevó a cabo las especialidades de Pediatría y de Ginecología.

La importancia de este proceso es que aquí es donde el interno de medicina tiene la oportunidad de empezar a formar una relación médico-paciente, además de empezar a poner en práctica lo aprendido logrando a poder empezar a diagnosticar diferentes patologías y darles su respectivo tratamiento ya que el interno forma parte de por sí de todo un equipo multidisciplinario conformado por médicos asistentes, residentes, enfermeras y técnicos. Además de que aprende lo que es el trabajo en equipo debido a que en cada rotación se forman grupos de cointernos en el cual se tiene que tomar decisiones en grupo. Por lo mencionado, el internado es el primer paso en la vida de los médicos para empezar a tomar decisiones decisivas en la vida de los pacientes, y esto se vio plasmado tanto en las especialidades de cirugía, medicina interna, pediatría y ginecología, ya que muy aparte de plasmar la

teoría, gracias a los médicos asistentes y residentes se le brinda al interno la oportunidad de realizar sus primeros procedimientos, desde suturar a un paciente hasta asistir en una cirugía de mediana complejidad.

Este trabajo de investigación narra la participación del autor como interno de medicina que tuvo la oportunidad de rotar por los hospitales mencionados en las especialidades de Cirugía General, Medicina Interna, Ginecología y Pediatría, y durante dicho trabajo se desarrollarán las distintas experiencias que se llevaron a cabo.

Este trabajo expone 8 casos clínicos, 2 por cada especialidad que el autor tuvo la oportunidad de manejar y tratar junto con la ayuda de médicos excepcionales que día a día con su apoyo lograron plasmar en sus conocimientos.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

Se presentan 8 casos clínicos, divididos en dos por cada especialidad médica, los cuales se desarrollaron dentro del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa y el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

### **I.1. Rotación en Cirugía General**

#### **Caso clínico n.º 1**

Paciente masculino de iniciales N.G.J.A. acude a emergencia por presentar dolor localizado en hipocondrio derecho, refiere que dicho dolor empezó hace aproximadamente 12 horas, además estaba asociado a náuseas, niega fiebre. Al examen físico se evidencia:

T: 37.2 grados FC: 64 FR: 19 PA: 130/70

Piel: T/H/E, llenado capilar menor a 2 segundos, leve ictericia en escleras

TyP: Murmullo vesicular pasando bien en ambos campos pulmonares, no ruidos aéreos agregados

CV: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos

Abdomen: Ruidos hidroaéreos positivos, leve dolor a la palpación en hipocondrio derecho, signo de Murphy (+)

Debido a la clínica del paciente, se le solicita una ecografía abdominal al paciente, que dio signos sugerentes de cálculos localizados en la vesícula biliar, dando como diagnóstico una colecistitis aguda litiásica, motivo por el cual se decide hospitalizarlo para la programación de su cirugía y se le pide sus respectivos prequirúrgicos. Ya en sala de operaciones, se propone realizar al inicio una colecistectomía laparoscópica, los hallazgos operatorios fueron una vesícula biliar plastronada por epiplón con pus perivesicular, además de 3cm de paredes engrosadas y necrosadas con abscesos de pared hacia tejido hepático, se encontró que la vesícula biliar tenía sus paredes de consistencia acartonada y de forma irregular, se encontró además 2 cálculos de 2 cm empotrado en bacinete, además de abundante barro biliar y bilis purulenta. Debido a la complejidad de los hallazgos operatorios se decide convertir la cirugía laparoscópica a una

colecistectomía abierta, donde se realiza una incisión subcostal derecha de Kocher, ingresando por planos e identificando los hallazgos, se procede a la liberación del plastrón, aspiración de material purulento y se realiza una colecistectomía a lo Torek, ligando el bacinete con Vicryl 1. Se dejó dren laminar en lecho vesicular. Acabada la cirugía se le deja al paciente ciprofloxacino de 400mg endovenoso cada 12 horas, metronidazol 500 mg endovenoso cada 8 horas, omeprazol 40mg endovenoso cada 24 horas, metoclopramida 10 mg endovenoso cada 8 horas, se indica además no retiro de dren laminar hasta incluso después del alta. Durante la evolución del paciente al día siguiente se evidenció que toleró bien la cirugía, no presentó picos febriles y siguió con el tratamiento indicado por 5 días hasta que fue dado de alta por el servicio con tratamiento antibiótico y control por consultorio externo de hospital general.

#### **Caso clínico n.º 2**

Paciente masculino con las iniciales LL.M.M.E acude a emergencia por presentar dolor abdominal de aproximadamente 10 días que se localiza en fosa iliaca derecha, además de asociarse a náuseas y sensación de alza térmica, al examen físico se evidenció:

T: 37.5 grados FC: 85 FR: 20 PA: 120/80

- Piel: T/H/E llenado capilar menor a 2 segundos
- TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares
- CV: Ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos, no ingurgitación yugular
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos positivos, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, Mc Burney positivo.
- SNC: LOTEPE, Escala de Glasgow: 15/15.

Debido a la sintomatología presentada y al examen físico realizado, se decide pedir un hemograma control y una ecografía abdominal, donde se evidencian los siguientes resultados: una leucocitosis de 18000 cel/mm<sup>3</sup> con predominio de neutrófilos y un PCR de 10.2 mg/dl, además de signos sugestivos de plastrón apendicular. Motivo por el cual se decide hospitalizar para tratamiento médico. Se le inicia con antibiótico de ciprofloxacino 400mg endovenoso cada 12 horas y metronidazol 500mg endovenoso cada 8. El paciente evolucionó favorablemente al

tratamiento médico por un lapso de 7 días, disminuye la fiebre y el dolor abdominal baja considerablemente. Se le toma una ecografía control la cual evidencia una disminución de la inflamación del plastrón apendicular, además de una disminución notoria del área comprometida; se le realiza un nuevo hemograma control el cual demuestra una disminución en los leucocitos a 6.100 cel/mm<sup>3</sup> y un PCR en 1.2 mg/dl. motivo por el cual se le da de alta con tratamiento antibiótico ambulatorio y además con indicación de regresar en 6 semanas para su apendicetomía laparoscopia programada.

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

Se realizo la rotación de medicina interna en los meses de junio y julio de 2023, en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

### **Caso clínico n.º 1**

Paciente femenina de iniciales D.A.L.M acude a emergencia por presentar temperatura elevada, cuantificada en 39 grados que no cede con paracetamol, además refiere molestias al orinar, tales como ardor y dolor y que dichos síntomas comenzaron hace aproximadamente 1 semana, pero agrega que no acudió a emergencia antes debido a temas laborales. Al examen físico de la paciente se encuentra:

T: 39.4 grados FC: 110 FR: 22 PA: 100/60

- Piel: T/H/E, no cianosis, no ictericia, llenado capilar menor a 2 segundos
- TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos aéreos agregados
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, no ingurgitación yugular
- Abd: Ruidos hidroaéreos positivos, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no ascitis
- GU: Puño percusión lumbar bilateral positivo, puntos retro ureterales bilaterales positivos.
- SNC: LOTEPE, ESG: 15/15

Debido a la sintomatología y al examen físico se le solicita un hemograma, un examen de orina y un urocultivo. Dichos exámenes evidenciaron en el hemograma una leucocitosis de 21000 y en el examen

de orina se encontraron nitritos positivos junto con una leucocituria de 20-30 leucocitos por campo, motivo por el cual se le solicita un urocultivo a la paciente y debido a la sintomatología marcada y al examen de orina patológico de la misma, se decide hospitalizarla por presentar una pielonefritis aguda. Se le empieza tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona 1gr por vía endovenosa cada 24 horas hasta que salga el urocultivo. Una vez obtenido el resultado del urocultivo, arrojó positivo para *E. Coli* tipo BLEE, resistente a cefalosporinas de tercera generación y sensible a meropenem, motivo por el cual se rota de tratamiento antibiótico a meropenem de 500mg vía endovenosa cada 8 horas. La paciente toleró el tratamiento junto con el sintomático con paracetamol y metamizol condicional a temperatura elevada, recibió antibiótico por 10 días. Una vez terminado el tratamiento se le pidió un examen de orina control el cual no arrojó leucocituria ni nitritos, motivo por el cual se decide darle de alta con tratamiento sintomático y con nitrofurantoina x 200mg por vía oral por 5 días y control por consultorio externo de hospital general.

### **Caso clínico n.º 2**

Paciente masculino de iniciales H.B.L.G acude a emergencia por presentar dolor abdominal difuso que se irradia a zona lumbar, además está acompañado con sensación de alza térmica no cuantificada, vómitos en 3 ocasiones y diarreas en 4. Refiere que dicho dolor empezó hace aproximadamente 1 semana y empeora cuando ingiere comidas grasosas. Al examen físico se evidencia:

T: 37.5 grados FC: 102 FR:23 PA: 100/70

- Piel: T/H/E, no cianosis, no ictericia, llenado capilar menor a dos segundos
- TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos aéreos agregados
- CV: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, no ingurgitación yugular
- Abd: Ruidos hidroaéreos positivos, leve resistencia muscular a la palpación, dolor a la palpación en hemiabdomen superior que se irradia en forma de cinturón hacia zona lumbar.

- GU: Puño percusión lumbar negativo
- SNC: LOTEP, ESG:15/15

Debido a la clínica y al relato del paciente, se le solicita un hemograma, amilasa, lipasa, perfil hepático y una ecografía abdominal. Dentro de los resultados se evidenció una leucocitosis de 15000, abastados en 6 %, amilasa y lipasa elevados con valores de 3900 y 30455. respectivamente, resto de los exámenes de laboratorio no contributorios para el estudio, además la ecografía abdominal arrojó como resultado litiasis vesicular. Motivo por el cual se administra volumen al paciente 20cc/kg y se le hospitaliza con el diagnóstico de pancreatitis aguda. Durante la hospitalización se maneja el dolor y los síntomas metoclopramida, omeprazol endovenoso y tramadol subcutáneo. Se programa realizar una CPRE la paciente, el cual se le efectúa junto con la coordinación del servicio de gastroenterología del hospital, el cual se extrae un cálculo obstruido en la ampolla de váter. Paciente toleró bien el procedimiento, y se queda hospitalizado durante unos 4 días más por observación post procedimiento. Al no presentar complicaciones, se decide dar de alta con indicaciones de tratamiento sintomático además de programación de cirugía de vesícula en 6 meses posthospitalización.

### **I.3. Rotación en Ginecología**

La rotación de ginecología se realizó durante los meses de octubre y noviembre del 2023, en el hospital San Bartolomé.

#### **Caso clínico n.º 1**

Paciente femenina de 24 años con las iniciales K.M.V.S acude a la emergencia presentando sangrado vaginal abundante que empezó como pequeños coágulos hace dos días. Acompañado de leve dolor abdominal bajo, refiere que es una persona sexualmente activa y que su método anticonceptivo es el del calendario, que tiene un retraso en su menstruación de aproximadamente 2 meses pero que no se dio cuenta por temas académicos. Refiere también que es usuaria frecuente de cigarrillo y va a fiestas cada fin de semana donde ingiere grandes cantidades de alcohol.

Durante el examen físico se encontró:

T: 36 grados FC: 78 FR: 20 PA: 100/80

- Piel: Leve palidez, no cianosis, llenado capilar menor a dos segundos
- TyP: no hallazgos patológicos
- CV: no hallazgos patológicos
- Abd: Leve dolor a la palpación en hipogastrio, no signos de rebote, ruidos hidroaéreos positivos
- SNC: LOTEPE, ESG: 15/15

Se le comunica a la paciente que debido a que está presentando un sangrado vaginal anormal, se procederá a introducir un espejito para visualizarlo y ver en qué estado está el cuello uterino. Una vez iniciado dicho procedimiento se visualiza que el sangrado viene proveniente del cuello uterino, además se logra visualizar leve dilatación de este, motivo por el cual se decide realizar una ecografía transvaginal. Durante la evaluación se evidencia un saco gestacional con restos embrionarios escasos, sugerentes de un aborto incompleto, motivo por el cual se decide hospitalizarla para realizarle un legrado uterino. Durante su hospitalización se le administra misoprostol por vía vaginal y se reevalúa a las 4 horas, evidenciando sangrado y el cuello uterino más dilatado. Se programa su intervención quirúrgica donde se realiza dicho procedimiento, toda la intervención duró aproximadamente 20 minutos en donde se extraen alrededor de 3 cc de material embrionario, la paciente tolera bien dicho procedimiento y se la deja en observación por 24 horas, dándole de alta con ketoprofeno 100 mg vía oral cada 8 horas por 5 días para manejo del dolor.

### **Caso clínico n.º 2**

Paciente femenina de 38 años, de iniciales L.S.M.S, actualmente gestando, acude emergencia por dolor tipo contracción y pérdida de tapón mucoso. Se le procede a realizar su historia clínica respectiva y nos narra que este es su cuarta gestación, no presenta antecedentes familiares patológicos ni tampoco personales, presentó como intercurrentes durante el embarazo solo una vulvovaginitis en los primeros dos meses de gestación que fue tratada con óvulos x 5 días. Refiere además que tuvo 9 controles prenatales en su centro de salud y 4 en Hospital San Bartolomé, además cuenta con exámenes de

laboratorio, donde se evidencia serología negativa (VDRL y VIH) y una hemoglobina en 12,4. Además cuenta con ecografías de la 12 semana de gestación que evidencia calculando la edad gestacional una gestación de 40 semanas. Una vez obtenidos estos datos se procede a realizar un tacto vaginal el cual nos mostró un cuello incorporado al 100%, dilatado en 7cm, en una altura de presentación de C+1 y membranas rotas evidenciando líquido amniótico claro no meconial. Motivo por el cual se decide hospitalizarla en centro obstétrico del hospital para culminación de la gestación por vía vaginal. Durante su estadía se le realiza tacto vaginal a las 2 horas, donde se observa incorporado al 100 %, altura de presentación C+2, dilatado en 9cm y membranas rotas, motivo por el que se ingresa a la paciente en sala de partos para culminación de gestación. Se procede a culminarla dando a luz a un recién nacido varón de 40 semanas con peso adecuado para la edad gestacional. Durante el expulsivo no se presentaron desgarros que necesiten sutura, y se le administró misoprostol vía rectal para prevención de atonía uterina debido a que fue su cuarta gestación.

#### **I.4. Rotación en Pediatría**

Se realizó la rotación de pediatría durante los meses de diciembre y enero, en el cual a su vez se nos autorizó rotar por la especialidad de neonatología, todo esto en el Hospital San Bartolomé.

#### **Caso clínico n.º 1**

Se narra el caso de un recién nacido a término de 42 semanas, el cual nació por cesárea debido a que el feto presentó un peso de 4.506 gramos, tiene como antecedentes maternos de importancia una madre con diabetes gestacional, sin ninguna otra intercurencia durante el embarazo, presentó además serología negativa y 8 controles prenatales en el hospital San Bartolomé. Al momento del nacimiento, tuvo un Apgar de 9 puntos al minuto y a los 5 minutos, se le realiza la atención inmediata correspondiente, entre ellos la aplicación de gotas de gentamicina, aplicación de vitamina k, revisar la permeabilidad del ano, sacar muestra de sangre del cordón, y examen físico seriado, donde se encontró:

FC: 148 FR: 62 Sat: 97%

Piel: T/H/E, no ictericia, llenado capilar menor a 2 segundos

TyP: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares

CV: RCR, BI, no soplos

Abd: RHA positivos, blando, depresible, no visceromegalia

SNC: irritable, reactivo a estímulos, fontanela normotensa

Debido al examen físico y a los factores de riesgo del recién nacido, se le procede a tomar un hemoglucotest a las 2 horas de vida, el cual nos dio como resultado 56, el cual no llamo la atención a los doctores de turno y lo pasaron con la madre en alojamiento conjunto. Durante su estadía ahí, el neonato presentó orinas cargadas color naranja, además de succión débil, de estar irritable durante la evolución, se decide por dichos sucesos sacar otro hemoglucotest, el cual arrojó 38, lo cual evidenció una hipoglicemia sintomática, motivo por el cual se decide controlar al neonato y brindarle 20cc de fórmula por toma cada 3 horas. Se le vuelve a controlar la glucosa 2 horas después de la leche administrada, dando como resultado 65. Se procede a devolver al recién nacido con la madre, no obstante haciendo hincapié en la técnica de lactancia materna que la madre estaba realizando de manera incorrecta. Esta recibió el alta por parte de ginecología dos días después, y en la examinación del neonato no se hallaron hallazgos patológicos, motivo por el cual se procede a brindarle el alta conjunta con la madre con indicaciones de lactancia materna exclusiva, limpieza de cordón umbilical con alcohol al 70 % 3 veces al día y cita precoz por consultorio externo de neonatología.

### **Caso clínico n.º 2**

Paciente varón de 8 años de iniciales D.F.S.V. de peso 25 kilos, que acude a emergencia de pediatría del hospital San Bartolomé junto con su madre, presentando sensación de alza térmica acompañada de tos exigente y dolor de garganta. Refiere además que tuvo familiares con la misma sintomatología la semana pasada. Al examen físico se evidencia:

T: 38.5 FC: 110 FR: 24 PA: 110/90

Piel: T/H/E, llenado capilar menor a dos segundos

Orofaringe: se evidencia placas exudativas, además de eritema alrededor de la zona.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares

CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad

Abd: Ruidos hidroaéreos positivos, blando, depresible

SNC: LOTEPE, ESG:15/15

Debido al examen físico realizado y a la clínica presentada por la paciente, se llegó al diagnóstico de una faringoamigdalitis bacteriana, situación por la cual se le brinda tratamiento sintomático, entre ellos paracetamol de 120mg/5ml, el cual le correspondería 5 cc cada 8 horas, además se le recetó amoxicilina de 250mg/5ml, le corresponde 7.5 cc cada 12 horas por 10 días. Después de indicarle el tratamiento se procedió de dar de alta explicándole que, de no mejorar sintomatología, debía regresar a emergencias pediátricas

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

El internado médico se realizó en contexto de recuperación nacional de la pandemia por COVID-19 durante la pandemia que nos perjudicó el año 2020 hasta incluso hoy; lo que hizo que el internado tuviera una duración de 10 meses, dos de estos se realizaron en centros de primer nivel; en la experiencia del autor, se tuvo la oportunidad de rotar en la posta materno infantil de Surquillo por las Especialidades de Ginecología, Pediatría y Medicina Interna, se logró obtener conocimiento de las patologías más frecuentes que se presentan en dicho distrito y que son motivo para consulta en la posta. Durante la estadía en dicho establecimiento el autor fue responsable del llenado de los FUAS y los HIS de los pacientes, además de acompañar a los doctores en las consultas médicas y en la realización de los cercos para prevención de enfermedades prevenibles como el dengue.

El resto de los meses se realizaron en hospitales de mayor complejidad, el primero de fue el de Emergencias José Casimiro Ulloa, que fue fundado en 1955, cuyo primer director fue el doctor Juan Harrison Acosta. Este surge por la necesidad de la población y el incremento de pacientes de dicha zona, y se especializa netamente en la atención de emergencias, aquí fue donde se realizaron las especialidades de Cirugía General y Medicina Interna, en las cuales se conoció a grandes doctores que nos brindaron muchas enseñanzas y gracias a su confianza se pudo realizar diferentes procedimientos, desde sacar un análisis de sangre arterial a diversos pacientes hasta asistir en una operación de un íleo biliar. A parte, claro, de mostrar mis habilidades en lo que respecta suturar pacientes y apoyar al tratamiento de estos.

Los 4 meses restantes fueron en las especialidades de Ginecología y Pediatría, en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, que fue fundado en 1651 por el sacerdote agustino fray Bartolomé de Vadillo, por eso la institución lleva su nombre. En este nosocomio, durante la rotación de Ginecología y Obstetricia, nos brindó la oportunidad de participar en procedimientos de mediana complejidad

como atender partos, legrados uterinos y cesáreas. además de apoyar en el tratamiento, manejo de las pacientes hospitalizadas en el área de Ginecología además junto a la ayuda de excelentes asistentes y residentes llegar a un diagnóstico certero. Durante la rotación de pediatría, que fue durante los dos últimos meses, se nos dio la oportunidad de acompañar a los doctores pediatras durante las consultas de emergencia, además de evolucionar y realizar las recetas de determinados hospitalizados, fue durante esta rotación que el autor empatizó mucho con los pacientes pediátricos y nos llenamos de orgullo al ver como mis pacientes iban evolucionando favorablemente en cada visita médica que se les realizaba, sin duda esta fue la mejor de las rotaciones y en la cual se disfrutó más.

Sin duda este año ha sido de grandes adversidades y sin la ayuda de los compañeros internos y el apoyo incondicional de los residentes no se hubiera desarrollado al máximo nuestras potenciales para crecer, así como futuro médico, y estas enseñanzas servirán para poner en práctica mis conocimientos para con el paciente y así brindar un tratamiento adecuado para aliviar sus molestias.

## **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **III.1. Rotación en Cirugía General**

#### **Caso clínico n.º 1:**

#### **Colecistitis aguda litiásica**

El primer caso que se nos presenta se trata de un varón con signos y síntomas característicos de una colecistitis aguda litiásica.

La colecistitis aguda es básicamente la inflamación de la vesícula que se va a desarrollar en un determinado tiempo, que por lo general pueden ser solo horas, y en un 95 % de los casos es una complicación de otra patología que es la colelitiasis. Esta última se origina por una obstrucción por un cálculo en el conducto cístico que va a provocar inflamación persistente mediada por citoquinas proinflamatorias, además la estasis biliar lo que va a originar es que esta cascada inflamatoria se vea agravada y, por lo tanto, generar lesión en la mucosa biliar. Dicha lesión en la mucosa biliar va a permitir que se genere líquido y que este se acumule en la vesícula biliar, lo que va a empeorar la inflamación y la isquemia, a tal punto de promover una infección bacteriana. Todo este círculo vicioso de secreción de líquido e inflamación puede originar al final necrosis y perforación en algunos casos. (1)

Una vez ya nombrada la colecistitis aguda litiásica, también existe otro tipo de clasificar a la colecistitis aguda, la cual es:

#### **Colecistitis aguda alitiásica:**

Este tipo de colecistitis se caracteriza por presentar inflamación en la vesícula, pero sin el antecedente de presentar cálculos en dicha estructura. Es de poca frecuencia a comparación de la litiásica y se origina a partir de un cuadro infeccioso sea viral o bacteriano. La sintomatología en la mayoría de los casos es muy parecida a la colecistitis aguda litiásica, y el método diagnóstico también se realiza con ecografía. La diferencia está en su tratamiento ya que, aunque se utilizan también antibióticos, la colecistectomía no es el procedimiento usual cuando se presenta una colecistitis aguda alitiásica, y solo se reserva para cuando haya perforación de la vesícula y gangrena. (2)

Una vez mencionada su fisiopatología y los diferentes tipos, los síntomas

característicos de una colecistitis aguda son

- Nauseas
- Vómitos
- Dolor localizado en hipocondrio derecho
- Fiebre
- Ictericia

A la ictericia, fiebre y al dolor abdominal localizado en el hipocondrio derecho se le conoce como triada de charcot, y esta triada se convierte a pentada de reynolds cuando se agrega:

- Confusión
- Hipotensión

Una vez mencionada su sintomatología característica, es importante recalcar como diagnosticar una colecistitis aguda, resaltando que esta patología es de diagnóstico clínico, ya que la sintomatología da muchos indicios. Sin embargo, para su diagnóstico clínico se han establecido diferentes criterios, como los de Tokio el cual menciona lo siguiente

A. Signos de inflamación local

- a. Signo de Murphy
- b. Masa o dolor en hipocondrio derecho

B. Signos de inflamación sistémica

- a. Fiebre
- b. PCR elevada
- c. Leucocitosis

C. Hallazgo imagenológico característico de colecistitis

- a. Engrosamiento de la pared vesicular (mayor a 4mm)
- b. Cálculos biliares
- c. Aumento de tamaño de la vesícula (mayor a 8cm de largo y 6cm de ancho)

Se menciona que es un diagnóstico sospechoso si se tiene como resultado un ítem del grupo A más un ítem del grupo B, y un diagnóstico definitivo si se obtiene un ítem de cada grupo

Mas allá de los criterios clínicos, también se pueden usar otros métodos diagnósticos como pruebas de imagen como:

- Ecografía: es el método de elección en el 98% de los casos de colecistitis, se siguen los criterios de Tokio mencionados como diagnósticos

- Gammagrafía biliar: tiene una sensibilidad del 97% de los casos. Es utilizado cuando la ecografía no es concluyente.
- Otros métodos menos usados: Resonancia magnética y tomografía
  - o Con respecto a su tratamiento, va a depender del grado de colecistitis que este presentando el paciente:
- Grado 1: colecistitis aguda con inflamación leve y no falla multiorgánica
- Grado 2: colecistitis acompañada de leucocitosis mayor a 18000, duración de cuadro clínico mayor a 72 horas, marcada inflamación local acompañada de peritonitis
- Grado 3: falla multiorgánica

El grado 1 se trata solo con una colecistectomía laparoscópica de rutina sin complicaciones, acompañada de antibioticoterapia postprocedimiento quirúrgico. El grado dos también se opta por una colecistectomía laparoscópica, pero si la inflamación es moderada, se prefiere primero realizar un drenaje percutáneo y posponer la cirugía para cuando la inflamación disminuya. En el caso del grado tres se prefiere resolver la falla multiorgánica de primeras, para luego realizar un drenaje percutáneo para disminuir la inflamación y luego programar la cirugía. (3)

### **Caso clínico n.º 2:**

#### **Plastrón apendicular**

El segundo caso clínico presentado nos narra la historia de un paciente masculino con sintomatología asociada a un plastrón apendicular.

La apendicitis aguda se define como la inflamación del apéndice, que si no es tratada como se debería, puede evolucionar a diferentes complicaciones como perforación del apéndice y en algunas ocasiones, el cuerpo puede controlar parcialmente la enfermedad formando lo que se denomina plastrón apendicular. Esto sucede en alrededor de 10 % de todos los casos y se forma gracias a que el cuerpo humano forma una defensa contra la perforación del apéndice, haciendo que diversos tejidos adyacentes al apéndice formen una masa que delimita el proceso infeccioso. (4)

La clínica característica de dicha patología es muy similar a la de una apendicitis aguda común, el cual predominan:

- Dolor en fosa iliaca derecha
- Nauseas
- Fiebre
- Vómitos
- Sensación de masa

Cabe resaltar que el dolor característico que presentara el paciente es agudo, esto quiere decir que será de aproximadamente 3 días, por lo general los pacientes con plastrón apendicular narran que tuvieron un episodio similar hace una semana, sin embargo se delimito con analgésicos o antibióticos, por lo cual no acuden a la emergencia, hasta que el dolor vuelve a aparecer pero ya con sensación de masa, ya que debido a la falta de un tratamiento adecuado, se originó el plastrón como ya se mencionó anteriormente.

Con respecto al diagnóstico del plastrón apendicular, aparte del diagnóstico clínico también se pueden utilizar diversos exámenes de laboratorio, en los cuales resaltan la leucocitosis y el PCR elevada, además de métodos diagnósticos de imágenes en los cuales la ecografía y la tomografía son los principales métodos diagnósticos cuando la clínica y el laboratorio no nos dan una respuesta inmediata. (5)

Existen dos tipos de plastrón que dependiendo su división su manejo es pueden dividir de la siguiente manera:

- Plastrón caliente: Este tipo de plastrón se caracterizan por presentar signos y síntomas de inflamación sistémica, por ejemplo, taquicardia, fiebre, leucocitosis y signos de sepsis. En estos casos, el manejo de primera línea es quirúrgico, y se puede optar entre una incisión mediana o un drenaje estilo Baron Dupuytren.
- Plastrón frio: Se caracteriza por respuesta orgánica del organismo, sin embargo, es menos dañino que el plastrón caliente, motivo por el cual su manejo de primera línea se basa en:
  - o Reposo
  - o Observación cuidadosa
  - o Antibióticos durante 4-8 semanas de los cuales se pueden optar por ceftriaxona más metronidazol o clindamicina mas

amikacina.

Cabe resaltar que después de todos estos pasos, se recomienda o se practica una apendicetomía programada dentro de los siguientes 3 a 5 meses.

Mencionado de manera clara el caso clínico va acorde a el tipo de plastrón frío, motivo por el cual solo recibió antibioticoterapia y mejoró notablemente, además que luego se le programó su cirugía indicada. (6)

### **III.2. Rotación en Medicina Interna**

#### **Caso clínico n.º 1:**

#### **Pielonefritis aguda**

El siguiente caso clínico nos relata la historia de una mujer con el diagnóstico de pielonefritis aguda.

La pielonefritis aguda se denomina a aquella infección de las vías urinarias con síntomas sistémicos y que abarca sobre todo al riñón. Hay que aprender a diferenciar la pielonefritis de la cistitis, ya que ambas son infecciones de las vías urinarias, sin embargo, la cistitis compromete más que a nada a la vejiga, y se caracteriza por síntomas urinarios, sin embargo, la pielonefritis se caracteriza por acompañarse por síntomas sistémicos. (7)

Existen diferentes factores de riesgo para desarrollar una pielonefritis, entre los cuales están:

- Diabetes *mellitus*
- Mujeres embarazadas
- Litiasis infecciosa
- Infección urinaria en niños

Todas estas enfermedades tienen un potencial alto de desarrollar una pielonefritis sobre todo por el daño renal que pueden ocasionar y debido a que la mayoría de los pacientes con este tipo de patologías presenta un sistema inmune bajo para combatir infecciones, también por este motivo el cuadro es más agresivo en este tipo de pacientes.

Los síntomas característicos de una pielonefritis pueden ser muy variados, pero destacan los siguientes:

- Dolor al miccionar
- Polaquiuria
- Tenesmo
- Hematuria
- Fiebre
- Vómitos
- Náuseas
- Dolor lumbar bajo

Esto acompañado de un examen físico orientado a la sospecha diagnóstica, con signos característicos como puño percusión lumbar positivo, o también tener los puntos retro ureterales positivos a la palpación.

Además, acompañado de un buen examen físico, se confirma el diagnóstico con un examen de orina patológico y un urocultivo positivo. Esto va a depender del método por el cual nosotros recolectemos la muestra de orina, ya que se considerará positivo dependiendo del número de unidades formadoras de colonias.

- Punción suprapúbica: Solo es necesario una unidad formadora de colonia para considerarse positivo
- Sonda transuretral: mayor a 10 000 unidades formadoras de colonias
- Chorro medio: mayor a 100 000 unidades formadoras de colonias
- Bolsa recolectora: mayor a 100 000 unidades formadoras de colonias (8)

Cabe mencionar la importancia del urocultivo, ya que este aparte de darnos el agente etiológico que este causando la infección urinaria, también nos ayudara para obtener un antibiograma para detectar a que antibiótico es sensible dicho agente etiológico, y así dar un tratamiento adecuado.

Con respecto al tratamiento, como se mencionó anteriormente es necesario un antibiograma para dar el tratamiento indicado. Por lo general en estas ocasiones se receta cefalosporinas o fluoroquinolonas,

y esto se indica por 7 a 10 días. Cuando la pielonefritis es complicada y está acompañada de signos de sepsis, el tratamiento consiste en hospitalizar al paciente y dar tratamiento endovenoso con fluoroquinolonas, aminoglucósidos más ampicilina, cefalosporinas o penicilinas. Si hay mejoría se pasa al tratamiento de pielonefritis no complicada ya mencionado (9)

### **Caso clínico n.º 2:**

#### **Pancreatitis**

El siguiente caso clínico nos narra a un paciente con sintomatología característica de una pancreatitis aguda.

La pancreatitis se define como la inflamación del páncreas y esto puede deberse por diversas etiologías, además hay que tener en cuenta los diferentes factores de riesgo que una persona presenta y que lo condiciona a poder presentar este tipo de patología, entre los cuales tenemos:

- Sexo varón
- Afroamericanos
- Antecedentes de pancreatitis aguda
- Diabetes *mellitus*
- Antecedente de litiasis vesicular
- Hipertrigliceridemia
- Alcoholismo
- Fumador
- Trastornos genéticos del páncreas

Esta patología se produce por diferentes mecanismos fisiopatológicos, entre los cuales se inicia con una activación intrapancreática de las enzimas proteolíticas y lipolíticas, todo esto secundario a la obstrucción del conducto pancreático, ya sea por cálculos biliares o fibrosis quística, o por la lesión de las mismas células pancreáticas en el caso del uso de fármacos y el consumo indebido de alcohol. Todo esto lo que va a generar es una cadena de inflamación debido a la atracción de células proinflamatorias como neutrófilos y macrófagos, y estos a su vez van a liberar diferentes citocinas inflamatorias que al final van a generar una respuesta inflamatoria sistémica y la falla multiorgánica (10)

En conclusión, la fisiopatología de la pancreatitis va a depender de 3 tipos

de mecanismos:

- Obstrucción ductal
- Injuria de las células acinares
- Transporte intracelular defectuoso

Este ultimo lo que va a generar es la deliberación de proenzimas al compartimiento lisosomal debido a una lesión metabólica, esto va a ocasionar una activación intracelular de las enzimas pancreáticas y, por lo tanto, lesión de las células acinares.

Para la clasificación de la pancreatitis se pueden usar diferentes tipos, entre los cuales tenemos:

- Anatomopatológica:
  - o Edematosa: La más común de los casos de pancreatitis, y menos complicada
  - o Necro hemorrágica: Asociado al fallo multiorgánico
- Según la severidad:
  - o Clasificación de petrov:
    - Leve: ausencia de necrosis y falla organica
    - Moderada: presencia de necrosis estéril o falla orgánica transitoria.
    - Grave: cualquier tipo de necrosis o falla orgánica persistente
    - Critica: necrosis infectada junto falla orgánica persistente
  - o Clasificación de Atlanta:
    - o Pancreatitis aguda leve
    - o Pancreatitis aguda moderada
    - o Pancreatitis aguda grave

Para el diagnostico de una pancreatitis aguda, primero nos tenemos que guiar de la clínica correspondiente del paciente, entre los cuales resaltan síntomas como dolor epigástrico intenso que suele irradiarse hacia el dorso o la espalda, además que empeora después de la ingesta de comidas con alta cantidad de grasa, también esta acompañado de náuseas y vómitos, fiebre, y cuando esta en estadio avanzado, signos de shock como taquicardia o hipotensión. Sin embargo, la clínica se puede complementar con exámenes de laboratorio, donde resalta el aumento de enzimas pancreáticas como la amilasa y la lipasa, de las cuales la lipasa es la que tiene mayor sensibilidad y especificidad.

A todo esto, también le podemos sumar exámenes de imagen, como la

ecografía para detectar cálculos biliares, o la tomografía axial computarizada, aunque más que diagnóstico, este método se usa para calcular la gravedad de la enfermedad con la escala de Baltazar. (11)

Una vez que nosotros ya tengamos diagnosticada la enfermedad con un buen examen físico y analítica laboratorial, podemos también calcular el pronóstico de esta patología, y para esto tenemos un sinfín de escalas como son:

- Ranson
- Bisap
- Apache
- Marshal

Para fines prácticos, desarrollaremos el mas utilizado en el Hospital Casimiro Ulloa, donde se utilizaba la escala de RANSON, el cual esta constituido por 11 parámetros donde se evalúa de la siguiente manera:

Al ingreso:

- Edad: mayor a 55 años
- Conteo leucocitario: mayor a 16.000/cc
- Glucosa sérica: mayor a 200
- LDH: mayor a 350
- AST: mayor a 250

A las 48 horas:

- Hematocrito: caída del 10%
- BUN: incremento 5mg/dL
- Calcio sérico: menor a 8mg/dL
- Pao2: menor a 60
- Déficit de base: mayor a 4
- Secuestro de líquido: mayor a 6L

Mencionado ya las diferentes escalas para pronóstico, otro pilar importante en esta patología es el tratamiento, donde se van a tomar diferentes medidas generales, entre los cuales está la reanimación agresiva con líquidos, de preferencia con lactato de Ringer. Otro pilar del tratamiento es la nutrición donde se prefiere una alimentación oral dentro de las primeras 24 horas en pacientes con pancreatitis leve, donde la dieta tiene que ser baja en grasas y blanda. En aquellos que están graves se prefiere nutrición parenteral total. El siguiente paso en el tratamiento

esta la CPRE, está indicado en casos de obstrucción biliar prolongada, y posterior a esto, una colecistectomía a los 4 a 6 días en casos leves, y en s severos después de 6 semanas. (12)

### **III.3. Rotación en Ginecología**

#### **Caso clínico n.º 1:**

#### **Aborto Incompleto**

Se cataloga a un aborto espontáneo cuando ocurre de manera inesperada dentro de las primeras 20 semanas de gestación. Aproximadamente desde un 10 al 20 por ciento de los embarazos son de este tipo, sin embargo, se cree que esta cifra puede ir en aumento ya que en los últimos años se a evidenciado que los abortos dentro de las primeras 8 semanas son en algunas ocasiones indetectables, o el paciente lo confunde con una menstruación muy abundante. La causa de que se produzca un aborto espontaneo son muy diversas, en las cuales tenemos a la cabeza alteraciones cromosómicas que podrían originar por ejemplo un embarazo anembrionado, muerte fetal intrauterina o una mola hidatiforme. También se ha visto asociado algunos factores de riesgo maternos, de los cuales se tiene (13):

- Diabetes no controlada
- Infecciones recurrentes
- Alteraciones hormonales: hipotiroidismo
- Consumo excesivo de alcohol o tabaco

Entre los síntomas característicos de un aborto espontaneo, tenemos sangrado vaginal moderado, también se presenta lo que es el dolor pélvico o en región lumbar, así mismo como también parte de tejido embrionario que sale por el canal vaginal, principalmente el motivo de consulta a emergencia es el sangrado.

Los métodos diagnósticos de este tipo de patología son diversos, sin embargo, primero debemos asegurarnos de que no sea un sangrado por alguna lesión en el cérvix, o por algún otro motivo, por el cual primero se le realizara un examen físico guiado a buscar la causa del sangrado, aquí es donde se utilizara un espejulo para revisar si proviene del cuello uterino, de ser el caso, el siguiente paso sería realizar una ecografía transvaginal para evidenciar el producto. Cuando se trata de un aborto

incompleto, como es el caso de la paciente de nuestro caso clínico, se evidenciará una actividad cardíaca nula del producto, esto a partir de la 5.ª semana de embarazo, o también se evidenciará restos del producto embrionario. Cabe destacar que el diagnóstico de un aborto espontáneo va a depender del tipo de aborto que se nos este presentando, el cual tenemos los siguientes tipos:

- Amenaza de aborto: cuando se presenta la sintomatología mencionada, pero se evidencia que el producto todavía es viable, motivo por el cual se toman medidas preventivas para que no termine en un aborto definitivo-
- Aborto inminente: se habla de este tipo de aborto cuando evidenciamos sangrado y que al examen con espejuelo vemos que el cuello uterino está dilatado.
- Aborto incompleto: acá encontramos ya solo restos del producto al examen con una eco transvaginal. Este tipo de aborto ya amerita un tratamiento procedimental con legrado o AMEU.
- Aborto completo: En este tipo de aborto se concluye que el producto a sido expulsado en su totalidad, y se puede evidenciar dilatación del cuello uterino, como también se puede observar que el cuello uterino está cerrado.
- Aborto retenido: se habla de aborto retenido cuando se evidencia una beta Hcg baja para la edad gestacional y a la ecografía transvaginal se evidencia:
  - o Ausencia de actividad cardíaca fetal
  - o Ausencia de latidos cuando existe una longitud fetal vértice-nalga mayor a 7mm
  - o Ausencia de polo fetal (se evidencia cuando existe un saco mayor a 25mm)

Una vez determinado el tipo de aborto, se procederá a el tratamiento indicado, como el caso clínico nos relata el uno incompleto: el tratamiento consiste en un legrado uterino previa administración de misoprostol por vía vaginal. Si en todo caso se prefiera también se puede optar por un AMEU, sin embargo, el procedimiento más utilizado en el Hospital San Bartolomé es el legrado uterino. El procedimiento dura alrededor de 15 minutos y el alta de la paciente es terminado el procedimiento con

indicaciones de analgésicos para el dolor. Sin embargo, otro pilar fundamental para el tratamiento de este tipo de casos es el apoyo psicológico, ya que pasar por este tipo de procedimientos puede llegar a significar un muy duro proceso para la paciente. (14)

### **Caso clínico n.º 2:**

#### **Embarazo eutócico**

El caso clínico presentado nos narra la historia de una madre que da a luz a un recién nacido de 40 semanas.

El embarazo se define como la expulsión del feto a través del canal vaginal sin alguna complicación. Para empezar a dilatar el tema debemos tener en cuenta cuando hablamos de un recién nacido prematuro, a término y posttérmino:

- Prematuro: un recién nacido de 36 semanas a 22 semanas de gestación
- A término: un recién nacido de 37 semanas a 41 semanas
- Posttérmino: un recién nacido de 42 semanas

Cabe resaltar que un parto eutócico consta de 3 momentos, de los cuales el primer periodo es el de la dilatación, este periodo se caracteriza por tener 2 fases, la fase latente que se caracteriza por una dilatación hasta 4cm, y la fase activa que es a partir de los 4 cm, es importante mencionar que dependiendo del tipo de gestante, el tiempo que demorara en dilatar va a cambiar, por ejemplo una gestante primigesta se espera que dilate de 0.5 a 0.7cm en una hora, y en una gestante multigesta se espera hasta un 1cm por hora. Acá también juegan un rol importante las contracciones uterinas ya que estas ayudan en el borramiento y en la dilatación, cabe resaltar que dichas contracciones tienen características como intensidad, frecuencia, duración y tono. Esto a su vez ayudara a que el feto se vaya acomodando para su expulsión. (15)

Fisiológicamente tiende a realizar una serie de movimientos para lograr estar en la posición adecuada para su expulsión, los cuales son:

- Descenso
- Flexión
- Rotación interna
- Extensión de la cabeza del feto

- Rotación de la cabeza
- Expulsivo

Estos movimientos son necesarios para un correcto trabajo de parto, una vez que se llega al último movimiento, se entra en el segundo periodo que es el expulsivo, en el cual haremos la maniobra de Ritgen que sirve para el control de la cabeza y para la protección del periné. En algunas ocasiones deberá realizar una episiotomía, en la mayoría de los casos se utiliza en primigestas y consta en realizar un corte medio lateral de aproximadamente 4 a 6cm para agrandar el canal vaginal. Una vez realizado la expulsión del recién nacido entramos en el tercer y último periodo, que es el del alumbramiento o expulsión de la placenta, comenzaremos con la maniobra de Brandt Andrews, cuyo mecanismo consta en tracción y contra tracción del cordón umbilical, y con ayuda de un brazo haremos presión por encima del fondo del cuello uterino en 90 grados hasta que se expulse la placenta en su totalidad. Cabe resaltar que la placenta puede salir de dos maneras diferentes

- Tipo Schultze: el cual sale por la cara fetal, produce un sangrado tardío
- Tipo Duncan: el cual sale por la cara materna, produce sangrado agudo

Una vez realizado los tres periodos, se procede a la sutura de posibles desgarros en el canal vaginal durante la expulsión del feto, y en algunas ocasiones se administra misoprostol vía rectal para la prevención de atonía uterina en el caso de multigestas o fetos macrosómicos. (16)

#### **III.4. Rotación en Pediatría**

##### **Caso clínico n.º 1:**

##### **Hipoglicemia Neonatal**

Este caso clínico nos relata la historia de un recién nacido con hipoglicemia, esta es la patología más frecuente que puede haber experimentado en el servicio de neonatología.

La hipoglicemia en recién nacidos se define como el nivel bajo de glucosa en sangre, se habla de una hipoglicemia sintomática cuando se evidencian diferentes síntomas y signos ocasionados por el nivel bajo de glucosa y en estos casos lo más frecuente es una glucosa menor a 40mg/dl. Hablamos de una hipoglicemia asintomática cuando no se

evidencian síntomas, pero si un nivel bajo de azúcar, aproximadamente un valor menor a 45 mg/dl. (17)

Se puede explicar que la hipoglicemia neonatal esta causada por diferentes razones, entre las cuales tenemos:

- Hijo de madre diabética (hiperinsulinismo transitorio)
- Sepsis
- Sustrato inadecuado
- Trastornos hereditarios del metabolismo
- Mala técnica de lactancia (18)

La mayoría de los casos la hipoglicemia neonatal pasa desapercibida, ya que es asintomática, por eso un examen físico del neonato cuando esta en alojamiento conjunto con la madre es vital, uno de los datos clínicos importantes para detectar una hipoglicemia es el color de la orina, ya que si nos encontramos con el caso de una orina cargada de color anaranjado, significaría que el neonato esta deshidratado, motivo por el cual podríamos solicitar un hemoglucotest, otro aspecto importante a tener en cuenta es la técnica de lactancia del recién nacido, el cual nosotros debemos asegurarnos que sea la indicada, ya que la mayoría de casos que se han evidenciado en el hospital San Bartolomé, fue la hipoglicemia por falta de aporte y esto por una mala técnica de lactancia por parte de la madre.

Además, es importante mencionar que a pesar de que la mayoría de hipoglicemias son asintomáticas, hay algunas que son muy sintomáticas, la desventaja de esto es que la sintomatología en el neonato es muy variada, ya que muchísimas patologías tienen la misma sintomatología.

Entre los diferentes síntomas se tienen:

- Hipoactividad
- Diaforesis
- Irritabilidad
- Temblores
- Bradicardia
- Taquicardia

Una vez obtenida la clínica respectiva del paciente y nuestra principal sospecha es una hipoglicemia, procederemos a realizar un hemoglucotest con un glucómetro, donde dependiendo el valor, el

tratamiento cambiara.

El tratamiento de primera línea si nos encontramos con una hipoglicemia asintomática, es corregir la mala técnica de lactancia.

Si tenemos el caso de no poder tener al inicio una buena lactancia por cualquier condición materna, el tratamiento para estos casos es darle al neonato 20 cc de formula por toma cada 3 horas.

Si estamos ante una hipoglicemia sintomática con un valor de glucosa muy bajo, debemos primero hospitalizar al paciente para que podamos administrarle a la dextrosa al 12.5% a razón de 2 mililitros por kilogramo en 10 minutos y después aproximadamente de 2.5 a 5 mililitros por kilogramo en una hora.

Una vez terminado el tratamiento, pasaremos al recién nacido con su madre para que reciba aporte enteral a través de la lactancia materna.  
(19)

### **Caso clínico n.º 2: Faringoamigdalitis aguda**

El último caso por presentar se trata de una faringoamigdalitis aguda en un varón de 8 años.

La faringoamigdalitis aguda se define como la infección aguda de la faringe o las amígdalas palatinas. La etiología de esta enfermedad puede deberse a diferentes patógenos, entre los cuales los mas frecuentes tenemos:

- Virus del resfrió común (adenovirus, rinovirus, respiratorio sincitial)
- Virus herpes simple
- Citomegalovirus

Estos patógenos son en el 70 por ciento de todos los casos, el otro 30% es ocasionado por bacterias entre las cuales la mas predominante es el estreptococo beta, hemolítico del grupo A, aunque se ha visto también que a sido ocasionado por hemophilus o staphylococcus aureus. Los síntomas característicos de una faringoamigdalitis aguda son (20)

- Dolor al tragar
- Fiebre elevada
- Malestar general
- Cefalea
- Trastornos gastrointestinales

- Adenopatías cervicales

Muy aparte de los síntomas mencionados, también cabe resaltar que el examen físico es muy portante para el diagnóstico de la faringoamigdalitis bacteriana, en estos casos, el médico buscará mediante una linterna y un bajalenguas signos característicos de esta enfermedad, los cuales son:

- Exudados purulentos alrededor de las amígdalas
- Inflamación y marcado eritema en las amígdalas

Una vez diagnosticada la faringoamigdalitis, se procederá a recetar el debido tratamiento, el cual, si sospechamos de una faringoamigdalitis viral, el tratamiento es solo sintomático con paracetamol para la fiebre y analgésicos, sin embargo, cuando nos encontramos en el caso de una faringoamigdalitis bacteriana, el tratamiento será con antibióticos, el cual el de primera línea en pediatría es amoxicilina que viene de 250mg/5ml, y la dosis para el paciente pediátrico es de 40-50mg/kg/día. Una vez indicado el antibiótico, se le indica que debe tomarlo por aproximadamente por 10 días. (21)

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

La etapa del internado médico durante el año 2023 fue una aventura emocionante el cual como internos, teníamos un horario de lunes a domingo el cual, en la mayoría de los casos, una hora de entrada a las 6 de la mañana, y la hora de salida dependiendo de los pendientes a terminar, sumándole a todo esto los días de guardias en las cuales teníamos que quedarnos a veces hasta 36 horas dentro del hospital.

Todo este esfuerzo claramente tuvo su recompensa, ya que las enseñanzas de nuestros tutores y médicos asistentes sirvió para que nosotros nos desenvolvamos de la mejor manera para tomar decisiones en cara al tratamiento de los pacientes. Cabe resaltar que nuestra promoción fue la que inició la virtualidad en pandemia, por lo tanto, nosotros no tuvimos la experiencia de pisar un hospital hasta finales de sexto año. Motivo por el cual llegábamos sin experiencia en este desafío, sin embargo, gracias a la paciencia de los doctores pudimos desenvolvernos de la mejor manera y aprovechar todo el tiempo perdido durante la pandemia.

Sin duda, este año de intenso trabajo nos demostró que, con esfuerzo y dedicación, uno puede lograr muchas cosas, desde realizar una sutura difícil en condiciones no tan favorables, hasta atender un parto de manera exitosa, y claramente estas enseñanzas que hemos obtenido durante todo este proceso nos servirá para demostrar en nuestro Serum que estamos más que preparados para afrontar las diferentes patologías que nos lleguen a consulta ya como médicos recién egresados.

Por último, pero no menos importante, también mencionar que durante todo el proceso de internado, tuvimos enseñanzas por parte de la universidad, que nos reforzaba el conocimiento a través de exámenes semanales y simulacros del Examen Nacional de Medicina, que personalmente, ayudó bastante en el desarrollo de esa evaluación, ya que esta retroalimentación semanal de diferentes casos clínicos y también el desarrollo de pasitos hacía que refuerce algunos conocimientos obtenidos previamente en las épocas de los primeros años de universidad.

## CONCLUSIONES

El internado médico es la etapa en el cual el estudiante de medicina tiene la oportunidad de desarrollar los conocimientos obtenidos durante la etapa universitaria, y que, de la mano de asistentes, médicos residentes, cuerpo de enfermería y personal técnico, hacen un trabajo multidisciplinario para el tratado del paciente enfermo para lograr un objetivo común que es el alivio de la enfermedad.

El internado médico por lo general en el Perú dura 12 meses; sin embargo, al ser una promoción que está realizándolo en el 2023 donde aún se están resolviendo algunas secuelas de la pandemia, se recortó a 10 meses donde se realizaron 8 en hospitales de gran complejidad, en este caso, el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa y el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, y dos meses en un centro de salud de primer nivel de atención, el Centro de Salud Materno Infantil de Surquillo.

Durante el internado médico se trata de desarrollar los campos más importantes de la carrera, el cual durante este año se desarrolló las especialidades de Medicina General, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, y Pediatría-Neonatología.

Durante este año, la universidad San Martín de Porres también le brindó al alumno material académico que ponía en práctica sus conocimientos, como lo son clases virtuales acerca del desarrollo de casos clínicos, el desarrollo de exámenes semanales, y simulacros del Examen Nacional de Medicina. Cabe resaltar también el arduo trabajo y esfuerzo de los tutores de la universidad en los hospitales.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda a las siguientes generaciones de internos, que aprovechen todo este año ya que es el único año donde ustedes van a poder aprender de la mano de un médico asistente y un residente, ellos son los responsables de la decisión que a lo mejor te den la confianza para que tú tomes, y no cualquiera dará una responsabilidad de esa manera, así que durante todo este proceso poner todo el empeño y esfuerzo necesario para aprender.

Otra recomendación que le podría dar a los internos es que hagan un buen grupo de amigos, ya que estos van a ser necesarios para afrontar todo este proceso, no hay mejor manera de pasar por esta aventura que con una buena compañía, y sobre todo aprendiendo juntos buscando un mismo fin que es tratar de manera correcta a otra persona.

Un consejo importantísimo sería no dejar de estudiar, ya que en nuestras manos está la vida de un paciente, y que tratemos a las personas como si tratáramos a nuestra familia, y brindar el mejor rostro al paciente siempre con paciencia y amor por lo que hacemos.

Por último, disfrutar todo este proceso, no todos los años vivirás una experiencia así, solo se podrá ser interno una vez en toda la vida, valora cada minuto de aprendizaje y enseñanza y demuestra por qué amas tu carrera.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 23 de enero de 2024]. Colecistitis aguda - Trastornos hepáticos y biliares. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-hep%C3%A1ticos-y-biliares/trastornos-de-la-ves%C3%ADcula-biliar-y-los-conductos-biliares/colecistitis-aguda?query=Colecistitis>
2. Quirós MFC. Colecistitis aguda alitiásica. Revista Médica Sinergia. 1 de junio de 2018;3(6):3-8.
3. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-cirugia-266-articulo-plastron-apendicular-manejo-clinico-actual-S0379389316300990>
4. Clouet-Huerta DE, Guerrero B. C, Gómez L. E. Plastrón apendicular y manejo clínico actual: una decisión a reconsiderar. A propósito de un caso. Rev Chil Cir. 1 de enero de 2017;69(1):65-8.
5. Rodríguez Fernández Z. Consideraciones actuales concernientes al tratamiento del plastrón apendicular. Revista Cubana de Cirugía [Internet]. septiembre de 2021 [citado 27 de enero de 2024];60(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74932021000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74932021000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
6. Bustamante-Mendoza Sthefany J. Apendicitis aguda - ppt descargar [Internet]. [citado 27 de enero de 2024]. Disponible en: <https://slideplayer.es/slide/18077364/>
7. <https://www.cun.es> [Internet]. [citado 27 de enero de 2024]. Pielonefritis: Síntomas, diagnóstico y tratamiento. Clínica Universidad de Navarra. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/pielonefritis>
8. Salas del C P, Barrera B P, González C C, Zambrano O P, Salgado D I, Quiroz L, et al. Actualización en el diagnóstico y manejo de la Infección Urinaria en pediatría. Revista chilena de pediatría. junio de 2012;83(3):269-78.
9. Pielonefritis [Internet]. aeuexp. [citado 27 de enero de 2024]. Disponible en: <https://aeuexp.aeu.es/areas-de-experiencia/vejiga/infeccion-urinaria-itu/pielonefritis/>
10. Richardson A, Park WG. Acute pancreatitis and diabetes mellitus: a review. Korean J Intern Med. 1 de enero de 2021;36(1):15-24.

11. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [Internet]. [citado 29 de enero de 2024]. Síntomas y causas de la pancreatitis - NIDDK. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/pancreatitis/sintomas-causas>
12. <https://www.cun.es> [Internet]. [citado 29 de enero de 2024]. Pancreatitis aguda: Síntomas, diagnóstico y tratamiento. Clínica Universidad de Navarra. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/pancreatitis-aguda>
13. Aborto espontáneo - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/pregnancy-loss-miscarriage/diagnosis-treatment/drc-20354304>
14. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Aborto espontáneo - Ginecología y obstetricia. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/aborto-espont%C3%A1neo>
15. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Manejo del trabajo de parto normal - Ginecología y obstetricia. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trabajo-de-parto-y-parto-normales/manejo-del-trabajo-de-parto-normal?query=Parto>
16. lauradime [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Mecanismos del parto. Disponible en: <https://lauradime1978.wixsite.com/lauradime/el-parto>
17. Hipoglucemia en recién nacidos: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 3 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007306.htm>
18. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 3 de febrero de 2024]. Hipoglucemia neonatal - Pediatría. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-metab%C3%B3licos-electrol%C3%ADticos-y-t%C3%B3xicos-en-reci%C3%A9n-nacidos/hipoglucemia-neonatal>
19. Actualización en el abordaje diagnóstico de la hipoglucemia. Revista Española Endocrinología Pediátrica [Internet]. mayo de 2023 [citado 3 de

febrero de 2024];(14 Suppl). Disponible en:  
<https://doi.org/10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2023.Apr.813>

- 20.1. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 3 de febrero de 2024]. Faringoamigdalitis - Trastornos otorrinolaringológicos. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-otorrinolaringol%C3%B3gicos/trastornos-bucales-y-far%C3%ADngeos/faringoamigdalitis>
21. Pavez D, Pérez R, Cofré J, Rodríguez J, Pavez D, Pérez R, et al. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento etiológico de la faringoamigdalitis aguda estreptocócica en pediatría. Revista chilena de infectología. febrero de 2019;36(1):69-77.