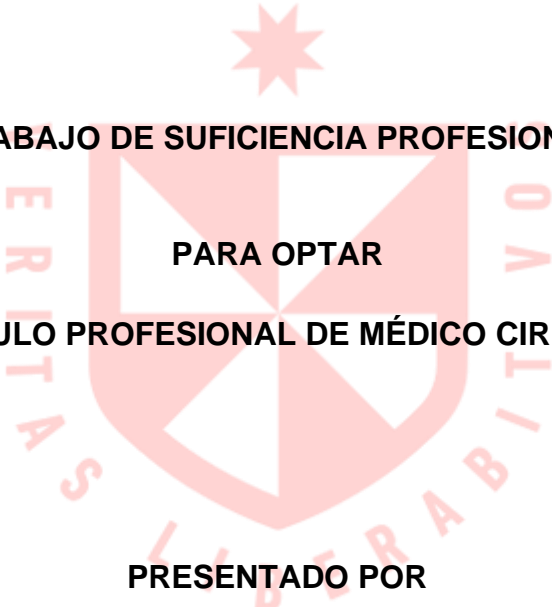


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DEL
INTERNADO EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
ABRIL 2023-ENERO 2024**



**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR
FRANCESCA NICOLLE BARRETO CANDIA**

**ASESOR
EDGAR KELVIN ESPINOZA TARAZONA**

**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 DEL INTERNADO
EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA ABRIL 2023-ENERO
2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

FRANCESCA NICOLLE BARRETO CANDIA

ASESOR

DR. EDGAR KELVIN ESPINOZA TARAZONA

LIMA, PERÚ

2024

JURADO

Presidente: Dr. . FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: Dr. . CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

Miembro: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

DEDICATORIA

A mis padres que son mi soporte agradezco por su motivación en momento tanto buenos como malos además de guiarme por el buen camino y enseñarme de valores para no solo ser una buena persona sino también ser un buen profesional.

A mi abuela Tomasa que ha estado presente en todos estos 24 años y nunca ha soltado mi mano a pesar de la distancia.

A mi familia en general, por estar pendiente de mi bienestar físico como mental y siempre deseándome todo lo mejor en mi formación académica. A mi mejor amigo, Joaquim, sin duda el mejor compañero de mi vida que ha estado junto a mí en todo momento.

A Misky, Takechi y Amber que siempre estuvieron detrás de mí en cada estudio e informe y me acompañaron sin importa las manecillas del reloj.

Francesca Barreto Candia

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi agradecimiento a la Universidad San Martín de Porres, por haber sido admitido como miembro de su comunidad académica y darme la oportunidad de estudiar mi carrera.

Durante mi internado en el Hospital María Auxiliadora, tuve el privilegio de trabajar con profesionales de alto nivel que me brindaron su apoyo y compartieron valiosas enseñanzas conmigo.

Asimismo, quiero reconocer y agradecer a todos los doctores que contribuyeron con mi formación, ya que sus conocimientos y experiencias fueron fundamentales en mi desarrollo profesional.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO 1: TRAYECTORIA PROFESIONAL	10
1.1 Rotación de ginecología	10
1.2 Rotación de pediatría	12
1.3 Rotación de medicina interna	14
1.4 Rotación de cirugía general	18
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	22
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	24
3.1 Rotación de ginecología	24
3.2 Rotación de pediatría	27
3.3 Rotación de medicina interna	29
3.3 Rotación de cirugía general	32
CAPITULO IV: REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA	35
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38
BIBLIOGRAFIA	39
ANEXOS	41
ANEXO N° 1 Escala de Alvarado	42

RESUMEN

El periodo final y más crucial de la formación universitaria de un futuro medico es el internado médico. Sin embargo, debido a la pandemia de COVID-19, los años anteriores se llevaron a cabo de forma virtual, sin poder practicar en hospitales de forma completa hasta el inicio del internado. Esto nos colocó en desventaja en comparación con otras promociones. Por esta razón, el internado se dividió en dos partes: la primera mitad en un hospital y la segunda en un centro de salud. Esto nos permitió adquirir habilidades para manejar casos que van desde consultas externas de atención primaria hasta aquellos que necesitan ser derivados a centros de mayor complejidad.

Objetivo: Destacar la relevancia del periodo de internado en el desarrollo tanto profesional como personal.

Materiales y métodos: Los participantes fueron individuos que visitaban el Hospital María Auxiliadora. Los casos mostrados fueron 8 en total, 2 casos por cada rotación.

Conclusiones: El internado es la fase más crucial de la carrera de medicina humana, se ha garantizado que las cuatro rotaciones hayan proporcionado las diversas enseñanzas, destrezas y habilidades para convertirnos en buenos futuros médicos del Perú.

Palabras clave: Internado médico, Ginecología-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Cirugía general.

ABSTRACT

The final and most crucial period of the university training of a future doctor is the medical internship. However, due to the COVID-19 pandemic, the previous years were carried out virtually, without being able to fully practice in hospitals until the start of the internship. This put us at a disadvantage compared to other promotions. For this reason, the internship was divided into two parts: the first half in a hospital and the second in a health center. This allowed us to acquire skills to manage cases ranging from primary care outpatient consultations to those that need to be referred to more complex centers.

Objective: Highlight the relevance of the internship period in both professional and personal development.

Materials and methods: The participants were individuals who visited the María Auxiliadora Hospital. The cases shown were 8 in total, 2 cases for each rotation.

Conclusions: The internship is the most crucial phase of the human medicine career, it has been guaranteed that the four rotations have provided the various teachings, skills, and abilities to become good future doctors of Peru.

Keywords: Medical internship, Obstetric gynecology, Medicine, Pediatrics, General surgery,

NOMBRE DEL TRABAJO

TRABAJO DE SUFICIENCIA
PROFESIONAL DEL INTERNADO EN
EL HOSPITAL MA RIA AUXILIADORA
ABRIL 2023-ENERO 2

AUTOR

FRANCESCA NICOLLE BARRETO
CAND

RECUENTO DE
PALABRAS

7602 Words

RECUENTO DE CARACTERES

43389 Characters

RECUENTO DE
PÁGINAS

43 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

231.3KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 4, 2024 12:21 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 4, 2024 12:22 PM GMT-5

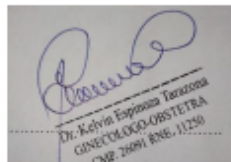
● 15% de similitud general

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

- 15% 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
- bibliográfico Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material
- Material citado



DNI: 06589092

<https://orcid.org/0000-0002-6702-773X>

INTRODUCCIÓN

Durante el tiempo en el que realicé mi internado médico, pude adquirir competencias y habilidades específicas que me ayudaron a desarrollarme como interna de medicina. Estas competencias y habilidades se detallan en los diferentes capítulos de mi informe de suficiencia profesional, el cual es necesario para obtener el título de médico cirujano. El informe abarco el periodo desde 1 abril de 2023 y finalizo el 31 enero del 2024.

Durante los primeros cinco meses del internado de medicina, estuve asignada al Hospital María Auxiliadora (HMA), un hospital de nivel III-I de atención ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores, que forma parte de DIRIS Lima Sur. Este hospital fue seleccionado por dividírnos por DIRIS a toda la promoción y basándose en el promedio general obtenido durante los primeros seis años. El HMA cuenta con los especialistas necesarios en las cuatro rotaciones principales: pediatría, ginecología-obstetricia, medicina interna y cirugía general, que son fundamentales para nuestra formación.

Además, cuenta con un laboratorio, depósito de sangre, farmacia de emergencias y de consultorio externo, área de hospitalización, área de cuidados intensivos, rayos X, ecógrafo y patología, todos vitales para el diagnóstico y manejo de las diversas patologías.

Antes de comenzar el internado, el hospital organizo una visita para que todos los futuros internos se familiarizaran con las instalaciones y tuvieran la oportunidad de conocer los jefes de servicios de cada área, médicos asistentes y residentes. En los días siguientes se llevó a cabo la forma adecuada para presentar a los pacientes en cada pase de visita , además de que cada residente y medico asistente dieron una breve introducción general en cada uno de los servicios y detallaron las funciones del interno tales como el llenado de las historias clínica, evoluciones, recetas, interconsultas, procedimientos, teleconsultas,y transporte por medio de la ambulancia

asimismo de las normas generales de comportamiento tales como la puntualidad, compañerismo, tener buena actitud, aprender a escuchar y valorar las oportunidades que nos brindan los médicos asistentes y residentes de acuerdo a nuestro esfuerzo.

Durante el internado, recibí apoyo, observaciones y recomendaciones tanto de los médicos asistentes, enfermeras, técnicos de farmacia, personal administrativo y otros profesionales de la salud tales como nutrición, farmacia, odontólogos, entre otros, lo que creo un ambiente favorable y agradable para trabajar de manera segura. Siendo el Hospital María Auxiliadora el más antiguo a nivel de Lima Sur con más de dos millones de habitantes, en el cual tuve la oportunidad de enfrentar una gran variedad de patologías en el área de emergencias, en el centro de hospitalización y también en el centro quirúrgico.

En mi informe de suficiencia profesional, presento dos casos representativos de cada rotación: ginecología-obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general. Estos casos me permitirán aplicar para obtener el título de médico cirujano y también para postular a un puesto en el SERUMS (Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud)

CAPITULO 1: TRAYECTORIA PROFESIONAL

ROTACION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Caso clínico n°1

Anamnesis

Paciente mujer de 41 años quien ingresa a emergencias de ginecología y obstetricia, proveniente del distrito de San Juan de Miraflores, acude con referencia del P.S Mateo Pumacahua con diagnóstico de mioma uterino y anemia severa con hemoglobina de 6.5 g/dl, dentro de la entrevista refiere escaso sangrado vaginal. Niega síntoma de síndrome anémico. Funciones biológicas conservadas.

Antecedentes

Gineco obstétricos: Menarquia 14 años, RC: 3/28, IRS:18 años, NPS: 1, FUR: 20-09-23, MAC: Niega, PAP: Octubre 2023 (Normal) , G2P2002

Patológicos: Niega

Quirúrgicos: Niega

RAMS: Niega

Familiares: Madre hipertensa

Examen físico

Signos vitales: P.A: 100/70 mmHg , F.C: 88 lpm , F.R: 17 rpm, T° 36.5°C, SatO2: 99%

Piel: Tibia, elástico, hidratada, llenado capilar <2 segundos, palidez ++

Abdomen: blando, depresible, no doloroso, se palpa masa por debajo de 4 cm del canal uterino

Especuloscopia: cérvix cerrado, no sangrado vaginal

Tacto vaginal: Útero +-14 cm, cérvix cerrado, no doloroso a la palpación

Impresión diagnóstica

- Miomatosis uterina
- d/c anemia crónica

Plan de trabajo

- Dieta completa + líquidos a voluntad
- CFV +OSA
- NaCl 0.9% 1000cc
- Cruzar y transfundir 2 paquetes en piso

- I/C con cardiología para prequirurgico
- Sube a III piso de hospitalización de ginecología-obstetricia
- Completar prequirúrgicos
- Solicitar hemograma y grupo factor
- Solicitar examen de orina, glucosa, urea, creatinina
- Solicitar eco tv

Caso clínico n°2

Anamnesis

Paciente de 29 años gestante 38 semanas por fecha de ultima regla que ingresa a emergencia por presentar una ecografía obstétrica doppler con diagnóstico de gestación única activa 33 semanas 04 días +/- 21 días por bienestar fetal, inicio de redistribución de flujo y oligohidramnios moderado-severo con ILA :40 mm y refiere disminución de movimientos fetales, niega sangrado vaginal, niega perdida de líquido y signos de preeclampsia.

Antecedentes

Obstétricos: Menarquia: 12 años, RC: 2/28, IRS: 22 años, NPS: 1, MAC: Ninguno, G1P0000, FUR: 28-05-23, FPP: 04-03-24

Patológicos: Niega

Quirúrgicos: Craneotomía a los 5 años de edad por TEC grave por accidente.

Familiares: Niega

Examen físico

P.A: 110/75 mmHg, F.C: 76 lpm, FR: 17 rpm, T°: 37°C, SatO2: 99%

AREG, AREH, AREN

Abdomen: AU: 31 cm, LCF: 153, DU (-), MF: ++

TV: Cérvix post cerrado, AP: -3-4, no se evidencia sangrado vaginal, ni perdida de líquido.

Pelvis: Ginecoide

Impresión diagnostica

Primigesta 38 semanas por FUR, 40 por eco II T

-NLP

-Talla corta

-Oligohidramnios severo por ecografía

- No condición de inducción
- Perdida de bienestar fetal

Plan de trabajo

- Hemograma y Grupo y factor
- NST

ROTACION DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA

Caso clínico n°3

Anamnesis

Paciente varón de 7 meses, procedente de San Juan de Miraflores, acude a emergencias con un tiempo de enfermedad de 6 días de inicio insidioso y curso progresivo caracterizado por rinorrea, sensación de alza térmica de 38.7 por lo cual administró 20 gotas de paracetamol. Hace 4 días presenta tos de mayor intensidad, “silbido de pecho” y polipnea, por lo cual acude a consultorio particular donde es diagnosticado de bronquiolitis y se le indica tratamiento con salbutamol inhalado 2 puff cada 30 minutos cada 2 horas y cada 4 horas, nebulizaciones con suero fisiológico cada 6 horas, dexametasona 2 ml cada 12 horas y paracetamol condicional a fiebre. Paciente se adhiere a tratamiento hasta 2 horas antes de ingreso en que nota mayor polipnea y pausa respiratoria de aproximadamente 15 segundos. Funciones biológicas: apetito disminuido, sed y orina conservada, sueño y animo disminuido, deposiciones conversadas.

Antecedentes

Patológicos: niega alergias, niega otras patologías. Niega antecedentes quirúrgicos.

Familiares: Madre asmática y Padre rinitis alérgica

Neonatólogicos: G1P1001. Recién nacido a término. Peso de nacimiento: 3268 g.

Madre indica que tiene todas las vacunas necesarias.

Examen físico

FC:144 lpm, FR: 39, temperatura:36.6° C, peso:9.4 kg, talla:78 cm y SatO2:92-93%

General: Despierto, ligeramente quejumbroso. No ventila espontáneamente con

distrés respiratorio.

Tórax y pulmón: Tirajes subcostal marcado, tórax simétrico. Murmullo vesicular pasa disminuido en ambos campos pulmonares. Se ausculta subcrepitos y sibilantes predominios de ápices bilateral.

Restos de sistemas y órganos sin alteraciones

Impresión diagnostica

Síndrome obstructivo bronquial: Bronquiolitis

Lactante menor

Plan de trabajo:

Nebulización con salbutamol I Ciclo

Limpieza de fosas nasales

Solicitar hemograma

Solicitar Rx torax

Reevaluar con resultados.

Caso clínico nº4

Anamnesis

Lactante menor de sexo femenino de 2 meses que es triado por la madre, acude por ser referida del CMI Barreto con un tiempo de enfermedad de 3 días determinado por erupciones cutáneas tipo vesículas pruriginosas con distribución cabeza incluido en el rostro y extremidades superiores e inferiores. Hace 1 días aumento la cantidad de las erupciones a todo el cuerpo. Hoy agrega sensación de alza térmica de 38°C. Madre refiere que le dio paracetamol 10 gotas y clorfenamina 1 ml. Funciones biológicas: apetito conservado, sed y orinas conservadas, deposiciones conversadas y sueño disminuido.

Antecedentes

Patológicos: Niega

Familiares: Niega. No refiere contacto de varicela.

Neonatólogicas: G2P2002 Recién nacido a término. Peso de nacimiento: 3200 g

Madre indica que tiene vacunas excepto la de neumococo.

Examen físico

FC:182 lpm, FR: 42 rpm, Temperatura: 38.5°C, SatO2:98 % Peso: 5.500k, talla:50 cm

General: AREG, AREH, AREN

Piel: Tibia, hidratada y elástica, con llenado capilar <2 seg, lesiones vesiculares en rostro, tórax, miembros superiores e inferiores, cuero cabelludo asociado a lesiones costrosas en región de la frente. No signos de flogosis.

Genitourinario: Exantema en región inguinal.

Resto de órganos y sistemas sin alteración.

Impresión diagnóstica

Varicela

Lactante menor

Plan de trabajo

Paracetamol 75 mg: 15 gotas en caso de fiebre T>38°C

Se hospitaliza en aislamiento

Lactancia materna exclusiva

Control de funciones vitales

Solicitar hemograma

Solicitar interconsulta con dermatología pediátrica

ROTACION DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico N°5

Anamnesis

Paciente femenino de 88 años con antecedente de Alzheimer y estar postrada desde hace 6 meses acude a emergencias con tiempo de enfermedad de 3 semanas determinado por heridas en espalda, muslo y nalgas de lado derecho que aumentaron de tamaño.

Antecedentes

Patológicos: Alzheimer desde hace 10 años, no refieren tratamiento.

Postrada hace 6 meses por accidente de tránsito.

Familiares: Niega

Examen físico:

Funciones vitales: FC:72 lpm, FR:20 rpm, PA:90/60 T°:36.5 SatO2: 96%

General: AREG, AREH, AREN, en posición viciosa con cánula binasal a 4 litros.

Piel: Fría, elástica, parcialmente hidratada, seca, úlceras múltiples en sacro, trocantéreas, escapular.

TCSC: Edemas en miembros inferiores, miembros superiores y región escapular.

Ojos: Secreción serosa en ambos ojos

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa lentamente disminuido en bases. No ruidos agregados.

Genitourinario: PPL (+/-)

Locomotor: Dolor a la movilización activa de miembros inferiores y superiores.

Neurológico: Paciente somnolienta, no responde a ordenes simples, aparenta focalización izquierda, no signos meníngeos. Glasgow: 9/15.

Exámenes auxiliares:

Examen completo de orina:

Leucocitos: 80-90 por campo

Células epiteliales: escasas por campo

Gérmenes: 2+

Hemograma:

Leucocitos: $10.86 \times 10^3/\text{ul}$

Hemoglobina: 9.6 g/dl

Hematocrito: 26%

Plaquetas: 15.3%

Neutrófilos abastionados: 0%

Neutrófilos segmentados 88%

Linfocitos: 7%

Bioquímica:

Urea: 55 mg/dl

Glucosa: 103 mg/dl

Creatinina 0.41 mg/dl

Albumina: 1.6 g/dl

Impresión diagnóstica:

- Infección del tracto urinario no complicado
- Encefalopatía multifactorial: Estructural
- Úlceras por presión múltiples
- Postrada crónica
- Síndrome edematoso
- Hipoalbuminemia severa
- Anemia moderada Normocítica- Normocrómica

Plan de trabajo

- Dieta blanda hiperproteico proteínas 1.5 g/kcal + modulo proteico 30 cc cada 12 horas a tolerancia asistida.
- NaCl 0.9% 1000
- Ceftriaxona 2 g EV cada 24 horas
- Tramadol 50 mg
- Dimenhidrinato 50 mg
- NaCl 0.9% 100cc
- Paracetamol 500 mg 2 tabletas via oral condicional a T° >38.5
- Movilización cada 2 horas
- Colchón neumático
- O2 para saturación >92%
- CFV +BHE
- Curaciones diarias

Caso clínico N°6

Anamnesis:

Paciente de sexo femenino de 54 años con un tiempo de enfermedad de 1 día con forma de inicio insidioso con curso progresivo donde refiere dolor en hemiabdomen superior irradiado a espalda en cinturón tipo cólico de una intensidad 10/10, asociado a náuseas y vómitos de aproximadamente 5 cámaras.

Niega sensación de alza térmica.

Antecedentes:

Patológicos: Gastritis hace 12 años con tratamiento con Omeprazol.

Quirúrgicos: Cirugía de meniscos Hace 11 años

Familiares: Padre fallecido de cáncer de colon, Madre con diabetes mellitus.

RAMS: Niega

Examen físico:

Funciones vitales: FC:89 lpm, FR:20 rpm, PA: 120/70 mmHg, T°: 36.7°C, SatO2: 97%

General: AREG, AREH, AREN.

Abdomen: No distendido, blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio.

Resto de órganos y sistemas sin alteraciones

Exámenes auxiliares:

Amilasa: 1942 U/l

Lipasa:3509 U/l

Bilirrubina total: 2.91 mg/dl

Bilirrubina directa: 2.44 mg/dl

TGO: 577 U/l

TGP: 444 U/l

Fosfatasa alcalina: 298 U/l

Hemograma

Leucocitos: $9.70 \times 10^3/\text{ul}$

Hemoglobina: 12.8 g/dl

Plaquetas: $311 \times 10^3/\text{ul}$

Ecografía abdominal:

- Leve dilatación de vía biliar intrahepática colédoco hasta 7 mm sin lograr definirse obstrucción distal por este método de diagnóstico.
- Litiasis vesicular
- Hepatopatía difusa esteatósica
- Meteorismo intestinal incrementado

Impresión diagnóstica:

Síndrome doloroso abdominal: Pancreatitis aguda etiología biliar Balthazar B
Colelitiasis

Plan de trabajo:

- NPO
- NaCl 0.9% 1000cc I-II-III
- Tramadol 50 mg
- Dimenhidrinato 50 mg EV cada 8 horas
- ClNa 0.9% 100cc
- Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas
- Glicemia capilar cada 8 horas
- Se hospitalizo
- CFV + BHE

ROTACION CIRUGÍA GENERAL

Caso clínico N°7

Anamnesis:

Paciente de sexo masculino de 26 años, nacido en Lima, precedente de San Juan de Miraflores llega a emergencias con un tiempo de enfermedad de 16 horas de inicio insidioso y de curso progresivo característico por dolor abdominal tipo sordo en hemiabdomen superior de leve intensidad que no calma con analgésicos aumentando progresivamente, migrando al cuadrante inferior derecho de tipo opresivo asociado a náuseas sin vómitos, hiporexia, deposiciones líquidas y sensación de alza térmica. Por la persistencia de síntomas, acude a emergencias. Funciones biológicas: apetito disminuido, sed aumentada, sueño y orina conservadas, deposiciones líquidas.

Antecedentes:

Personales: Niega

Quirúrgicos: Niega

RAMS: Niega

Familiares: Niega

Examen físico:

Funciones vitales: FC:88 lpm FR:17 rpm PA: 114/68 T°:38.7°C SatO₂: 98%

Peso: 72 kg Talla:1.65 m. IMC:26.4 kg/m²

Piel: Tibia, elástico, hidratado llenado capilar <2 segundos

Cabeza y cuello: Normocéfalo, no deformidad ni adenopatías

Abdomen: No distendido, RHA disminuidos, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en cuadrante inferior derecho. Resistencia muscular involuntaria (+/-). Rebote (+)

Resto de órganos y sistemas sin alteraciones

Exámenes auxiliares

Hemograma:

Leucocitos: 14770/ mm³

Plaquetas: 273600/ mm³

Segmentados: 74%

Abastionados: 9%

Glucosa: 106 mg/dl

Urea:21 mg/dl

Creatinina: 0.85 mg/dl

Perfil hepático:

Bilirrubinas totales: 0.27 mg/dl

Bilirrubinas indirectas: 0.31 mg/dl

Impresión diagnóstica:

Abdomen agudo quirúrgico Inflamatorio: Apendicitis Aguda

Sobrepeso

Plan de trabajo:

NPO

NaCl 0.9% EV

Ceftriaxona 2g EV cada 24 horas

Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas

Ranitidina 500 mg EV cada 8 horas

Preparación preoperatoria

Cirugía programada: Apendicectomía laparoscópica

Hallazgos

- Apéndice cecal necrosada en toda su extensión.
- Base y ciego sin alteraciones
- Escasa secreción inflamatoria

Caso clínico N°8

Anamnesis:

Paciente varón de 62 años, proveniente de San Juan de Miraflores, albañil de profesión, acude a consulta con un tiempo de enfermedad de 9 años de inicio insidioso curso progresivo característico por la presencia de una masa en la región del epigastrio y otro en la región umbilical. Refiere que hace 2 años ha incrementado de tamaño provocando dolor y que reduce con facilidad a la digitopresión, motivo por el cual acude al consultorio. Funciones biológicas normales.

Antecedentes:

Personales: Niega

Quirúrgicos: Niega

RAMS: Niega

Familiares: Niega

Examen físico:

Apreciación general: AREG, AREN, AREH

Funciones vitales estables.

Peso: 60 kg. Talla: 1.64 m. IMC: kg/m².

Abdomen: No distendido, RHA (+), blando, depresible, presencia de masa en región del epigastrio de 4 cm x 4 cm, bordes regulares, reductible y no doloroso a la digitopresión con anillo 1 cm y en región umbilical se palpa anillo 1 cm

Resto de órganos y sistemas sin alteraciones.

Impresión diagnóstica:

Hernia umbilical

Hernia epigástrica

Plan de trabajo:

Solicitar exámenes prequirúrgicos para programar cirugía

Aclarar signos de alarma y recurrir a emergencias si tiene dolor en la zona de la masa que no se reduce asociada a náuseas y vómitos.

Se programa para cirugía electiva

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El Hospital Maria Auxiliadora (HMA), la cual se inauguró en el año 1977, es un hospital con la categoría de establecimiento nivel III-1, que está ubicado al sur de la Provincia de Lima, en el departamento de Lima, distrito de San Juan de Miraflores, en la Av. Miguel Iglesias N° 968 y su superficie territorial de 354 m² (1)

El Hospital María Auxiliadora es el único hospital de tercer nivel que debe ofrecer atención especializada de alta calidad a los pacientes derivados tanto de su área de influencia incluido Barranco, Chorrillos, Surco y San Juan de Miraflores como de otros hospitales en todo el país. Comenzó a funcionar en 1984, brindando servicios en las cuatro áreas fundamentales (Medicina, Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstetricia) con un número equivalente de consultorios para cada una. Sus servicios asistenciales se dividen en tres categorías: consultas externas, hospitalización y atención de emergencias. En primer lugar en el departamento de Medicina dentro de las especialidades tenemos a Medicina Interna, Neumología, Cardiología, Gastroenterología, Neurología, Reumatología, Endocrinología, Medicina Física y rehabilitación, Nefrología, Psiquiatría, Dermatología, Programa SIDA; en segundo lugar en el departamento de Cirugía dentro de las especialidades tenemos a Neurocirugía, Cabeza y cuello, Cirugía general, Cirugía plástica, Cirugía de Tórax, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología y Urología; en tercer lugar en el departamento de Pediatría y Neonatología y por último el departamento de gineco-obstetricia dentro de sus servicios tenemos a Ginecología, Obstetricia, Gineco-obstetricia patológica, Infertilidad, Planificación familiar, Materno perinatal, Oncología ginecológica y detección de cáncer de cérvix. Además, servicio de apoyo como Programa de crecimiento y desarrollo (CRED), inmunizaciones, cirugía buco maxilo-facial, psicología, odontología y servicio social. (1)

Además, para facilitar el diagnóstico, el hospital cuenta con un laboratorio clínico que realiza análisis básicos como pruebas de sangre, análisis de orina, examen de heces y anatomopatología. También ofrece servicios de imágenes de apoyo como radiografías, ecografías y tomografías. En cuanto a exámenes especializados, se realizan electrocardiogramas, ecocardiogramas, electroencefalogramas, endoscopias y colonoscopias, entre otros. Además, dispone de una farmacia que está abierta las 24 horas. Hay cuatro salas de operaciones, priorizando emergencias como apendicitis y cesáreas, además de cirugías programadas en áreas como cirugía general, traumatología, ginecología entre otros. La unidad de ginecología-obstetricia tiene su propia área de emergencia con salas de dilatación, parto y recuperación inmediata, así como equipos de ecografía y monitoreo fetal. También hay unidades de trauma shock, cuidados intermedios e intensivos neonatales, cada una con camas asignadas. El papel del interno de medicina incluye apoyar en tareas asistenciales y administrativas, observar la atención médica especializada para luego colaborar en la atención al paciente, mantener registros clínicos, presentar casos en reuniones médicas, realizar exámenes de laboratorio e imágenes, y comunicar resultados y evolución al equipo médico. Durante su rotación en hospitalización o emergencia, el interno puede llevar a cabo procedimientos bajo supervisión, como la toma de muestras de gases arteriales, curaciones, suturas, colocación de sondas, yesos y vendajes, retirada de puntos, aspiración endouterina, y asistencia en partos normales, entre otros, siempre después de recibir el entrenamiento adecuado.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de ginecología

CASO CLINICO N°1

Dado que se trata de una Hemorragia Uterina Anormal (HUA), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) nos aconseja investigar las causas más comunes, que se dividen en problemas estructurales y trastornos médicos subyacentes. Los problemas estructurales pueden evaluarse mediante el método PALM, mientras que los trastornos subyacentes se pueden evaluar mediante el método COIN. Dada la clínica y los factores de riesgo de nuestra paciente, se sospecha la presencia de un mioma uterino, por lo que se solicitan pruebas de laboratorio junto con una ecografía transvaginal. (2)

Exámenes de laboratorio:

Leuco: $7.12 \times 10^3/\text{ul}$, Abastionados: 0% Hemoglobina: 6.2 g/dl, Hemotocrito: 21 %,
Plaquetas: $543 \times 10^3/\text{ul}$

Glucosa: 91 mg/dl, Urea: 18 mg/dl, Creatinina: 0.37 mg/dl

Tiempo de protrombina: 14.90 seg, INR: 1.11, Fibrinogeno: 285 mg/dl, Tiempo de trombina: 15.90 seg, Tiempo parcial de tromboplastina: 35.50 seg.

Grupo y factor: O positivo

Uroanálisis: Sin alteraciones

La paciente refiere tener una ecografía transvaginal desde hace 4 meses que se realizó de forma particular con lo siguiente: Vejiga: Vacua, Útero: Posición anteversoflexo, Medidas L: 11.9mm, AP: 82.9 mm, T: 62.4 mm. Miometrio: Mioma 1: Submucoso de 39.5 mm x 28.0 mm x 55.0 mm ubicado a nivel de cuerpo uterino. Mioma 2: Subseroso de 36.3 mm x 34.9 mm x 28.7 mm ubicado en fondo uterino en

cara anterior. Endometrio: De 3.9 mm de grosor. Cavity: No ocupada. Cérvix: Ecotextura normal.

Anexos: Ovario derecho: Mide 31.2 mm x 14.5 mm x 17.5 mm. Volumen: 4.1 cc. Estroma normal.

Ovario izquierdo: Mide 33.9 mm x 22.4 mm x 22.2 mm. Volumen 8.8 cc. Con presencia de un folículo mayor de 15.8 mm. Estroma normal.

Trompas uterinas: No visibles

Fondo de saco de Douglas: libre

En conclusión: Miomatosis uterina y ovarios ecográficamente normales.

Diagnóstico definitivo

HUA por mioma uterino

Anemia severa

Evolución:

La paciente subió al tercer piso, para cruzar y transfundir 2 paquetes globulares y completar prequirúrgicos. Luego se solicitó una Hb-Hto post transfusión en el cual el resultado era Hb: 8.9 g/dl, Hto: 27% , y a través de la eco tv del hospital tuvo una impresión diagnóstica de miomatosis uterina (2 miomas submucosos y 1 mioma subseroso) y pólipo endometrial por lo que correspondería ingresar a sala de operaciones con un riesgo quirúrgico de I/IV con la sugerencia de optimizar la hemoglobina por lo que se cruzó 1 paquete globular volviendo a tomar muestras después de la transfusión con resultados de hemoglobina 10.4 g/dl y hematocrito 32% para programarla a la cirugía denominada Histerectomía abdominal subtotal + Salpinguectomía bilateral+ ooforectomía izquierda cuyo objetivo consiste en extracción total del útero y trompas con un tiempo operatorio de 1 hora con 20 minutos, sangrado de 100 cc y dentro de los hallazgos se tuvo lo siguiente: útero +- 14 cm, mioma submucoso con mioma subseroso en cuerno derecho de 7x6 cm, trompas sin alteración, ovario izquierdo con folículo sangrante. Después de 48 horas de la operación la operación tuvo una evolución favorable, afebril, sin ninguna molestia con una Hb control en 9.3 g/dl y es dada de alta con las siguientes

indicaciones:

- Ibuprofeno 400 mg vo cada 8 horas por 3 días
- Sulfato ferroso 300 mg vo cada 24 h por 30 días
- Control por consultorio externo

CASO CLINICO N°2

El oligohidramnios se caracteriza por la presencia de una cantidad anormalmente baja de líquido amniótico. Esta condición ha sido vinculada con un aumento en la frecuencia de cesáreas y de inducciones del trabajo de parto, especialmente cuando está asociada con condiciones médicas como la hipertensión arterial, el retraso en el crecimiento intrauterino y la prolongación de los embarazos. (3). Tanto los hallazgos en la ecografía mostrada y la altura uterina se sospecha la presencia de oligohidramnios, por lo que se solicita exámenes complementarios para programar la cesárea.

Leucocitos: $6.85 \times 10^3/\text{ul}$, Hemoglobina: 12.4 g/dl, Hto: 34%, Plaquetas: $173 \times 10^3/\text{ul}$, Abastados: 0%.

Prueba rápida de serológicos: Todos negativos

Grupo y factor: O positivo

Test de Fisher: 1. Línea de base 2 puntos, variabilidad 0 puntos, aceleraciones /30 min 1 punto, desaceleraciones 2 puntos, actividad total movimiento fetal 2 puntos con un total de 7 /10 en estado fetal dudoso motivo por el cual la paciente tuvo que entrar a sala para una cesárea segmentaria transversal primaria con indicación de anestesiología de cruzar 1 paquete globular con un tiempo operatorio de 25 minutos con sangrado de 600 cc dentro de los hallazgos se tuvo a un recién nacido único varón con apgar de 9 al minuto y 9 a los 5 minutos, hora de nacimiento: 16:30, líquido amniótico claro de regular cantidad, placenta fúndica posterior, útero y anexos sin alteraciones.

Después de la operación se tomó una Hb-Hto control con resultado de Hb: 10.8 g/dl en el cual la paciente tuvo alta después de 3 días con indicaciones con los siguiente:

-Paracetamol 1 g vo cada 8 horas por 3 días

-Sulfato ferroso 300 mg vo cada 24 horas x 30 días

-Control por consultorio externo.

-El recién nacido vivo sano dado de alta junto a la madre en el cual tuvo un peso pequeño al nacer 2640 gr, talla 46 mm, perímetro cefálico 32.5 mm y perímetro torácico de 32 mm.

3.2 Rotación de pediatría

CASO CLINICO N°3

En el caso de pacientes con el síndrome bronquial obstructivo (SBO) se refiere a un conjunto de condiciones respiratorias en lactantes que comparten signos de obstrucción bronquial, como espiración prolongada y sibilancias. (4) Las causas pueden asociarse a infecciones virales, asma, entre otros. La bronquiolitis que es la infección respiratoria aguda más común que afecta a las vías respiratorias inferiores en bebés menores de 1 año caracterizada por primer episodio de sibilancias, disnea y pródromos catarrales, teniendo como agente etiológico al virus respiratorio sincitial en el cual su diagnóstico es exclusivamente clínico, justificado dentro de la anamnesis y examen físico. (5)

En este caso clínico, de acuerdo con el relato clínico y el examen físico se pudo solicitar radiografía evidenciando reforzamiento del trama bronco-vascular sin compromiso parénquimal, se obtuvo dentro los resultados de laboratorio se obtuvo Leuco: $10.00 \times 10^3/\text{ul}$, Abastionados: 0%, Segmentados: 36%, Linfocitos: 60%, Hb: 12 g/dl, Plaquetas: $643 \times 10^3/\text{ul}$. Durante su primer día de evolución el paciente no tuvo signos de hipoperfusión, continuo con signos de distrés respiratorio. Recibiendo apoyo oxigenatorio por cánula binasal a 3l (Fio02 0.28) y tratamiento con nebulizaciones con salbutamol y presenta una adecuada

lactancia materna. En su segunda evolución la madre refiere episodios de tos asociada a pausas respiratorias a predominio nocturno por lo que ante sospecha de síndrome coqueluchoide se decide iniciar cobertura antibiótica. En su tercer día de evolución el lactante tuvo disminución de tos con una saturación adecuada y retirándole el oxígeno en el cual fue dado de alta con las siguientes indicaciones:

-Dieta completa rica en hierro

-Azitromicina 2.5 ml cada 24 horas por 3 días

-Paracetamol 28 gotas si hay fiebre $T > 38^{\circ}\text{C}$

-Salbutamol 2 puff cada 3 horas por 4 días luego cada 6 horas por 2 días.

-Lavado de manos antes de comer

-Acudir a consultorio externo y completar vacunación.

-Regresar a la emergencia si presenta algún signo de alarma como fiebre elevada, ojos enrojecidos, manos y pies hinchados.

CASO CLINICO N°4

En el caso de pacientes con varicela expuesto en caso clínico, donde llega un lactante menor por erupciones cutáneas, la varicela es una enfermedad provocada por el virus varicela zoster. Es altamente contagiosa y ocurre con mucha frecuencia en niños. Por lo general, se presenta en brotes hacia finales del invierno y durante la primavera. En niños con un sistema inmunológico saludable, la varicela es generalmente leve y se resuelve por sí sola, por lo que solo se necesita tratamiento sintomático. (6)

El diagnóstico es fundamentalmente clínico de acuerdo con el exantema característico como se evidencio en el examen físico se obtuvo los resultados de laboratorio: Leucocitos $5.54 \cdot 10^3/\text{ul}$, Hb: 9.2 g/dl, Hto: 25%, Plaquetas: $253 \cdot 10^3/\text{ul}$, Abastionados: 0%, Segmentados: 24%, Linfocitos: 63%. Se realizo la interconsulta con dermatología donde sugirieron continuar con paracetamol, manejo sintomático y oxido de zinc 10% aplicar mañana y noche. Después de 4

días con evolución favorable y hemodinámicamente estable tuvo indicación de alta con lo siguiente:

-Lactancia materna exclusiva

- Paracetamol 100 ug/ml: 15 gotas si $T^{\circ} > 38^{\circ}C$

-Lavado de manos

-Control por consultorio de pediatría, completar vacunación y transferencia hacia dermatología y pediatría.

-Regresa ante cualquier signo de alarma como fiebre > 3 días, rechazo de la lactancia, entre otros.

3.3 Rotación de medicina interna

CASO CLINICO N°5

La infección del tracto urinario es la forma más común de enfermedad infecciosa en los adultos mayores. A menudo, esta infección no presenta síntomas; sin embargo, cuando los síntomas están presentes, generalmente se relacionan con un incremento en la morbilidad. Dentro de los factores de riesgo se hallan las infecciones urinarias previas, enfermedad cerebrovascular, Alzheimer, Diabetes Mellitus, etc. Dentro de la etiología más frecuente es Escherichia coli (7). Se confirmó el diagnóstico a través de un examen completo de orina con más de >10 leucocitos por campo dentro del tratamiento se utiliza antibiótico de amplio espectro como cefalosporina, carbapenems y nitrofurantoina.

El deterioro del sensorio es una razón frecuente para buscar atención médica en el campo de la Geriatría. Existen diversas causas de deterioro cognitivo y demencia, entre las más comunes se encuentran la demencia vascular y la Enfermedad de Alzheimer, aunque no se deben descartar las causas infecciosas, tanto en individuos con un sistema inmunológico sano como en aquellos con

compromiso inmunológico. (8) Dentro del diagnóstico se puede evidenciar un examen neurológico con una escala de Glasgow 9/15 y en el tratamiento brindar medicamentos solo para el Alzheimer como los inhibidores de la colinesterasa y cambiar estilos de vida como ejercicios de caminatas, dieta bajo en grasa y alto en frutas y verduras y estimulación cerebral.

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones en la piel y el tejido subyacente que surgen debido a una presión constante sobre la piel que cubre las prominencias óseas del cuerpo, como los talones, los tobillos, las caderas y el coxis. El riesgo de desarrollar estas úlceras es más alto en personas que permanecen acostadas en cama, usan sillas de ruedas o tienen dificultades para cambiar de posición. Las |tienen una especificidad superior al 60%. Entre las pruebas de laboratorio fundamentales se encuentran el hemograma, la coagulación, la VSG y bioquímica. En términos generales, se considera que las úlceras de grado I y II pueden tratarse clínicamente, mientras que las de grado III y IV requerirán tratamiento quirúrgico. (9) Este punto guarda relación con el trastorno edematoso de acuerdo con la disminución de la presión oncótica a través de la hipoalbuminemia de acuerdo con que los adultos mayores que tienen niveles bajos de albúmina en sangre, anemia o bajos recuentos de linfocitos tienen un mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión severas, las cuales pueden tener un impacto significativo en su calidad de vida. (10)

En conclusión, la paciente se realizó un urocultivo con resultado positivo >100,000 ufc/mL con microorganismo aislado escherichia coli ,BLEE negativo tuvo tratamiento para la infección urinaria con ceftriaxona 2 gramos endovenoso cada 24 horas, y por otro lado para las úlceras por presión se indicó analgésicos, movilización cada 2 horas, como interna la función encargada era de las curaciones diarias con sulfadiazina de plata o cada 48 horas con silvercare además de otros materiales como gasas, suero fisiológico, yodo povidona, esparadrapo y de bateas estériles.

CASO CLINICO N°6

La pancreatitis aguda es una inflamación del páncreas, una afección común en

nuestra población, con un alto impacto en la salud y la posibilidad de complicaciones graves debido a la lesión local, la respuesta inflamatoria en todo el cuerpo y el riesgo de falla orgánica. Las dos principales causas de Pancreatitis Aguda son los cálculos biliares y el consumo de alcohol. Para diagnosticarla, se requieren al menos dos de los siguientes tres criterios: dolor abdominal en forma de cinturón, niveles elevados de amilasa y/o lipasa en suero, más de tres veces de los valores normales, y hallazgos típicos de pancreatitis aguda en las pruebas de imagen abdominal. Se han desarrollado diferentes escalas de severidad para clasificarla adecuadamente e identificar sus complicaciones, las cuales han mejorado con el tiempo. (11)

En este caso la paciente tenía toda sintomatología y a través de la ecografía abdominal se determinó su etiología de la pancreatitis y además se halló una colangioresonancia magnética mencionando un edema marginal a nivel del colédoco distal que podría corresponder a probable odditis por cuadro post expulsivo litiásico siendo no necesario CPRE y dado de alta con analgésicos y recibiendo una transferencia por consultorio externo al servicio de cirugía general y gastroenterología.

3.4 Rotación de cirugía general

CASO CLINICO N°7

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de emergencia quirúrgica abdominal a nivel global. Aunque puede afectar a cualquier edad, se observa con mayor frecuencia en individuos entre los 20 y 30 años. El síntoma principal es el dolor abdominal, que suele empezar de forma difusa y luego se localiza e intensifica en el cuadrante inferior derecho del abdomen. Además del dolor, otros síntomas típicos son la pérdida de apetito, las náuseas, los vómitos y la fiebre (12). El examen físico detallado en pacientes sospechosos de padecer apendicitis adquiere mayor relevancia que la historia del dolor, que en muchas ocasiones puede ser subjetiva y no proporcionar información precisa. La escala de Alvarado (AS) (Anexo 1) asigna puntajes a síntomas, signos y hallazgos anormales en estudios de laboratorio en pacientes con sospecha de apendicitis aguda. (13). Por la clínica del paciente y exámenes de laboratorio, dando la escala de Alvarado 9 puntos es indicativo para el paciente ingresar a sala de operaciones, en el cual se realizó una apendicetomía laparoscópica con un tiempo operatorio de 30 minutos ,terminando la operación pasa a recuperación y posteriormente a hospitalización donde evoluciono de manera favorable iniciando vía oral en el PO1 y manteniendo antibioticoterapia ante la buena evolución del paciente le indicaron alta a las 48 horas con las siguientes indicaciones:

- Dieta blanda y líquidos a voluntad
- Paracetamol 500 mg 1 tableta a las 8am/2pm/10pm por 3 días
- Cefuroxima 500 mg 1 tableta a las 8am/2pm/10pm por 5 días
- Metronidazol 500 mg 1 tableta a las 8am/2pm/10pm por 5 días
- Cuidados en casa: Alimentación habitual sin irritante, no cargar peso, lavar la herida con agua y jabón todos los días sin colocar ni cremas u otra sustancia, retiro de puntos en 7días en su puesto de salud más cercano y control por consultorio externo de cirugía general.

CASO CLINICO N°8

Una hernia se define como la protrusión de un órgano o tejido a través de una debilidad o anormal en las estructuras de soporte o en la capa que lo rodea. Puede

ser causada por cirugías previas u otras condiciones. Las hernias se clasifican según su ubicación anatómica, como inguinal, femoral, umbilical, epigástrica, entre otros. La mayoría de las hernias son asintomáticas y a menudo son descubiertas por otras personas en lugar de por el propio paciente. La hernia epigástrica se trata de la protrusión inusual de la grasa preperitoneal a través de una debilidad o defecto congénito en el tejido que conecta los músculos rectos del abdomen por otro lado las hernias umbilicales son más común en mujeres adultas y se adquiere, no está asociada con la hernia umbilical infantil. Los principales factores de riesgo para su desarrollo incluyen la obesidad, múltiples embarazos y la presencia de ascitis, que no solo aumenta el riesgo de desarrollarla, sino que también agrava la situación y se pueden detectar fácilmente mediante examen físico, donde típicamente se observa el saco herniario y su contenido, que aumenta de tamaño y produce una sensación palpable cuando el paciente realiza esfuerzos como toser. (14) Dentro de los exámenes de laboratorio:

Bioquímica

Creatinina: 0.40mg/dl

Glucosa: 90 mg/dl

Urea: 17 mg/dl

Hemograma: Leuco: $8.50 \times 10^3/\text{ul}$, Hb: 12g/dl, Hto:33%, Plaquetas $350 \times 10^3/\text{ul}$, Abastonado :0%

Grupo y factor: O+

Serológicos: negativos

Uroanálisis: Células epiteliales regulares por campo, leucocitos 1-2 por campos, hematíes 0-1 por campos, cilindros, cristales y levadura no se observan.

En este caso clínico el paciente ingresa por consultorio externo previo al día de la cirugía electiva, ingresa a sala manteniendo un NPO de 8 horas y se administra antibiótico profilaxis con cefazolina 2g EV 30 minutos antes de realizar la incisión y ranitidina 500mg endovenoso. De acuerdo con el tratamiento la cirugía planteada fue una herniorrafia umbilical + hernioplastia epigástrica preperitoneal con los siguientes hallazgos hernia epigástrica: saco herniario de 4x3 cm, conteniendo epiplón y defecto herniario epigástrico de 2 cm, adyacente al cual se evidencia defecto herniario de 1 cm conteniendo grasa preperitoneal. Terminando la operación lo pasan a

recuperación y durante su evolución post operatoria del día 1 el paciente tolera bien la dieta no tiene ningún tipo de interurrencias, la herida operatoria no hay signos de flogosis y no doloroso motivo por el cual se indica alta con las siguientes indicaciones:

-Paracetamol 500 mg 1 tableta a las 8am/2pm/10pm por 3 días

-Ibuprofeno 400 mg 1 tableta a las 8am/2pm/10pm por 3 días

-Cuidados en casa: Alimentación habitual sin irritante, no cargar peso, lavar la herida con agua y jabón todos los días sin colocar ni cremas u otra sustancia, retiro de puntos en 7 días en su puesto de salud más cercano y control por consultorio externo de cirugía general.

CAPITULO IV: REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA

El internado medico en el Hospital María Auxiliadora supero mis expectativas. Aunque la pandemia limito por completo las prácticas de pre-internado en el hospital, la cantidad de pacientes que acudían eran de diversos distritos de la Zona Sur y abundante. Esto fue una de las desventajas de la promoción, pero se compenso tanto en cantidad como en calidad. El personal de salud del hospital está comprometido con la atención del paciente lo cual se ve reflejado en la recuperación de los pacientes hospitalización. Durante esta etapa se llevan a cabo las cuatro principales rotaciones que son ginecología, pediatría, medicina interna y cirugía general. Cada rotación tuvo una duración de 1 mes con 1 semana en cual rotamos por diversos servicios tales como emergencias, hospitalización y UCI.

La primera rotación que se empezó fue la de ginecología y obstetricia en el cual, en la sala de emergencia, hubo numerosos casos de partos, tanto eutócicos como por cesárea, llegando a tener entre 3-4 casos por días. Para la atención de partos eutócicos, el interno de medicina se turnaba con las internas de obstetricia siempre bajo la observación de los médicos que nos orientaban. Además de los partos, también tratamos casos de hemorragia uterina anormal, quiste de Bartolino, aborto, amenaza de aborto, embarazo ectópico, preeclampsia, entre otros.

En la segunda rotación fue el servicio de pediatría, donde hubo una gran demanda en emergencias y se trataron casos de diferentes enfermedades como convulsiones febriles, crisis asmáticas, enfermedades diarreicas agudas con y sin deshidratación, infección del tracto urinario, otitis media aguda, urticaria, entre otros. Además, también se roto por el área de neonatología por el área de alojamiento conjunto, unidad de cuidados intermedios y manejo de pacientes críticos en las unidades de cuidados intensivos neonatales.

En la tercera rotación se continuo con medicina interna fue la que tuvo la mayor cantidad de pacientes, tanto en casos de emergencia como en hospitalización. Durante ese periodo se realizaron procedimientos de forma frecuente por parte del interno, como tomar las funciones vitales, tomar muestras de sangre para analizar los gases arteriales, colesterol, hemoglobina, uso del glucómetro en pacientes con antecedente de diabetes mellitus, curación de úlceras por presión, desimpactación fecal, colocación de catéter venoso central, entre otros. Estos procedimientos eran supervisados por los médicos asistentes o residentes.

En la cuarta rotación y ultima, se realizó en el servicio de cirugía general se clasificaba en emergencia y hospitalización, además se logró rotar por cirugía por especialidades tales como urología, traumatología, cirugía plástica y neurocirugía en las rotaciones se pudo hacer procedimiento curación de heridas, suturas, cambio y retiro de sonda vesical y colocación de yeso, bajo la observación de los médicos asistentes y residentes.

CONCLUSIONES

1. Durante el internado médico, que abarco desde 2023 hasta 2024, se aplicó de manera practica el conocimiento obtenido a lo largo de la carrera universitaria. Este periodo permitió consolidar dicho conocimiento mediante la realización de rotaciones y la constante compañía de los médicos asistentes y residentes quienes actúan como mentores, donde no solo se aplicaron habilidades de diagnóstico y tratamiento, sino también se identificaron factores de riesgo y se fortaleció la relación médico-paciente.
2. A diferencia de realizar el internado en un centro de primer nivel de atención, hacerlo en un hospital ofrece mayores beneficios, como la presencia de especialistas de cada área, lo cual asegura una formación adecuada para cada interno. Además, la llegada de pacientes y la variedad de patologías en cada rotación brindan una enseñanza más diversa.

RECOMENDACIONES

- Es necesario establecer un internado con un horario que existía antes de la pandemia, con el fin de garantizar una formación adecuado para todos los internos y lograr una mayor participación de ellos en los procedimientos, enfocándose menos en trámites.
- Es fundamental mejorar la infraestructura para emergencias, como contar con medicamento y camillas para los pacientes y disponer de materiales de uso urgente, tales como gasas, hilos de suturas y guantes quirúrgicos.
- Es importante respaldar al interno para brindarle todas las facilidades necesarias, como la provisión de equipos de protección personal, y así garantizar un internado digno.

BIBLIOGRAFIA

1. Reseña histórica del Hospital de Apoyo Departamental María Auxiliadora [Internet]. [citado 19 de febrero de 2024]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/342346/Rese%C3%B1a_hist%C3%B3rica_del_Hospital_de_Apoyo_Departamental_Mar%C3%ADa_Auxiliadora_2019_0716-19467-dw7euh.pdf
2. Gob.pe. [citado el 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1310127/RESOLUCION%20DIRECTORAL%20N%C2%B0054-2020-DG-INMP/MINSA.pdf>
3. Sante-Farfán G, Silva-Rado E. Oligohidramnios en el Hospital Regional Hipólito Unanue, Tacna 2013-2015. Acta Med Peru. 30 de agosto de 2016;33(2):166.
4. Bello O, Sehabiague G, Benítez P, López A, Lojo R. Síndrome bronquial obstructivo del lactante. Manejo ambulatorio: Experiencia en la Unidad de Terapia Inhalatoria del Departamento de Emergencia Pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Archivos de Pediatría del Uruguay. marzo de 2001;72(1):12-7.
5. Bronquiolitis aguda viral pdf [Internet]. [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06_bronquiolitis_aguda_viral_0.pdf
6. Varicela en niños: tratamiento y profilaxis [Internet]. Escuela de Medicina. [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/varicela-en-ninos-tratamiento-y-profilaxis/>
7. Ugalde González F, Rivera Gutiérrez H, Obando Soto SN. Infección urinaria en el adulto mayor. Rev.méd.sinerg. 1 de agosto de 2022;7(8):e888.
8. Deterioro del sensorio en paciente de 85 años inmunosuprimida [Internet]. HPC. 2006 [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.hpc.org.ar/investigacion/revistas/volumen-8-2/deterioro-del-sensorio-en-paciente-de-85-anos-inmunosuprimida/>
9. Avila M del RQ, Criollo SET, Chica JSJ, Salgado GVC. Ulceras por presión.

Diagnóstico, clasificación, tratamientos y cuidados. RECIAMUC. 9 de septiembre de 2022;6(3):664-76.

10. Chacón Mejía JP, Del Carpio Alosilla AE. INDICADORES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UN HOSPITAL DE LIMA. RFMH [Internet]. 10 de abril de 2019 [citado 20 de febrero de 2024];19(2). Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/2067>

11. Calvo MV, Román MM. Generalidades de la pancreatitis aguda. Revista Medica Sinergia. 1 de mayo de 2022;7(5):e809-e809.

12. GPC Manejo de Apendicitis aguda Version-corta.pdf [Internet]. [citado 21 de febrero de 2024]. Disponible en: https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2022/12/GPC-manejo-de-Apendicitis-aguda_Version-corta.pdf

13. Murúa-Millán O.A. Apendicitis aguda: anatomía normal, hallazgos por imagen y abordaje diagnóstico radiológico. Rev Med UAS; Vol. 10: No. 4. Octubre-Diciembre 2020. Disponible en: <https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v10/n4/apendicitisaguda.pdf>

14. Esqueda-Suárez Jorge Luis ,Hernias Rev Med MD 2010. 2010; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2010/md102f.pdf>

ANEXOS

ANEXO N° 1

Tabla 1: Escala de Alvarado modificada para el diagnóstico de apendicitis aguda

Variables	Manifestaciones clínicas y de laboratorio	Puntuación
Síntomas	Migración del dolor a fosa iliaca derecha	1
	Anorexia y/o cetonuria	1
	Náuseas y/o vómitos	1
Signos	Dolor en fosa iliaca derecha	2
	Signo de Blumberg	1
	Elevación de la temperatura >37.5°C	1
Laboratorio	Leucocitosis	2
	Desviación a la izquierda con neutrofilia >75%	1
Total		10

Bibliografía: Yegros-Ortiz CD, Lezcano Sarabia DA, Ferreira Bogado M, Montiel Alfonso MA, Cano González MR. Evaluación de la Escala de Alvarado en el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda en el Servicio de Urgencias del Hospital Nacional de Itauguá en los años 2018 y 2019. Rev. Nac. (Itauguá). 2022;14(1):046.057