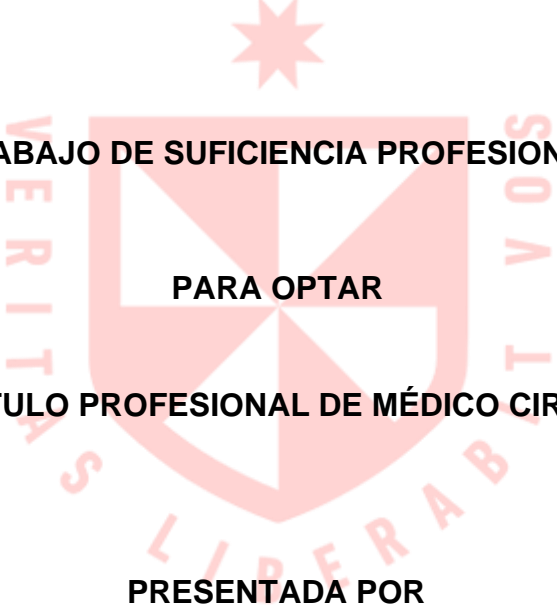


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DEL INTERNADO
MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOME, HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ
CASIMIRO ULLOA Y CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL
SURQUILLO 2023-2024**



**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADA POR**

RENZO GIANFRANCO TARAZONA ARANDA

ASESOR

TANIA RÍOS MARROQUÍN

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
MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOME, HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ
CASIMIRO ULLOA Y CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL
SURQUILLO 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

**PRESENTADO POR
RENZO GIANFRANCO TARAZONA ARANDA**

**ASESORA
MC TANIA RÍOS MARROQUÍN**

**LIMA, PERÚ
2024**

JURADO

PRESIDENTE: ROSANA PAJUELO BUSTAMANTE

MIEMBRO: ALEJANDRA PARIHUELA BANDO

MIEMBRO: VICTOR EMILIO CUBAS VASQUEZ

DEDICATORIA

A mis padres por haberme guiado en este camino tan importante durante estos 7 años de estudio. A mi familia, en general, por siempre brindarme su apoyo y amor en momentos de felicidad y de tristeza, los cuales me ayudaron a ser cada vez mejor persona.

A mis amigos y compañeros por ser siempre el soporte en días difíciles y sacarme tantas risas durante años de estudio.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la oportunidad de poder aliviar las enfermedades de los pacientes mediante los conocimientos y experiencias adquiridas en la Universidad de San Martín de Porres.

Al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa y Centro de Salud Materno Infantil Surquillo, que fueron mis sedes hospitalarias durante el Internado Médico, y sobre todo a sus doctores por su paciencia, docencia y dedicación en la formación de los futuros médicos de este país.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	vi
SUMMARY	vi
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	11
1.1 Rotación en Medicina Interna	11
1.2 Rotación en Cirugía General	15
1.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia	19
1.4 Rotación en Pediatría	24
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	30
3.1 Rotación en Medicina Interna	30
3.2 Rotación de Cirugía General	32
3.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia	34
3.4 Rotación en Pediatría	36
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	38
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	41
FUENTES DE INFORMACION	42

RESUMEN

Objetivo: Explicar la importancia del internado médico como última etapa de formación dentro de la carrera de medicina humana. **Materiales y métodos:** Estudio llevado a cabo en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa y Centro de Salud Materno Infantil Surquillo, desde abril del 2023 hasta enero del 2024. **Conclusión:** La experiencia del internado médico en tres instituciones de salud de diferente nivel de complejidad, dos hospitales y un centro de salud materno infantil, permite una adecuada formación de competencias teóricas y prácticas en la medicina humana.

Palabras clave: Internado médico, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Centro de Salud Materno Infantil Surquillo, medicina humana

ABSTRACT

Objective: To explain the importance of the medical internship as the last stage of training within the human medicine career. **Materials and methods:** Study carried out at the Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa and Centro de Salud Materno Infantil Surquillo, from April 2023 to January 2024. **Conclusion:** The experience of the medical internship in three health institutions of different levels of complexity, two hospitals and a maternal and child health center allows an adequate training of theoretical and practical skills in human medicine.

Keywords: Medical internship, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Centro de Salud Materno Infantil Surquillo, human medicine

NOMBRE DEL TRABAJO

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO

AUTOR

RENZO GIANFRANCO TARAZONA ARAN

RECUENTO DE PALABRAS

8787 Words

RECUENTO DE CARACTERES

49266 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

43 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

191.8KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 15, 2024 10:17 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 15, 2024 10:19 AM GMT-5

● **10% de similitud general**

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

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



Dra. Tania Rios Marroquin
PEDIATRA
CMP 33083 RNE 19047
ORCID: 0009-0001-7787-9979
DNI: 21526353

INTRODUCCIÓN

El Internado Médico se considera el año fundamental en la carrera profesional de un estudiante de medicina, ya que marca la finalización de sus estudios de pregrado y presenta retos en los aspectos académicos, psicológicos, profesionales y sociales (1).

Durante este periodo, se completan las prácticas preprofesionales esenciales de esta profesión, centrándose en la adquisición de los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para trabajar como futuro profesional de la salud. El futuro médico participa activamente en la supervisión y manejo de los pacientes asignados para adquirir conocimientos y experiencia en la identificación de riesgos, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (2).

En esta etapa crítica, el estudiante en formación identifica la presentación clínica de diferentes enfermedades, centrándose en patologías comunes y fundamentales esenciales para la futura práctica médica. Estas incluyen, por ejemplo: infección del tracto urinario, neumonía adquirida en la comunidad, tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, infección de sitio quirúrgico, abdomen agudo quirúrgico, amenaza de parto prematuro, preeclampsia, partos distócicos, sepsis neonatal, bronquiolitis, asma, neumonía infantil, desnutrición crónica, anemia ferropénica, enfermedad diarreica aguda, etc. (3).

En Perú, durante estas prácticas preprofesionales en el contexto pospandemia de la COVID-19 se debe rotar por medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría, atención primaria en salud y algunas especialidades medias o quirúrgicas, como parte de la formación integral para prepararse para la futura práctica médica (4).

El internado comenzó el 1 de abril de 2023 en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé de Lima, que forma parte de la DIRIS Lima Centro, ofrece una variedad de servicios médicos especializados enfocados en la

atención pediátrica y obstétrica a pacientes referidos de establecimientos de salud de menor nivel, así como a pacientes con patologías complejas que ameritan atención en este hospital por su nivel de especialización. En este hospital, se realizó rotación en los servicios de pediatría, neonatología, ginecología y obstetricia.

En agosto y septiembre, accedí al Centro de Salud Materno Infantil de Surquillo, en el distrito de Surquillo, que está bajo la jurisdicción de la DIRIS Lima Centro. Esta institución es un establecimiento de referencia para el seguimiento de mujeres embarazadas y la atención de partos sin complicaciones.

En octubre, el segundo hospital en el que se roto fue el Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa, especializado en emergencias médicas y quirúrgicas. Está situado en el distrito de Miraflores y depende del Minsa. Las rotaciones incluyeron medicina interna, cirugía general y algunas especialidades quirúrgicas.

Durante las rotaciones, se realizaron actividades preprofesionales en lugares como urgencias, consultas externas, hospitalización, cuidados intermedios y cuidados intensivos. En estas áreas, los estudiantes de medicina consolidan y aplican los conocimientos adquiridos durante la carrera de medicina humana, realizan diversos procedimientos médicos bajo la supervisión de médicos residentes y adjuntos, quienes guían el aprendizaje de los internos durante todo este año de estudios (4).

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

A lo largo del Internado Médico, se pudo adquirir la información teórica y práctica esencial para una formación integral como futuro médico cirujano. Esto es el resultado del aprendizaje recibido en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé y el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, donde se atiende a pacientes con múltiples patologías de todo Lima y otras partes del país. La formación en estos nosocomios incluye rotaciones en los servicios hospitalarios más esenciales como son: Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia y Pediatría.

Interactuar con una diversa gama de pacientes proporciona una fantástica oportunidad para adquirir continuamente conocimientos sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de muchas patologías vistas durante este último año de estudios. Reconocer la individualidad de cada paciente, abarcando sus distinciones bio-psicosociales, realza el valor y la singularidad de este proceso de aprendizaje.

También, se pudo recibir formación sobre la atención al paciente en el nivel primario de atención sanitaria, en este caso en el Centro de Salud Materno-Infantil de Surquillo. Observamos las consultas médicas de numerosos pacientes con diversas afecciones de salud, algunas tratadas integralmente por un médico general y otras que requerían un examen más profundo y especializado, para su eventual traslado o referencia a un hospital.

1.1 Rotación en Medicina Interna

Esta rotación se realizó en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, el cual se caracteriza por brindar oportunamente atención especializada a emergencias y urgencias médicas de los pacientes que acuden a sus instalaciones. Como tal, se pudo observar con mayor frecuencias ciertas patologías como: accidente cerebrovascular isquémico vs hemorrágico, cetoacidosis diabéticas, comas diabéticos, infarto al miocardio, crisis asmática, neumonía adquirida en la comunidad vs intrahospitalaria, infección del tracto urinario complicada, etc.

Por lo que a continuación presentaremos dos casos clínicos atendidos en esta rotación:

Caso clínico n.º 1

Mujer de 55 años, que ingresa sudorosa por emergencia, por presentar desde hace 2 horas dolor torácico opresivo de moderada intensidad que aumenta con la respiración forzada y disminuye al reposo, dicho dolor se irradia al miembro superior izquierdo y está asociado a disnea a grandes esfuerzos. Refiere haber tenido un episodio parecido hace una semana, que cedió con el reposo absoluto.

Antecedentes personales

- Obesidad tipo I
- Hipertensión arterial

Antecedentes familiares

- Padre falleció por IMA.
- Madre con hipertensión arterial

Examen físico

- Presión arterial: 150/80 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 66 lpm
- Frecuencia respiratoria: 18 rpm
- Temperatura: 36 °C
- Saturación de oxígeno: 97 %
- SNC: LOTEP, E. Glasgow: 15/15
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos audibles.

Exámenes auxiliares

- Hemograma:
- LEU 5.500 /mm³
- Hb 14 gr/dl.
- HTO 48 %
- PLAQ 240.000

- Perfil de coagulación: sin alteraciones.
- Glucosa al azar: 88 mg/dL
- Electrocardiograma: Descenso de 3 mm de ST en cara lateral alta.
- Enzimas cardíacas:
- Mioglobina: 55 ng/mL
- CPK-MB: 12 ng/mL
- Troponina: 0.3 ng/mL
- CPK: 80 U/L

Diagnóstico principal

Infarto Agudo de Miocardio lateral

Diagnósticos secundarios

- Obesidad tipo I
- Hipertensión arterial
- D/C Angina inestable

Tratamiento médico

- NPO
- Ácido acetilsalicílico 500 mg VO STAT
- Isosorbida 5 mg colocar 2 tabletas SL STAT
- Cateterismo cardíaco de emergencia
- CFV + OSA

Caso clínico n.º2

Varón de 65 años, con cirrosis hepática hace 2 años, acude por emergencia, por presentar aumento considerable del volumen a nivel del abdomen. Refiere encontrarse aletargado y que 2 días antes de su ingreso al hospital inicio cuadro de dolor abdominal moderado que ha ido aumentando de intensidad, además presenta astenia, hiporexia y náuseas esporádicas.

Antecedentes personales

- Alcoholismo crónico desde los 20 a 45 años
- Hepatitis C hace 5 años.

- Obesidad tipo II
- Esteatosis hepática hace 10 años
- Dislipidemia mixta hace 10 años

Antecedentes familiares

- Padre con obesidad y alcoholismo crónico.
- Madre con diabetes mellitus tipo II.

Examen físico

- Presión arterial: 130/80 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 65 lpm
- Frecuencia respiratoria: 22 rpm
- Temperatura: 36,3°C
- Saturación de oxígeno: 96 %
- LOTEPE
- E. Glasgow: 15
- Piel pálida terrosa con leve ictericia a predominio de escleras.
- Abdomen distendido, globuloso, doloroso a la palpación profunda, con matidez desplazable generalizada, ruidos hidroaéreos nulos.

Exámenes auxiliares

- Glucosa al azar: 112 mg/dL
- Urea: 56
- Creatinina: 1,3
- Albumina: 3,5
- Hemograma:
- LEU 4.500/mm³
- Hb 11.2 gr/dL
- PLAQ 195.000.
- Perfil de coagulación:
- INR 1,2
- TTPa: 1,1
- TP: 14,9.

Diagnóstico principal

Cirrosis hepática descompensada: Ascitis a tensión

Diagnósticos secundarios

- D/C Encefalopatía hepática
- D/C Diabetes mellitus
- Obesidad tipo II
- Esteatosis hepática
- Dislipidemia mixta

Tratamiento médico

- Dieta hiposódica con restricción hídrica
- Atorvastatina 40 mg VO cada 24 horas
- Furosemida 40 mg VO cada 24 horas
- Espironolactona 100 mg VO cada 24 horas
- Paracentesis evacuatoria
- CFV + OSA

1.2 Rotación en Cirugía General

Esta rotación se realizó en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, el cual se caracteriza por brindar oportunamente atención especializada a emergencias y urgencias médicas de los pacientes que acuden a sus instalaciones. Como tal, se pudo observar con mayor frecuencias ciertas patologías quirúrgicas como: Hemorragias intracerebrales, apendicitis aguda, peritonitis aguda, obstrucción intestinal, fracturas óseas, heridas por arma blanca, heridas por arma de fuego, etc. Por lo que a continuación presentaremos dos casos clínicos atendidos en esta rotación:

Caso clínico n.º3

Mujer de 52 años, que ingresa por emergencia, procedente de su domicilio. Familiar acompañante refiere que se encontraba comiendo cuando súbitamente presento cefalea intensa, disminución del nivel de conciencia y mareo asociado a náuseas y vómitos. En el camino al hospital refiere que la

paciente disminuye aún más el nivel de conciencia hasta estar estuporosa y pierde el control de sus esfínteres, mencionándose sin previo aviso.

Al ingreso es dirigida inmediatamente al tópico de medicina donde la paciente continua en estado de estupor no responde al llamado y presenta flacidez generalizada. Acompañante refiere que la paciente estaba llevando controles con neurología por una malformación arteriovenosa desde hace 1 año.

Antecedentes personales

- Obesidad tipo II
- D/C Malformación arteriovenosa

Antecedentes familiares

- Padre y madre con obesidad

Examen físico

- Presión arterial: 138/86 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 118 lpm
- Frecuencia respiratoria: 12 rpm
- Temperatura: 36,5°C
- Saturación de oxígeno: 94 %
- SNC: Estuporosa, E. Glasgow: 5/15, pupilas isocóricas no fotorreactivas, Signo de Babinsky (+), flacidez en extremidades.

Exámenes auxiliares

- Hemograma:
- LEU 7.200 /mm³
- Hb 11,2 gr/dl.
- PLAQ 180.000
- Perfil de coagulación: sin alteraciones.
- Glucosa al azar: 152 mg/dL
- Perfil lipídico: colesterol total 420 mq/dL, LDL-c 212 mq/dL, HDL-C 74 mq/dL, Triglicéridos 308 mq/dL.

- Angio TC cerebral: Hemorragia intracraneal aguda en vermis cerebeloso que comunica hacia el sistema ventricular, presencia de malformación arteriovenosa

Diagnóstico principal

Accidente cerebrovascular hemorrágico: Hemorragia intracerebral profunda.

Diagnósticos secundarios

- Obesidad tipo I
- Malformación arteriovenosa rota
- D/C Diabetes mellitus

Tratamiento médico

- NPO
- Neurocirugía de emergencia
- CFV + OSA

Caso clínico n.º 4

Varón de 22 años acude al servicio de emergencia e ingresa caminando en posición antálgica por presentar dolor abdominal intenso focalizado a nivel de fosa ilíaca derecha, con 2 días de evolución, asociado a cefalea, náuseas, vómitos, hiporexia marcada, malestar general y fiebre. Refiere que dicho dolor abdominal inicio hace más de 2 días, era leve y a nivel del epigastrio, por lo cual se automedico con AINES, sintiendo una leve mejoría por lo que continuo con sus actividades laborales. Luego al ver que el dolor abdominal incrementaba acudió a una farmacia donde le “diagnosticaron” gastritis y dieron medicación para dicho cuadro, luego de 2 días de iniciado el cuadro, acude por emergencia médica.

Antecedentes personales

- Ninguno de importancia.

Antecedentes familiares

- Ninguno de importancia.

Examen físico

- Presión arterial: 102/68 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 110 lpm
- Frecuencia respiratoria: 20 rpm
- Temperatura: 39 °C
- Saturación de oxígeno: 95 %
- SNC: LOTEP, E. Glasgow: 15/15.
- Abdomen: Distendido, en tabla, doloroso a la palpación superficial y profunda en todo el abdomen, pero a predominio de fosa iliaca derecha, ruidos hidroaéreos abolidos. Signo de Mc Burney positivo y signo de Blumberg positivo, no se palpan masas, ni visceromegalias.

Exámenes auxiliares

- Hemograma:
- LEU 19.000/mm³
- NEU 82 %
- Hb 14.6 mg/dL
- HTO 42%
- PLAQ 210.000
- PCR: 12.1
- Creatinina: 0.7
- Urea: 38
- Examen de orina: No patológico
- Ecografía abdominal: Se observa un aumento del calibre del apéndice cecal en todo su recorrido, pared irregular, compatible con proceso inflamatorio a dicho nivel. Presenta también adenopatías de aspecto inflamatorio y moderada cantidad de líquido peritoneal libre.

Diagnostico principal

Abdomen agudo quirúrgico: apendicitis aguda complicada.

Tratamiento médico

- NPO
- Metamizol 1 gr EV STAT
- Dimenhidrinato 50 mg EV STAT
- NAACL 0.9% EV a 45 gotas por minuto STAT.
- Laparoscopia exploratoria: Apendicetomía laparoscópica con anestesia general.

1.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Esta rotación se realizó en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, el cual se caracteriza por brindar una atención especializada a pacientes con patologías ginecológicas y sobre todo a emergencias o urgencias obstétricas que acuden a este nosocomio. Como tal, se pudo observar con mayor frecuencias ciertas patologías como: amenaza de aborto, aborto espontaneo, amenaza de parto pretérmino, preeclampsia, eclampsia, hemorragia postparto, atonía uterina, etc. Por lo que a continuación presentaremos dos casos clínicos atendidos en esta rotación:

Caso clínico n.º 5

Gestante de 33 años con 34 semanas 4 días de gestación por ecografía del primer trimestre, acude por el servicio de EMG por presentar náuseas, epigastralgia, cefalea, malestar general, escotomas visuales y leve edema en miembros inferiores. Niega otros signos y síntomas de alarma, refiere sentir movimientos fetales con normalidad y niega presencia de dinámica uterina.

Antecedentes personales

- G: 2 P: 1 0 0 1
- Anemia ferropénica
- Preeclampsia leve en anterior gestación
- Cesareada anterior
- Obesidad antes y durante la gestación

Antecedentes familiares

- Madre con preeclampsia en algunos de sus embarazos

Examen físico

- Presión arterial: 170/104 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 88 lpm
- Frecuencia respiratoria: 18 rpm
- Temperatura: 36,5°C
- Saturación de oxígeno: 97%
- SNC: LOTEP, E. Glasgow: 15/15.
- Piel tibia, hidratada, elástica, aumento de tejido subcutáneo, con palidez leve, no ictericia, leve edema en miembros inferiores (+/+++)
- Abdomen grávido, cicatrices de cirugía previa, leve dolor a la palpación profunda en epigastrio, AU: 32 cm, DU: ausenté, MF: presentes, LCF: 152 lpm, RHA: presentes.
- Tacto vaginal evidencia cérvix posterior y cerrado.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: LEU 7.000/mm³, Hb 9.8 g/dL, HTO 24%, PLAQ 93.000
- Glucosa al azar: 98 mg/dL
- Urea: 38 mg/dL
- Creatinina: 1.3 mg/dL
- Perfil hepático: BT 1.4 mg/dL, LDH 380, TGO 62, TGP 80
- Examen de orina: proteinuria (+++)
- Registro cardiotocográfico sin alteraciones.
- Ecografía obstétrica: Feto único, longitudinal cefálico izquierdo, movimientos fetales presentes, placenta insertada con normalidad, líquido amniótico en cantidad normal, poso mayor de 80 mm, peso fetal estimado de 2850 gr.

Diagnóstico principal

Enfermedad hipertensiva del embarazo: Síndrome de Hellp

Diagnósticos secundarios

- Anemia ferropénica
- Preeclampsia severa
- Obesidad

Tratamiento médico

- NaCl 0.9% EV a 60 gotas por minuto.
- Sulfato de magnesio 20% 5 ampollas + NaCl 0.9% 50 mL EV administrar 4 gr por cada 20 minutos y luego 1 gr por cada hora.
- Ácido acetilsalicílico 100 mg VO cada 24 horas.
- Sulfato ferroso 300 mg VO cada 24 horas.
- Colocación de sonda Foley + bolsa colectora.
- Control estricto de diuresis.
- Cesárea por emergencia
- CFV + OSA

Caso clínico n.º 6

Gestante de 21 años con 38 semanas 5 días de gestación por FUR, procedente de Amazonas, no presenta atenciones previas en el centro de salud materno infantil, acude acompañada de su madre por presentar contracciones uterinas que han ido aumentando de intensidad progresivamente desde hace más de 6 horas y pérdida abundante de líquido por la región vaginal hace más de 3 horas. Niega sangrado vaginal, niega otros signos de alarma, refiere que solo tuvo 5 controles prenatales en centro de salud en Amazonas.

Antecedentes personales

- G: 2 P: 1 0 0 1
- Anemia ferropénica
- Obesidad
- Parto distócico hace 3 años (no especifica tipo de distocia)

Antecedentes familiares

- Madre con hipotiroidismo y obesidad.

Examen físico

- Presión arterial: 108/72 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 82 lpm
- Frecuencia respiratoria: 20 rpm

- Temperatura: 36,3°C
- Saturación de oxígeno: 98%
- LOTEPE
- E. Glasgow: 15
- Piel tibia, hidratada, elástica, aumento de tejido subcutáneo, con palidez leve, no ictericia, no edema en miembros inferiores.
- Abdomen grávido, AU: 38 cm, DU: 4 en 10 min / +++ de intensidad / 40" de duración, MF: presentes, LCF: 150 lpm, RHA: presentes.
- Tacto vaginal evidencia cérvix centrado, blando, incorporado al 80%, dilatación de 8 cm, altura de presentación de -1, membranas ovulares rotas, con presencia de líquido amniótico, sin sangrado, pelvis ginecoide.

Exámenes auxiliares

- Glucosa al azar: 98 mg/dL
- Hb: 10.2 mg/dL
- RPR: No reactivo
- VIH: No reactivo
- Examen de orina sin alteraciones.
- Registro cardiotocográfico evidencia feto reactivo, línea basal en 130 lpm, buena variabilidad, presencia de ascensos y sin deceleraciones, dinámica uterina presente y regular.

Diagnóstico principal

Fase activa de trabajo de parto.

Diagnósticos secundarios

- Anemia ferropénica
- Obesidad

Tratamiento médico:

- NaCl 0.9% EV a 30 gotas por minuto.
- Sulfato ferroso 300 mg VO cada 24 horas.
- Monitoreo materno – fetal
- CFV + OSA

Evolución clínica:

Luego de la evaluación por el médico especialista ginecólogo obstetra se decide hospitalizar a la paciente en sala de partos por encontrarse en fase activa del trabajo de parto para la atención oportuna de su parto con posibilidad de ser vía vaginal.

Una hora después desde transcurrido su ingreso al centro de salud materno infantil, la gestante refiere sensación de pujo intenso por lo cual es reevaluada por el personal de obstetricia quienes observan lo siguiente:

- Tacto vaginal evidencia cérvix centrado, blando, incorporado al 100%, dilatación de 10 cm, altura de presentación de 0, membranas ovulares rotas, con presencia de líquido amniótico, con tapón mucoso con sangre, pelvis ginecoide.

Se inicia atención de trabajo de parto con todo el personal correspondiente, tras 20 minutos de pujos dirigidos sale la cabeza del feto y se observa una retracción hacia el pubis, conocida como el signo de la tortuga, por lo cual pasa a dirigir el parto como principal el médico especialista. Se activa inmediatamente el protocolo para partos distócicos con presentación de hombros.

Se procedió a realizar la maniobra de Mc Roberts por parte de una obstetra, mientras que el médico realizaba la tracción axial durante varios minutos, sin lograr ningún resultado. Como consecuencia se procedió a realizar conjuntamente presión suprapúbica durante varios intentos, lográndose el nacimiento de un recién nacido vivo de 39 ss por Test de Capurro, de sexo masculino, con un peso al nacer de 3510 gr, un valor en Test de Apgar de 5¹⁸5⁹1⁰, observándose con cierta dificultad respiratoria, FC de 130 lpm, FR de 50 rpm, SatO₂ de 92%, motivo por el cual es retirado por enfermería para su evaluación más detallada y efectivamente se le realiza presión positiva, secado enérgico y aspiración de secreciones.

Finalmente, se realizó alumbramiento dirigido con 10UI de oxitocina IM, con salida espontánea de la placenta a los 5 minutos y membranas aparentemente íntegras sin ninguna complicación. Tras la revisión de canal, se evidencia un desgarramiento de II grado que se procede a suturar y luego se lleva a la paciente al área de puerperio para su control de funciones vitales y observación de signos de alarma puerperales hasta su respectiva alta.

1.4 Rotación en Pediatría

Esta rotación se realizó en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, el cual se caracteriza por brindar una atención especializada a pacientes con patologías ginecológicas y sobre todo a emergencias o urgencias obstétricas; no obstante, también tiene servicios de pediatría y neonatología. Como tal, se pudo observar con mayor frecuencias ciertas patologías como: varicela, asma, enfermedad diarreica aguda, bronquiolitis, neumonía infantil, alergia alimentaria, etc. Por lo que a continuación presentaremos dos casos clínicos atendidos en esta rotación:

Caso clínico n.º 7

Lactante varón de 5 meses que ingresa por emergencia por cuadro de dificultad respiratoria desde hace 2 días, secreción de moco hace 3 días y tendencia a la hipoactividad. La madre del menor refiere que en las últimas 6 horas ha empeorado, puesto que presenta quejido al respirar, aumento de la dificultad respiratoria e hiporexia.

Antecedentes personales

- Prematuro de 32 semanas
- Hospitalizado en Unidad de Cuidados Neonatales durante 15 días al nacer por sepsis neonatal
- Vacunas completas

Examen físico

- Presión arterial: 96/64 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 140 lpm
- Frecuencia respiratoria: 50 rpm
- Temperatura: 38,2°C
- Saturación de oxígeno: 94%
- Piel tibia, hidratada, elástica, con palidez leve, no cianosis central ni periférica.

- Aparato respiratorio con amplexación aumentada, aleteo nasal, tiraje subcostal e intercostal, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, subcrepitantes y sibilantes escasos en ambos hemitórax.

Diagnóstico principal

Bronquiolitis

Diagnósticos secundarios

- Anemia ferropénica leve
- Prematuridad

Tratamiento médico

- NPO
- Oxigenoterapia de alto flujo
- Lavados nasales

Evolución clínica:

A las 18 horas después de su ingreso el lactante aumenta su distrés respiratorio y disminuye su SatO₂ a 92% motivo por el cual se inicia oxigenoterapia de alto flujo por cánula nasal a un FiO₂ de 23% – 25%, siempre y cuando se mantenga una SatO₂ por encima de 94%, realizándose lavados nasales y aspiración de secreciones de manera constante.

A los 2 días se ve una mejoría de los parámetros respiratorios con una disminución importante de la dificultad respiratoria, motivo por el cual se inicia el destete de O₂ de manera progresiva, lográndose dicho objetivo a los 3 días y se reinicia la alimentación por vía oral con fórmula materna + lactancia materna.

Caso clínico n.º 8

Niño de 4 años y 8 meses acude por el área de emergencia de pediatría debido a que desde hace 5 días presenta lesiones dérmicas vesiculares y papulosas, además desde hace 3 días se le sumo a ello irritabilidad, sensación de alza térmica, náuseas y vómitos, por último, desde hace 1 día padres refieren que han notado a su hijo hipoactivo, letárgico y confuso.

Antecedentes personales

- Alergia alimentaria a los lácteos.
- Vacunas completas.

Examen físico

- Presión arterial: 98/66 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 120 lpm
- Frecuencia respiratoria: 30 rpm
- Temperatura: 39°C
- Saturación de oxígeno: 95%
- Piel tibia, deshidratada, elástica, no cianosis central ni periférica, no ictericia, lesiones vesiculares y papulosas a predominio de miembros superiores, dorso y cara. Lesión pustulosa en hombro izquierdo con edema circundante y leve aumento de volumen.
- Sistema nervioso con escala de Glasgow de 11/15, somnoliento, reflejos osteotendinosos presentes.

Diagnóstico principal

Encefalitis aguda

Diagnósticos secundarios

- Varicela complicada

Tratamiento médico

- Paracetamol 300 mg VO cada 8 horas por 3 días.
- Dimenhidrinato 50 mg media tableta VO cada 8 horas x 3 días
- Aciclovir 400 mg VO cada 8 horas por 10 días.

Evolución clínica:

Luego de la evaluación del pediatra se indicó la realización de los exámenes de laboratorio necesarios para corroborar el diagnóstico de varicela complicada: Encefalitis aguda por virus de varicela Zoster. Además, se obtuvo

una muestra con hisopo de las lesiones cutáneas y su contenido para cultivo, y así confirmar el diagnóstico previamente planteado.

El paciente es trasladado al área de cuidados intermedios para un control más estricto de los síntomas, a su llegada realizan nueva extracción sanguínea, para hacer prueba PCR para herpes, y de LCR para estudio serológico y PCR. Se reevalúa al paciente, y se decide iniciar con tratamiento específico para el virus de varicela Zoster, a las 48 horas de instaurado el tratamiento se consigue una marcada disminución de los síntomas y control de las funciones vitales, motivo por el cual se continua con el tratamiento por 10 días, lográndose una reversión completa del cuadro neurológico.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Este informe sobre el Internado Médico se basa en los conocimientos adquiridos durante las rotaciones médicas en instituciones de salud como el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa y el Centro de Salud Materno Infantil Surquillo.

El primer hospital es una institución del Minsa y está situado en el distrito de Lima, que sirve de centro de referencia nacional para enfermedades ginecológicas, obstétricas y pediátricas. Este hospital limeño es reconocido por ser uno de los más antiguos y especializados de la ciudad. Atiende a pacientes derivados de otros hospitales de menor complejidad y establecimientos de salud de todo Lima.

El segundo hospital, situado en la zona de Miraflores, es una institución del MINSA conocido como hospital líder en urgencias médicas y quirúrgicas, que atiende a Lima y a todo el país. El centro ofrece atención las 24 horas del día para diversas urgencias y emergencias sanitarias y cuenta con una amplia gama de especialistas en la materia. Este hospital acepta pacientes referidos de diferentes departamentos del país y muchos pacientes de Lima provincias.

El tercero es un centro de salud, dependiente del MINSA, está situado en el distrito de Surquillo. Está designado como centro de referencia materno-infantil a nivel de la DIRIS Lima Centro, centrándose en la prestación de atención ginecológica y obstétrica a mujeres y gestantes. Además, este establecimiento ofrece la oportunidad de atender partos no complicados y brindar atención oportuna y adecuada tanto al recién nacido como a la madre durante la fase postparto.

Aparte de su cometido principal, este centro de salud ofrece muchos servicios a la comunidad, como medicina general, odontología, enfermería, obstetricia,

nutrición, laboratorio, vacunación, etc. Este centro de salud es idóneo para el estudiante de medicina, ya que le permite experimentar como se da la atención en los servicios de atención primaria en Lima, especialmente en los campos de la medicina general y la obstetricia.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

En el presente capítulo, se busca contrastar y discutir el método de atención a los pacientes que se atienden en las instituciones de salud en mención en comparación con las normas técnicas, guías de práctica clínica y bibliografía disponible:

3.1 Rotación en Medicina Interna

El infarto agudo de miocardio es una afección en la que las células miocárdicas mueren debido a la reducción del riego sanguíneo en el corazón causada por una rápida disminución del flujo sanguíneo coronario.

Los síndromes coronarios agudos son resultado de un gran porcentaje de casos de aterosclerosis y suelen desencadenarse por trombosis aguda, causada por la rotura o erosión de una placa aterosclerótica, con o sin vasoconstricción acompañante, que provoca una disminución repentina y grave del flujo sanguíneo (5). La rotura de la placa libera sustancias químicas aterogénicas que pueden provocar un gran coágulo sanguíneo en la arteria afectada por el infarto. Una red colateral eficaz puede evitar la necrosis y provocar episodios asintomáticos de obstrucción coronaria. Los trombos oclusivos suelen causar una lesión transparente en la pared ventricular de la zona miocárdica alimentada por la arteria coronaria afectada y suelen elevar el segmento ST en el ECG. En el intrincado proceso de rotura de la placa, la inflamación se ha identificado como un factor fisiopatológico crucial. En ocasiones, el síndrome coronario agudo puede tener causas distintas de la aterosclerosis, como arteritis, traumatismos, disección, trombosis, anomalías congénitas, adicción a la cocaína y dificultades con el cateterismo cardiaco (5).

El caso inicial es el de una paciente con infarto agudo de miocardio a la que se realizó un cateterismo urgente basándose en su presentación clínica, los resultados del ECG y el aumento de las enzimas cardíacas. El cardiólogo evaluó la situación y optó por realizar un cateterismo cardiaco urgente, durante el cual identificaron una cardiopatía isquémica con un estrechamiento

notable de la primera arteria marginal y una obstrucción aterotrombótica casi completa de la rama posterolateral. Se realizó una angioplastia primaria de la obstrucción aspirando el material aterotrombótico, realizando una angioplastia coronaria transluminal percutánea e implantando un stent liberador de fármacos. El paciente es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos para una monitorización más rigurosa y especializada.

La cirrosis es una enfermedad hepática crónica, difusa e irreversible. Se caracteriza por la fibrosis y la creación de nódulos de regeneración, que modifican la arquitectura vascular y el funcionamiento hepático. En el desarrollo de la cirrosis hepática influyen el aumento progresivo de la hipertensión portal y la insuficiencia hepatocelular. Es más frecuente en los hombres y parece darse más a menudo después de los 40 años. La patogenia de esta enfermedad es múltiple, pero actualmente se reconoce que las causas principales son el consumo prolongado de alcohol y la enfermedad del hígado graso. Otras con menor porcentaje de frecuencia causantes de cirrosis hepática son las infecciones por virus de la hepatitis (VHB y VHC), la hepatitis autoinmune, la colangitis biliar primaria, la colangitis esclerosante primaria, la hemocromatosis y la enfermedad de Wilson, entre otras (6). La enfermedad, normalmente crónica y de larga duración, presenta diversas complicaciones, como ascitis, síndrome hepatopulmonar, hidrotórax hepático, síndrome hepatorenal, encefalopatía hepática, hemorragia digestiva alta, peritonitis bacteriana espontánea, carcinoma hepatocelular, miocardiopatía cirrótica e infecciones (5).

El segundo caso analizado es el de un paciente con cirrosis hepática descompensada que fue evaluado tanto por un experto en medicina interna como por un especialista gastrointestinal. A continuación, el paciente ingresó en la planta de hospitalización para someterse a una paracentesis evacuadora. Tras la hospitalización, se coloca al paciente en decúbito supino ligeramente inclinado, se prepara higiénicamente la región de punción y se extrae el líquido ascítico (6). Para evitar que el paciente se deteriore, se le administra un 20% de albúmina humana por vía intravenosa a razón de 50 ml de albúmina humana por cada litro de líquido ascítico extraído del paciente.

La presión arterial de la paciente se vigiló estrechamente durante el tratamiento y al final se extrajeron 2,7 litros de líquido ascítico. El paciente se encuentra estable hemodinámicamente, con constantes vitales normales, y ha referido una mejoría significativa de sus síntomas.

3.2 Rotación en Cirugía General

El tipo de hemorragia intracraneal que se produce cuando la sangre se acumula entre las membranas que recubren el cerebro se conoce como hemorragia intracerebral. Esta hemorragia puede producirse en otras zonas del cerebro como el tálamo, los ganglios basales, el puente de Varolio o el cerebelo y a esta se le conocerá como hemorragia intracerebral profunda o limitarse a una parte de un hemisferio cerebral y a esta se le conocerá como hemorragia intracerebral lobar (7). Numerosos factores, como traumatismos o anomalías en los vasos sanguíneos, como aneurismas o angiomas, pueden provocar este tipo de hemorragias. La sangre provoca edema cerebral y hematoma al irritar los tejidos del cerebro, ambos provocan un aumento de la presión tisular y el consiguiente daño tisular del cerebro (8). Una hemorragia cerebral puede ser mortal, por eso que requieren una atención médica oportuna, lo que en su mayoría de casos suele implicar una intervención neuroquirúrgica urgente (9). Dependiendo de la extensión del daño en el tejido cerebral y de la localización de la hemorragia, los signos y síntomas pueden manifestarse antes o después. Entre ellos tenemos los siguientes: dolor de cabeza creciente, vómitos, somnolencia y pérdida progresiva del conocimiento, mareos, confusión, pupilas anisocóricas, disartria, letargo, convulsiones y pérdida súbita o progresiva del conocimiento; son algunos de los síntomas que pueden aparecer al variar la presión intracraneal producto efecto de masa que se produce por la hemorragia y el consecuente hematoma (10). Para confirmar el diagnóstico de hemorragia intracerebral se utiliza un TAC y en casos de sospecha de MAV se utiliza una angiografía cerebral por tomografía computarizada, también conocido como Angio TAC cerebral (11).

El tercer caso expuesto relata sobre una paciente con hemorragia intracerebral profunda, específicamente en la región del vermis cerebeloso que comunica hacia el sistema ventricular. En el cual después de evaluar a la

paciente ubicada en tópico de medicina por parte del médico internista, se decide solicitar una interconsulta al servicio de neurocirugía, quien acude al llamado y después de evaluar a la paciente y los resultados de su Angio-TC cerebral decide programarla para una neurocirugía de emergencia. En dicha operación, se induce a la paciente a anestesia general, para luego realizar una craneotomía suboccipital medial, con la finalidad de extraer el hematoma intracerebral y hacer una resección de la MAV. Posteriormente, se coloca un drenaje ventricular con salida de líquido cefalorraquídeo de aspecto hemático. Después de la intervención neuroquirúrgica, la paciente pasa a UCI donde se la mantiene en sedación, se le coloca ventilación mecánica asistida y se realiza un control estricto de sus funciones vitales.

La apendicitis aguda compleja se produce cuando el apéndice se perfora, dando lugar a la formación de un absceso localizado, una peritonitis localizada, una peritonitis difusa o un plastrón apendicular (9). El síntoma principal de la apendicitis aguda es un dolor abdominal específico en la fosa ilíaca derecha cuando el apéndice está bien colocado (10). Las molestias empiezan de repente y se intensifican con el tiempo, desplazándose normalmente a la fosa ilíaca derecha en la mayoría de los casos (12). También puede presentarse con otros síntomas funcionales como náuseas, diarrea, estreñimiento, disminución del apetito, dolor de cabeza, malestar general y fiebre (13). Las pruebas de laboratorio habituales incluyen un hemograma completo y la medición de los niveles de proteína C reactiva (PCR) (14). El objetivo de estas pruebas es detectar la existencia de una enfermedad infecciosa e inflamatoria (15). La prueba diagnóstica preferida es la tomografía computarizada (TC) abdomino-pélvica con contraste, debido a su alta sensibilidad del 96% y especificidad del 93% (16). En casos de mujeres embarazadas o pacientes con alergia al contraste, se utiliza en su lugar la ecografía abdominal (11)(17).

El cuarto caso comentado se refiere a un paciente con apendicitis aguda compleja. Tras una nueva evaluación por parte del cirujano general, teniendo en cuenta los síntomas del paciente, las pruebas de laboratorio y la ecografía abdominal, se tomó la decisión de realizar una laparoscopia exploratoria bajo

anestesia general. El objetivo de la intervención era proceder a una apendicectomía laparoscópica por apendicitis aguda complicada con peritonitis localizada.

3.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia

El síndrome de HELLP es una complicación multisistémica del embarazo que se produce en pacientes con trastornos hipertensivos, en particular preeclampsia grave (18). Es una causa importante de aumento de la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal, especialmente en el tercer trimestre del embarazo y durante el puerperio (19). Se caracteriza típicamente por hipertensión arterial y proteínas en la orina, junto con la combinación de hemólisis microangiopática, bajo recuento de plaquetas y aumento de las enzimas hepáticas. Desde el punto de vista clínico, los pacientes pueden presentar diversos síntomas, como cefalea, trastornos visuales, dolor estomacal o epigástrico y oliguria. Se desconoce la etiología, pero se cree que se debe a una invasión trofoblástica insuficiente de las arterias espirales, lo que conduce a una cascada de procesos inflamatorios que provocan daños endoteliales (20). El tratamiento se centra en la interrupción del embarazo, especialmente en las mujeres de más de 34 semanas de gestación y en las que muestran signos de deterioro clínico. Este estudio explorará la fisiopatología, los usos clínicos, los problemas potenciales y el tratamiento de este síndrome, que es crucial para los profesionales sanitarios debido a la alta tasa de morbimortalidad materno perinatal de esta patología (19)(20).

El quinto caso comentado se refiere a una embarazada diagnosticada de síndrome de HELLP. Ingresó en la unidad de alto riesgo obstétrico tras ser evaluada por un médico especialista. Las funciones vitales materno-fetales se vigilaron estrechamente y el personal de obstetricia observó los signos de alarma cada 15 minutos. El embarazo se interrumpió mediante cesárea de urgencia tras 34 semanas de gestación. El procedimiento fue un éxito, dando como resultado el nacimiento de un recién nacido varón vivo, de 35 semanas de edad gestacional según la prueba de Capurro, con un peso de 2950 gramos, una puntuación en la prueba de Apgar de 8¹⁹⁵ y un aspecto

saludable. Pasó un periodo de puerperio durante el cual sus funciones vitales volvieron a la normalidad, y fue dada de alta a los 5 días.

Otro de los casos expuestos relata sobre la distocia de hombros, la cual se define cuando en un parto vaginal se necesitan de maniobras obstétricas adicionales para permitir el parto de los hombros fetales después de la expulsión de la cabeza, para ello se considera que debe haber pasado más de 1 minuto sin que se haya producido la expulsión del hombro anterior (21). En su mayoría se describe que la obstrucción anterior es más frecuente que la posterior y se debe al impacto del hombro sobre la sínfisis púbica o promontorio, respectivamente (22)(23). Existen factores de riesgo que se pueden asociar dicha complicación, los cuales se pueden dividir en:

- Maternos: distocia de hombros previa, diabetes mellitus, obesidad, pelvis no ginecoide, entre otros
- Intraparto: parto precipitado, primer y segundo estadio del parto prolongado, conducción del parto con oxitocina, entre otros.

Si bien existen estos factores de riesgo que pueden predisponer a la distocia, esta aún sigue siendo una complicación impredecible, motivo por el cual la identificación precoz es importante para poder realizar las maniobras adecuadas de manera oportuna (24). En cuanto al diagnóstico, este es subjetivo, puesto que se sospecha de esta complicación hay una retracción de la cabeza fetal hacia el perineo posterior a la expulsión, a esto se le llama signo de tortuga, esto se debe a una tracción inversa de los hombros que pueden estar impactos sobre la sínfisis del pubis o sobre el promontorio (24). Se debe tener en cuenta que la distocia de hombros es una emergencia obstétrica, además de ello, su manejo tiene como objetivo el término del parto de forma segura previniendo la asfixia o lesión cortical del neonato. Otro punto importante es el tiempo que tiene el médico para finalizar el parto, puesto que dispone de 5 minutos previa oxigenación al recién nacido para evitar la asfixia. Y, como se mencionó previamente, existen maniobras que se deben realizar en caso se presente esta complicación, tenemos maniobras de primer nivel como es la de McRoberts (la más utilizada), de segundo nivel como la

maniobra de Rubin – Woods o la de Jacquemier, y de tercer nivel, como es la fractura de clavícula intencional, para acortar el diámetro biacromial (25).

3.4 Rotación en Pediatría

Uno de los casos expuestos relata sobre la bronquiolitis la cual es una enfermedad considerada la principal causa de ingreso hospitalario por enfermedades respiratorias agudas de pacientes pediátricos con menos de un año. Esta patología se presenta con mayor frecuencia en los primeros dos años de vida y el diagnóstico es fundamentalmente clínico, es decir a base de los signos y síntomas que presente el paciente, en conjunto con el relato cronológico de la enfermedad. Se han planteado diversos tratamientos farmacológicos, incluidos entre ellos el uso de broncodilatadores, corticosteroides y antivirales. Sin embargo, suele ser deficiente la evidencia científica sobre el beneficio de estas terapias antes mencionadas. En la actualidad, el tratamiento de la bronquiolitis es fundamentalmente de apoyo y no se dispone de terapias eficaces específicas. Recientemente, los métodos de administración de oxígeno que se centran en la tasa de flujo y la monitorización, así como la evidencia sobre los umbrales para el uso de oxígeno, han surgido como intervenciones potencialmente efectivas para reducir la duración de la admisión hospitalaria e impedir el aumento de gravedad de los pacientes con esta enfermedad.

Otro de los casos expuestos nos habla sobre una encefalitis dada por varicela. El virus de la varicela forma parte de la familia *Herpesviridae* que logra infectar de manera exclusiva a los seres humanos, siendo propia de los infantes aunque también se vieron casos en adultos, la cual está caracterizado por presentar un exantema mácula vesícula costrosa que suele acompañarse de fiebre. Viene a ser una enfermedad muy contagiosa y suele desarrollarse más en la etapa preescolar y escolar (26). Su transmisión se da entre personas a través del contacto directo con las vesículas cutáneas que se desarrolla durante la enfermedad, aunque también puede ser transmitido por secreciones respiratorias de pacientes infectados que usualmente tiene una evolución benigna aunque se han visto casos que puede haber complicaciones derivadas del mismo virus o de infecciones bacterianas

sobreagregadas (27). En cuanto a la encefalitis, éste viene a ser un inflamación del parénquima cerebral que puede darse por causas infecciosas y no infecciosas, de las cuales las infecciosas son las más comunes, siendo dentro de ellas, los virus los agentes etiológicos más frecuentes para desarrollarlo. Entre su sintomatología más frecuente tenemos a la alteración del estado de consciencia, convulsiones, dolor de cabeza y fiebre. El desarrollo de la encefalitis en la varicela está siendo muy frecuente, tanto así que el virus de la varicela viene a ser el tercer agente causal más frecuente de etiología viral, por debajo del enterovirus y de herpes simple tipo II (27). Su diagnóstico se da con la correlación de la clínica del paciente y los exámenes laboratoriales complementarios, como la obtención del líquido cefalorraquídeo, electroencefalograma e imagenología como una tomografía o resonancia (26)(27).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Las prácticas médicas, durante el internado, constituyen la fase final del desarrollo profesional de un estudiante de medicina humana. Su finalidad es aplicar los conocimientos adquiridos durante los seis años de estudio precedentes y alcanzar la madurez profesional necesaria para un desempeño óptimo en el sector sanitario a posteriori (1)(2).

Comenzamos este año de estudios con la rotación pediátrica, centrándonos en el tratamiento de pacientes recién nacidos, niños y adolescentes. Los casos más complicados o cruciales se enviaban a las unidades de cuidados intermedios pediátricos y de cuidados intensivos pediátricos, se comenzó rotando por pediatría y luego se pasó al servicio de neonatología.

Durante la segunda rotación se ejerció la ginecología y obstetricia, enfocándose en pacientes femeninas con problemas ginecológicos, pacientes embarazadas con complicaciones gestacionales, realizando partos y cesáreas, y brindando atención a las púerperas durante su período de recuperación. La mayoría de las pacientes buscaron atención médica por motivos urgentes debido a signos o síntomas preocupantes durante el embarazo, considerados como de alarma. La mayoría fueron hospitalizadas para un seguimiento exhaustivo y un diagnóstico rápido. De ser necesario, el embarazo se interrumpía antes de término mediante una cesárea recomendada por el especialista.

Durante la tercera rotación, se atendió en el primer nivel de atención a pacientes de todas las edades y géneros que buscaban consulta inicial por temas de salud, algunos buscan despistaje de enfermedades y otros buscan ser derivados al especialista para tratar sus enfermedades. Monitoreamos a las mujeres embarazadas durante todo el embarazo, el parto y los cuidados posteriores. El médico general resolvía los casos clínicos sencillos, mientras que los casos más complejos eran remitidos a un hospital para su mayor estudio y tratamiento.

La cuarta rotación se centró en medicina interna, en la que se evalúa a pacientes jóvenes, adultos y adultos mayores con diversas comorbilidades que buscaban atención ambulatoria o de emergencia en el hospital. Por las características del hospital donde se desarrolló esta rotación, se vio en su gran mayoría urgencias y emergencias médicas. Trabajar en el campo de la medicina interna proporciona experiencias enriquecedoras ya que aprendemos de pacientes con diferentes enfermedades, sus indicaciones y síntomas específicos. Así podemos reconocer cuadros clínicos característicos de ciertas enfermedades e iniciar un tratamiento oportuno para darle solución a estos mismos.

La quinta rotación fue en cirugía general, donde recibieron tratamiento pacientes adultos en su gran mayoría, los que acudieron al hospital para consultas de emergencias o ambulatorias. Los casos de emergencia a menudo requerían cirugía inmediata, mientras que los casos ambulatorios implicaban cirugías programadas para afecciones crónicas. La conclusión clave de esta rotación fue la oportunidad de observar y participar en múltiples cirugías en el quirófano, cada una de las cuales variaba en dificultad y tiempo. Todo lo aprendido en el internado médico implicó instrucción continua brindada por parte de profesores universitarios, residentes y médicos asistentes de cada área, servicio y departamento médico donde se rotó como estudiante, resultando en una valiosa experiencia por todo el conocimiento adquirido y la reputación profesional establecida durante este período.

CONCLUSIONES

1. El internado es el año de estudios más trascendental dentro de la capacitación profesional del estudiante de medicina humana, porque implica el aprendizaje de una importante cantidad y calidad de conocimientos teóricos y prácticos.
2. El internado que se desarrolla dentro de las instalaciones de un hospital del MINSA se caracteriza por un aprendizaje integral y vasto en docencia.
3. La rotación del internado que se realiza en el primer nivel de atención es fundamental para el aprendizaje integral y social que debe de recibir todo estudiante de medicina humana.
4. El internado es la practica preprofesional de todo estudiante de medicina humana, en la cual se recibe la capacitación mínima necesaria para su próximo desempeño como médico cirujano una vez obtenido el título y la colegiatura.
5. El acompañamiento y tutoría que brindan los médicos asistentes, médicos residentes y demás personal de salud de las sedes hospitalarias donde se lleva a cabo el internado, es esencial para el correcto aprendizaje del interno de medicina al realizar sus funciones y en el transcurso de sus rotaciones.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda ampliar la cantidad de horas y meses en los cuales se realiza el internado, volviendo a ser 12 meses como era antes de la pandemia de la COVID – 19, siempre dentro de la normativa legal, estableciendo un horario que incluya tanto guardias diurnas, nocturnas y jornadas regulares.
2. Se recomienda ampliar el número de sedes hospitalarias para la realización del internado, de esta manera los estudiantes de la salud pueden realizar sus prácticas preprofesionales en diferentes niveles de atención y hospitales de diferentes niveles de complejidad, tanto del Minsa, EsSalud, Fuerzas Armadas, entre otras instituciones.
3. Se recomienda brindar siempre los adecuados equipos de protección para que se puedan cumplir las normativas de bioseguridad que se especifican en toda institución sanitaria.
4. Se recomienda continuar con las rotaciones en el primer nivel de atención en salud, esto permite socializar al estudiante de medicina sobre la atención que se brinda en este nivel y las labores que se desarrollan en este tipo de instituciones sanitarias.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. André JC, Lima AR, Brienze SL, Werneck AL, Afonso DH, Fucuta PS. Perception of Medical Intern Students about the Gaps in Their Medical Training Related To Human Skills and Competences and the Role of Teachers and Preceptors. *Int J Latest Res Humanities Social Sci.* 2019;2(07):17-24.
2. Vásquez-Alva R, Amado-Tineo J, Ramírez-Calderón F, Velásquez-Velásquez R, Huari-Pastrana R. Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú. *In Anales de la Facultad de Medicina* 2016 Oct (Vol. 77, No. 4, pp. 379-385). UNMSM. Facultad de Medicina.
3. Chinchay Ruesta SA, Granados Burga A, Peña-Sánchez ER. Internado médico: una difícil elección. *Investigación en educación médica.* 2017 Mar;6(21):65-6.
4. Taype-Rondán Á, Tataje Rengifo G, Arizabal A, Alegría Hernández S. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. *In Anales de la Facultad de Medicina* 2016 Jan (Vol. 77, No. 1, pp. 31-38). UNMSM. Facultad de Medicina.
5. Tsochatzis EA, Gerbes AL. Diagnosis and treatment of ascites. *Journal of hepatology.* 2017 Jul 1;67(1):184-5.
6. Tapia O. Pericarditis constrictiva tuberculosa: reporte de un caso y revisión de la literatura. *International Journal of Morphology.* 2012 Jun;30(2):696-700.
7. Pérez F, Valdes EA. Pancreatitis aguda: artículo de revisión. *Revista Médico Científica.* 2020 Oct 4;33(1):67-88.
8. Crockett SD, Wani S, Gardner TB, Falck-Ytter Y, Barkun AN, Crockett S, Feuerstein J, Flamm S, Gellad Z, Gerson L, Gupta S. American Gastroenterological Association Institute guideline on initial management of acute pancreatitis. *Gastroenterology.* 2018 Mar 1;154(4):1096-101.
9. Collard M, Maggiori L. Tratamiento de la apendicitis aguda del adulto. *EMC-Técnicas Quirúrgicas-Aparato Digestivo.* 2024 Feb 1;40(1):1-5.

10. Arvieux C, Mutter D, Varlet F. Appendicitis: Rapport présenté au 119e congrès français de chirurgie. John Libbey Eurotext; 2017.
11. Casado Méndez PR, Santos Fonseca RS, Martínez DR, Ferrer Magadán CE, Méndez Jiménez O. Evaluación de la escala de Alvarado como herramienta diagnóstica en la apendicitis aguda. Revista Cubana de Cirugía. 2020 Jun;59(2).
12. Flores-Mena MD. Apendicitis Aguda. Diagnóstico. 2020;59(4):213-7.
13. Hernández-Cortez Jorge, León-Rendón Jorge Luis De, Martínez-Luna Martha Silvia, Guzmán-Ortiz Jesús David, Palomeque-López Antonio, Cruz-López Néstor et al . Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir. gen [revista en la Internet]. 2019 Mar [citado 2024 Feb 26]; 41(1): 33-38. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033&lng=es. Epub 02-Oct-2020. Baldassari EX, Portilla AP, Criollo LM. Obstrucción Intestinal. Tesla Revista Científica. 2021.
14. Abarca C, Rojas OD, Soler IE, Sagues AC, Fuentes S, Castillo GR, Castillo DR. Revisión de técnicas quirúrgicas para tratamiento de apendicitis aguda. Revista Confluencia. 2021 Dec 31;4(2):92-5.
15. Portilla VT, Segarra JL, Arias MG. Luxación acromioclavicular: tratamiento conservador. RECIMUNDO. 2020 Feb 14;4(1):267-76.
16. Rafael P Merylin, Quispe R Kathya, Pantoja S Lilian R. Apendicitis aguda: Concordancia clínica, quirúrgica y anatomopatológica en un hospital de emergencias peruano. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2022 Jul [citado 2024 Feb 27]; 22(3): 463-470. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312022000300463&lng=es. Epub 09-Jul-2022. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v22i3.4378>.
17. Alvarado Rodríguez SC, Quichimbo Sangurima FM. Apendicitis aguda: manejo quirúrgico vs antibiótico como opción de tratamiento. revistavive. 14 de febrero de 2023;6(16):45-54.

1. Gil Piedra F, Morales García D, Bernal Marco JM, Llorca Díaz J, Marton Bedía P, Naranjo Gómez Á. Apendicitis aguda complicada. Abordaje abierto comparado con el laparoscópico. *Cir Esp*. 1 de junio de 2022;83(6):309-12.
18. Nirupama R, Divyashree S, Janhavi P, Muthukumar SP, Ravindra PV. Preeclampsia: Pathophysiology and management. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. 2021 Feb 1;50(2):101975.
19. Yang Y, Le Ray I, Zhu J, Zhang J, Hua J, Reilly M. Preeclampsia prevalence, risk factors, and pregnancy outcomes in Sweden and China. *JAMA Network Open*. 2021 May 3;4(5):e218401-.
20. Valenti EA, Almada R, Rey AG. Distocia de hombros. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón–2011* [fecha de acceso 10 diciembre 2013]. [http://www. redalyc. org/articulo. oa](http://www.redalyc.org/articulo.oa). 1996.
21. Nogales Lora F, Aguilar Díaz E, Ballesteros Quinto I. Distocia de hombros en paritorio: a propósito de un caso.
22. Bilqees Ara DZ, Ara F, Kakar P, Salam A, Aslam M. ATONIC UTERUS.
23. Miller HE, Ansari JR. Uterine atony. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2022 Apr 1;34(2):82-9.
24. Yilmaz MP. Uterine atony and associated hemorrhages. *Current approaches in obstetric hemorrhages*. 2022:417.
25. Asociación Española de Pediatría. Varicela. AEPED [Internet]. [Citado el 4 de marzo del 2024]. Disponible en:
<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/varicela.pdf>
26. Adail Orrith Liborio-Neto. Encefalitis aguda como complicación de varicela en niño. *Rev. mex. pediatr.* [Internet]. 2019 [Citado el 3 de marzo del 2024]; vol. 86 (3): 119-122. Disponible en:
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522019000300119