

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO EN LA
CLÍNICA CENTENARIO PERUANO JAPONESA DURANTE EL
PERIODO DE ABRIL 2023 A ENERO 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

**HILDA CARLA NUÑEZ TELLERÍA
CÉSAR HUMBERTO ORTEGA VELEZMORO**

ASESOR

ALONSO VILLANUEVA LI

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/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE MEDICINA
HUMANA**

**EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO EN LA
CLÍNICA CENTENARIO PERUANO JAPONESA DURANTE EL
PERIODO DE ABRIL 2023 A ENERO 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

**HILDA CARLA NUÑEZ TELLERÍA
CÉSAR HUMBERTO ORTEGA VELEZMORO**

ASESOR

M.C. ALONSO VILLANUEVA LI

LIMA, PERÚ

2024

JURADO

PRESIDENTE: ROSSANA PAJUELO BUSTAMANTE

MIEMBRO: VICTOR EMILTO CUBAS VASQUEZ

MIEMBRO: ALEJANDRA PARHUANA BANDO

ÍNDICE

RESUMEN	iv
ABSTRACT	v.
INTRODUCCIÓN	vi
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	19
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	20
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	29
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES	33
FUENTES DE INFORMACIÓN	34

RESUMEN

Objetivo: Detallar los conocimientos adquiridos y experiencias durante el periodo de internado médico desde abril del 2023 hasta enero del 2024.

Metodología: Se analizaron y seleccionaron los casos clínicos más relevantes observados durante las rotaciones en los servicios respectivos.

Resultados: Durante la rotación en Ginecología y Obstetricia, se describe el caso de una gestante de 48 años con el diagnóstico de preeclampsia con criterios de gravedad, así como el caso de una primigesta de 40 años en trabajo de parto con el diagnóstico de VIH probable. Durante la rotación en Medicina Interna, se describen el caso de una paciente femenina de 21 años con dolor abdominal e hiponatremia a descartar porfiria aguda intermitente y el caso de un paciente masculino de 32 años con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva descompensada. Durante la rotación en Pediatría se presenta el caso de una lactante de 2 meses con el diagnóstico de bronquiolitis y el caso de una paciente femenina de 10 años con el diagnóstico de mononucleosis infecciosa. Por último, durante la rotación en Cirugía General se detalla el caso de una mujer de 68 años con el diagnóstico de plastrón apendicular abscedado y el caso de una mujer de 24 años con el diagnóstico de colecistitis aguda. **Conclusiones:** Las prácticas clínicas durante el periodo del internado médico brinda la oportunidad de enfrentarse a situaciones de emergencia y aprender a manejarlas de manera efectiva.

Palabras clave: Experiencia clínica, formación médica, rotaciones hospitalarias y casos clínicos.

ABSTRACT

Objective: To detail the knowledge acquired and experiences during the medical internship period from April 2023 to January 2024.

Methodology: The most relevant clinical cases observed during rotations in respective services were analyzed and selected.

Results: During the rotation in Gynecology and Obstetrics, the case of a 48-year-old pregnant woman with a diagnosis of severe preeclampsia is described, as well as the case of a 40-year-old primigravida in labor with a probable diagnosis of HIV. During the Internal Medicine rotation, the case of a 21-year-old female patient with abdominal pain and hyponatremia to rule out acute intermittent porphyria is described, along with the case of a 32-year-old male patient diagnosed with decompensated congestive heart failure. During the Pediatrics rotation, the case of a 2-month-old infant diagnosed with bronchiolitis and the case of a 10-year-old female patient diagnosed with infectious mononucleosis are presented. Finally, during the General Surgery rotation, the case of a 68-year-old woman diagnosed with an abscessed appendiceal mass and the case of a 24-year-old woman diagnosed with acute cholecystitis are detailed.

Conclusions: Clinical practice during the medical internship period provides the opportunity to face emergency situations and learn to manage them effectively.

Keywords: Clinical experience, medical education, hospital rotations, and clinical cases.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO
MÉDICO EN LA CLÍNICA CENTENARIO P
ERUANO JAPONESA DURANTE EL PERIO
DO**

AUTOR

HILDA CARLA NUÑEZ TELLERÍA

RECUENTO DE PALABRAS

8273 Words

RECUENTO DE CARACTERES

50227 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

40 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

140.1KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 16, 2024 8:07 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 16, 2024 8:08 AM GMT-5

● **18% de similitud general**

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

- 18% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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

INTRODUCCIÓN

La última etapa de formación de pregrado en el campo de la medicina humana es conocida como internado médico; el cual, es crucial en la preparación de los próximos médicos cirujanos, ya que, en esta etapa es donde se ponen en práctica todos los conocimientos previamente obtenidos durante los 6 años de formación académica extrapolándolos a situaciones con pacientes reales en un ámbito clínico. No solo permite afianzar los conocimientos; además, permite aprender a trabajar con un equipo multidisciplinario, adquirir nuevas habilidades en diferentes procedimientos y a desarrollar habilidades blandas para brindarle una atención de calidad al paciente, todo esto bajo la supervisión permanente de profesionales ampliamente calificados.

A raíz de la pandemia producida por el virus de SARS-CoV-2, el internado de medicina en el Perú tuvo ciertas modificaciones. Una de estas supuso la disminución del periodo de prácticas de 12 meses a 10 meses de rotación, los cuales se desarrollaron en una institución de salud de mediana capacidad resolutive. En dicha institución, se pudo rotar por los servicios de Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y Cirugía General.

En el presente trabajo, se pretende exponer diversos casos clínicos con el fin de detallar los conocimientos y prácticas adquiridas en las diferentes áreas anteriormente mencionadas durante el internado médico. Los siguientes casos clínicos fueron recopilados durante el periodo del internado médico el cual se desarrolló desde el 1 de abril del 2023 al 31 de enero del 2024 en la clínica Centenario Peruano Japonesa - Pueblo Libre.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 1

Anamnesis

Acude al servicio de emergencia de Ginecología y Obstetricia una paciente mujer de 48 años, de iniciales R A V F, primigesta de 29 semanas de edad gestacional por fecha de última regla (FUR), refiriendo que 15 días antes presenta edema de miembros inferiores que aumentó progresivamente. Además, el día que acude a la emergencia presenta cefalea holocraneal intensa. Niega pérdida de líquido amniótico y sangrado vaginal. Refiere que percibe movimientos fetales.

Fecha de última regla: 19/05/2023. Fecha probable de parto: 26/02/2024. Niega antecedentes patológicos. Antecedentes familiares: madre con diabetes *mellitus* tipo 2 y padre fallecido por un infarto agudo de miocardio.

Examen físico

Signos vitales: PA: 196/110 mmHg, FC: 90 lpm, FR: 18 rpm, SatO₂: 98% a FiO₂ 21%.

Aspecto general: Despierta, en aparente mal estado general, aparente regular estado de nutrición y de hidratación.

Piel y mucosas: Tibia, elástica, hidratada. Normocoloreadas. Llenado capilar <2". Mucosas deshidratadas.

Tejido celular subcutáneo: Edema blando hasta tercio medio de ambos miembros inferiores, fóvea ++/+++.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se detectan ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se detectan soplos audibles.

Abdomen: Útero grávido, altura uterina: 30 cm, LCF: 133 lpm, movimientos fetales presentes, dinámica uterina: tono anormal.

Tacto vaginal: incorporación 0%, dilatación 0 cm, altura de presentación - 3, membranas íntegras, pelvis ginecoide.

Neurológico: Despierta, LOTEP. Escala de Glasgow 15 puntos. No presenta signos meníngeos ni signos de focalización.

Exámenes auxiliares

— Perfil hepático: Fosfatasa alcalina 546 U/L, transaminasa glutámico oxalacética 87.4 U/L y transaminasa glutámico-pirúvica 69.3 U/L.

Diagnósticos planteados

- Primigesta de 29 semanas por FUR
- Preeclampsia con criterios de gravedad
- Gestante añosa
- Síndrome edematoso

Ampliación de historia clínica

Rápidamente se activa clave azul, se administra un antihipertensivo, con lo cual la presión arterial disminuye lentamente hasta 165/110 mmHg. No obstante, la cefalea persiste y se evidencia alteración de las enzimas hepáticas. Se decide administrar sulfato de magnesio para evitar convulsiones maternas y corticoides para maduración pulmonar fetal. La paciente presenta una evolución desfavorable por lo que se decide culminar con la gestación mediante cesárea de emergencia luego de conversar con los familiares sobre los riesgos y beneficios de dicho procedimiento. Posteriormente la paciente pasa a unidad de cuidados intensivos donde presenta falla renal. Logra ser estabilizada y luego es dada de alta. Con respecto al recién nacido, estamos ante un recién nacido

pretérmino de 29 semanas que nace con un Apgar de 7 al minuto y a los 5 minutos, peso de 913 gramos, talla de 34.5 cm y perímetro cefálico de 25 cm. Presenta los diagnósticos de enfermedad de membrana hialina, neumotórax a tensión y shock obstructivo. Se inician las maniobras de reanimación neonatal, pasa a ventilación mecánica con FiO2 100% y se administra 1 dosis de surfactante. Finalmente, luego de 20 minutos de maniobras de reanimación neonatal se constata el fallecimiento del recién nacido.

Caso clínico n.º 2

Anamnesis

Primigesta de 40 semanas de gestación por fecha de última regla, de 35 años, con iniciales P J O R, acude por emergencia del servicio de Ginecología y Obstetricia por presentar, 12 horas antes del ingreso, contracciones uterinas que aumentan en frecuencia e intensidad con el paso de las horas, asociadas a pérdida de tapón mucoso. Percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido amniótico y sangrado vaginal.

Antecedentes: paciente con controles prenatales irregulares, no cuenta con prueba de VIH. Fecha de última regla: 24/10/2022. Fecha probable de parto: 31/07/2023. Niega antecedentes patológicos y familiares de importancia.

Luego de ser evaluada, se decide hospitalización por trabajo de parto en fase activa.

Examen físico

Signos vitales: PA: 113/76 mmHg, FC: 66 lpm, FR: 20 rpm, SatO2: 98% a FiO2 21%.

Aspecto general: Despierta, quejumbrosa, ventila espontáneamente en aparente regular estado general, de nutrición y de hidratación.

Piel y mucosas: Tibia, elástica e hidratada. Llenado capilar <2". Normocoloreadas.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se detectan ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se detectan soplos audibles.

Abdomen: Útero grávido. Altura uterina 35cm, feto en longitudinal cefálico izquierdo, LCF: 144 lpm, movimientos fetales presentes. Dinámica uterina: 3 contracciones cada 10 minutos de intensidad ++/+++ de duración 35 a 40 segundos.

Tacto vaginal: incorporación 100%, dilatación 3 cm, altura de presentación -3, membranas íntegras, pelvis ginecoide.

Neurológico: Despierta, LOTEP. Escala de Glasgow 15 puntos. No presenta signos meníngeos ni signos de focalización.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos 8840, hemoglobina 12.3 g/dl, plaquetas 176000.
- Bioquímica: Creatinina 0.65, glucosa 87.4, urea 23.8.
- Hemostasia: Tiempo de coagulación y sangría en valores normales.
- Inmunología: HBsAg no reactivo, HIV I-II positivo bajo, serológicas cuantitativas no reactivas.

Ampliación de historia clínica

Se le realizan los exámenes correspondientes de control, incluyendo la prueba rápida de VIH, la cual dio resultado positivo bajo, por lo que, se decide solicitar prueba de Western Blot para confirmación, carga viral y niveles de CD4; y, preparar para culminación de parto por cesárea de emergencia por posibilidad de infección aguda por VIH. Al tacto vaginal,

se encuentra incorporación 100%, dilatación 4 cm, altura de presentación -2 y membranas íntegras. Se inicia 1 dosis de Truvada (efavirenz/emtricitabina/tenofovir) y se realiza la cesárea de emergencia, en donde se recibe un recién nacido a término de 40 semanas que nace con un Apgar de 9 al minuto y a los 5 minutos, peso de 4150 gramos, talla de 53 cm y perímetro cefálico de 35 cm. Durante el primer día de estancia hospitalaria, la paciente presenta evolución favorable: apósitos de herida operatoria secos, útero contraído a nivel de cicatriz umbilical y loquios hemáticos normales, se continúa con tratamiento antiretroviral.

Durante el segundo día de estancia hospitalaria, se recibe el resultado de carga viral <40, se mantiene pendiente el resultado de la prueba confirmatoria. Finalmente, al tercer día de estancia hospitalaria, paciente continúa con evolución favorable y se reciben resultados de prueba confirmatoria de Western Blot negativa. Por lo cual, se decide dar el alta hospitalaria, con el diagnóstico definitivo de:

- PO3 de cesárea por feto macrosómico
- Trabajo de parto disfuncional con dilatación estacionaria

Diagnósticos planteados

- Primigesta de 40 semanas por FUR
- Trabajo de parto en fase activa
- Gestante con diagnóstico de VIH probable

1.2 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 3

Anamnesis

Paciente femenina de 21 años, refiere que 1 semana previa al ingreso, cursa con dolor abdominal difuso de tipo cólico asociado a náuseas, vómitos (3 episodios por día), estreñimiento, hiporexia y fiebre. Por lo que acude al servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia, en donde se le administró analgésicos endovenosos (no precisa cuáles), se le colocó

enema evacuante, el cual fue efectivo y fue dada de alta. Sin embargo, persiste dolor a pesar de la medicación. Por lo cual, acude al servicio de emergencia, en compañía de familiar, en donde luego de ser evaluada, se decide su hospitalización para manejo especializado.

Niega antecedentes patológicos, niega antecedentes familiares.

Ampliación de historia clínica

Durante el primer día de estancia hospitalaria, la paciente presentó 3 episodios de síncope y tendencia a la taquicardia y presiones elevadas. Por lo cual, se decide hospitalización en la Unidad de Cuidados Intermedios para monitorización de funciones vitales y manejo del dolor. Al persistir hiponatremia e hipokalemia, se decide pase a Unidad de Cuidados Intensivos para corrección de medio interno y manejo especializado. Durante su estancia en UCI, se realizan interconsultas a las especialidades de Cardiología, Endocrinología Gastroenterología, Neurología y Psiquiatría para brindar un manejo multidisciplinario y tratamiento específico a cada una de sus afecciones. La paciente presentó una evolución favorable; y, al 4to día de su estancia en UCI, familiares solicitan referencia a Hospital Cayetano Heredia.

Examen físico

Signos vitales: PA: 120/90 mmHg, FC: 115 lpm, FR: 22 rpm, SatO₂: 98% a FiO₂ 21%.

Aspecto general: Despierta, ventila espontáneamente en aparente regular estado general, de nutrición y de hidratación.

Piel y mucosas: Tibia, elástica e hidratada. Llenado capilar <2". Normocoloreadas. Mucosa oral poco hidratada.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se detectan ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos de buena intensidad, no se detectan soplos audibles.

Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos disminuidos. Dolor difuso a la palpación profunda a predominio de epigastrio y hemiabdomen inferior, no signos peritoneales, no visceromegalia.

Neurológico: Despierta, LOTEP. Escala de Glasgow 15 puntos. No presenta signos meníngeos ni signos de focalización.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos 11520, hemoglobina 14 g/dl, plaquetas 317000.
- Bioquímica: Proteína C reactiva 0.65, velocidad de sedimentación globular 20, amilasa 244, lipasa 126, urea 9.30, creatinina 0.36.
- Perfil hepático: Transaminasa glutámico oxalacética 32.2, transaminasa glutámico-pirúvica 38.2, bilirrubina total 1.37, bilirrubina directa 0.41, bilirrubina indirecta 0.96.
- Perfil de coagulación: Sin alteraciones.
- Electrolitos: Sodio 126, potasio 3.70, cloro 77, calcio 7.72, fósforo 1.70.
- Examen de orina: Sin alteraciones.

Pruebas de imágenes

- Radiografía simple de abdomen: Incremento de patrón gaseoso en marco colónico sin signos obstructivos.

Diagnósticos planteados

- Síndrome doloroso abdominal: D/C porfiria aguda intermitente
- Taquiarritmia supraventricular: Taquicardia sinusal
- Hipertensión arterial

- Trastorno hidroelectrolítico (THE): hiponatremia
- D/C Síndrome convulsivo por THE
- Desnutrición calórico-proteica
- Síndrome ansioso depresivo probable

Caso clínico n.º 4

Anamnesis

Paciente masculino de 32 años, de raza asiática, no hispanohablante, acude al servicio de Emergencia, en compañía de familiar, refiriendo que 3 semanas antes del ingreso, presenta tos productiva con expectoración blanquecina asociada a disnea a moderados esfuerzos. 1 semana antes del ingreso, refiere presentar edema en miembros inferiores que progresa desde los tobillos hasta los muslos. Además, refiere que se despierta por las noches súbitamente por sensación de falta de aire. 3 días antes del ingreso, presenta exacerbación de disnea, que se evidencia al realizar esfuerzos leves y en posición de decúbito dorsal. Se le realiza ecocardiograma con hallazgos de: Fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) 30%, desplazamiento del anillo tricúspideo (TAPSE) 13, hipocinesia global, dilatación de 4 cavidades, insuficiencia mitral moderada e hipertrofia de ventrículo izquierdo concéntrica. Por lo cual, se decide hospitalización para manejo hemodinámico en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con pronóstico reservado.

Refiere antecedente de hipertensión arterial de 1 año de evolución, con tratamiento irregular con valsartán (sólo se medicó durante 2 semanas). Además, refiere antecedentes familiares de madre y padre con hipertensión arterial.

Examen físico

Signos vitales: PA: 160/110 mmHg, FC: 125 lpm, FR: 22 rpm, SatO₂: 98% a FIO₂ 21%.

Aspecto general: Paciente en sedestación, no tolera decúbito. Despierto, ventila espontáneamente, en aparente mal estado general, regular estado de nutrición y de hidratación.

Piel y mucosas: Tibia, elástica e hidratada. Llenado capilar <2". Mucosas deshidratadas. Normocoloreadas. Lesiones maculopapulares eritematosas en tórax y abdomen.

Tejido celular subcutáneo: Edema palpebral y edema bilateral en miembros inferiores con fóvea +++/+++.

Cuello: Central, móvil, no tumoraciones palpables. Ingurgitación yugular (+).

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa disminuido en ambas bases pulmonares, se auscultan crepitantes bibasales.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos taquicárdicos de buena intensidad, no se detectan soplos audibles.

Abdomen: Blando, depresible, globuloso, ruidos hidroaéreos presentes. No doloroso a la palpación, no signos peritoneales, no visceromegalia.

Neurológico: Despierto, LOTEP. Escala de Glasgow 15 puntos. No presenta signos meníngeos ni signos de focalización.

Exámenes de laboratorio

— Hemograma: Leucocitos 12000, hemoglobina 14 g/dL, plaquetas 429000.

— Bioquímica: Proteína C reactiva 9.9, urea 81, creatinina 1.48, albúmina 3.2.

— Electrocardiograma: Hipertrofia ventrículo izquierdo, alteración de la repolarización y mala progresión de onda R

- Ecocardiograma: FEVI 30%, TAPSE 13, hipocinesia global, dilatación de 4 cavidades, insuficiencia mitral moderada e hipertrofia de ventrículo izquierdo concéntrica.
- Análisis de gases arteriales: pH 7.48, pCO₂ 22, PO₂ 103, HCO₃ 21, lactato 1.8, Na 133, K 4.2, Cl 100, AG 12.

Diagnósticos planteados

- Insuficiencia cardíaca congestiva descompensada (Clase funcional III-IV NYHA) con fracción de eyección de ventrículo izquierdo baja
- Enfermedad renal crónica por insuficiencia cardíaca congestiva
- Hipertensión arterial mal controlada por historia clínica
- Trastorno ácido-base: Alcalosis respiratoria primaria aguda con acidosis metabólica secundaria
- D/C Crisis hipertensiva

1.3 Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 5

Anamnesis

Paciente mujer de 2 meses, de iniciales R A M, acude al servicio de Emergencia Pediátrica, en compañía de sus padres. Quienes refieren que presenta, hace 4 días, tos intensa y emetizante. Además, presenta vómitos de contenido lechoso en 2 ocasiones. 3 días previos al ingreso, paciente presenta rinorrea acuosa que dificulta la respiración y la lactancia. El día del ingreso, familiar refiere que se agrava la dificultad respiratoria. Además, refiere que la paciente presenta coloración azulada del rostro. Antecedentes personales: la paciente no cuenta con vacunación completa para su edad. Niega hospitalizaciones previas. Niega otras patologías.

Examen físico

Signos vitales: PA: 100/60 mmHg, FC: 146 lpm, FR: 31 rpm, SatO₂: 99 % a FiO₂ 21%.

Aspecto general: Paciente somnolienta, ventila espontáneamente, en aparente regular estado general, de nutrición y de hidratación.

Piel y mucosas: Tibia, elástica, hidratada. Palidez +/-, presencia de exantema eritematoso en región cervical, tórax y abdomen. Llenado capilar <2". Mucosas hidratadas.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. Se auscultan roncales y sibilantes difusos en ambos campos pulmonares. Presencia de tirajes subcostales.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No se detectan soplos audibles.

Abdomen: Blando, depresible. Ruidos hidroaéreos presentes. No dolor a la palpación. No visceromegalia.

Neurológico: Paciente somnolienta, reactiva a estímulos verbales y táctiles.

Diagnósticos planteados

- Síndrome obstructivo bronquial agudo
- Bronquiolitis aguda
- Síndrome coqueluchoide

Caso clínico n.º 6

Anamnesis

Paciente femenina de 10 años, de iniciales M F H M, acude al servicio de Emergencia Pediátrica en compañía de su madre; por presentar, 5 días previos al ingreso, tos, aumento de volumen en región cervical izquierda y cuadro febril persistente. 3 días antes del ingreso, presenta tumoración dolorosa en región cervical izquierda, inflamación ganglionar y, 1 día antes

del ingreso, presenta pico febril (39.5 °C) y congestión ocular sin secreción. Se le realiza ecografía cervical con evidencia de adenopatías cervicales bilaterales sugestivas de proceso linfoproliferativo, adenopatías submaxilares e intra parotídeas, nódulo esponjiforme tiroideo derecho, quiste coloidal izquierdo, TIRADS 2. Por lo que se decide hospitalización para ampliar estudio de tumoraciones.

Ampliación de historia clínica

Madre refiere que es llevada a atención por médico particular, quien le indica tratamiento con azitromicina, ibuprofeno y prednisolona. Al persistir los síntomas acude al servicio de Emergencia Pediátrica en la clínica Centenario Peruano Japonesa, en donde le indican cefadroxilo cada 12 horas por 7 días.

Al 4to día de estancia hospitalaria paciente presenta dolor abdominal e ictericia ++/+++. Al examen físico, presenta dolor a la palpación en epigastrio y se palpa el hígado a 4 cm del reborde costal derecho.

Examen físico

Signos vitales: PA: 100/60 mmHg, FC: 108 lpm, FR: 20 rpm, SatO₂: 98% a FiO₂ 21%.

Aspecto general: Despierta, ventila espontáneamente, en aparente regular estado general, de nutrición y de hidratación.

Piel y mucosas: Tibia, elástica e hidratada. Llenado capilar <2". Palidez de piel ++/+++.

Sistema linfático: Adenopatías conglomeradas en región cervical, de consistencia dura, no dolorosas.

Garganta: Orofaringe congestiva.

Ojos: Congestivos, pupilas isocóricas y fotorreactivas.

Nariz: Tabique nasal central, fosas nasales permeables, rinorrea.

Cuello: Central, móvil, adenopatías conglomeradas de consistencia dura, no dolorosas. Aumento de tamaño de glándulas parótidas bilaterales. Aumento de volumen cervical.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se detectan ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos de buena intensidad, no se detectan soplos audibles.

Abdomen: Blando, depresible. Ruidos hidroaéreos presentes. No dolor a la palpación, no visceromegalia.

Neurológico: Despierta, LOTEP. Escala de Glasgow 15 puntos. No presenta signos meníngeos ni signos de focalización.

Exámenes de laboratorio

- Hemograma: Leucocitos 9760 (linfocitos atípicos 15%-1460), hemoglobina 10.6 g/dL, plaquetas 227000.
- Bioquímica: Proteína C reactiva 22.2, deshidrogenasa láctica 510, fosfatasa alcalina 577, albúmina 3.9.
- Perfil hepático: Bilirrubina total 5.75, bilirrubina directa 4.40, bilirrubina indirecta 1.35, transaminasa oxalacética (TGO) 139, transaminasa pirúvica (TGP) 236.
- Electrolitos: Sodio 143, potasio 4.3, cloro 107.
- Tiempo de coagulación: 20 min. Tiempo de sangría: mayor a 7 min. Tiempo de protrombina: 11.9 seg. Tiempo de tromboplastina parcial: 35.4 seg.
- Análisis de gases arteriales: pH 7.48, pCO₂ 22, PO₂ 103, HCO₃ 21, lactato 1.8.

- Virus - Bacterias - Otros: *Epstein-Barr* (VCA) IgM 36.4, *Epstein-Barr* (VCA) IgG 90.2, *Epstein-Barr* (EBNA) IgM positivo, *Epstein-Barr* (EBNA) IgG 5.7, *Bartonella Henselae* IgM <1:100, *Citomegalovirus* IgM no reactivo, *Toxoplasma* IgM no reactivo, panel de virus respiratorios por IFI negativo.
- Hemocultivo: Negativo.

Pruebas de imágenes

- Ecografía de parótidas y cervical: Adenopatías cervicales bilaterales sugestivas de proceso linfoproliferativo, adenopatías submaxilares e intra parotídeas, nódulo esponjiforme tiroideo derecho, quiste coloidal izquierdo, TIRADS 2.
- Ecografía abdominal: Leve hepatoesplenomegalia, adenomegalia ovoidea de 23 x 9 mm en el hilio hepático.

Diagnósticos planteados

- Proceso infeccioso generalizado de etiología probablemente viral
- D/C Mononucleosis infecciosa por virus de *Epstein-Barr*, Enfermedad por arañazo de gato, Infección por *citomegalovirus*.

1.4 Rotación en Cirugía General

Caso clínico n.º 7

Anamnesis

Paciente mujer de 68 años con iniciales J R N acude al servicio de Emergencia, en compañía de su familiar. El cual, refiere que, desde hace 3 semanas, la paciente ha experimentado dolor abdominal tipo cólico localizado en mesogastrio y fosa ilíaca derecha, de carácter intermitente, de intensidad 6/10 que cede con la ingesta de analgésicos, asociado a náuseas y vómitos. 2 semanas antes del ingreso, se agrega deposiciones líquidas sin moco ni sangre, fiebre en picos e hiporexia. 1 día previo al ingreso, el dolor abdominal se exagera en intensidad a 8/10.

Niega antecedentes patológicos y quirúrgicos.

Examen físico

Signos vitales: PA: 110/60 mmHg, FC: 74 lpm, FR: 18 rpm, T°: 37.1 °C, SatO₂: 97% a FiO₂ 21%.

Aspecto general: Paciente despierta, ventila espontáneamente, en aparente regular estado general, aparente mal estado de nutrición y de hidratación.

Piel y mucosas: Tibia, seca, poco elástica, llenado capilar <2", normocoloreadas, mucosas secas.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se detectan ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se detectan soplos audibles.

Abdomen: Distendido, blando, poco depresible en hemiabdomen inferior, ruidos hidroaéreos incrementados con timbre metálico, timpánico, dolor difuso a la palpación profunda, se palpa masa en fosa iliaca derecha.

Neurológico: Despierta, LOTEP. Escala de Glasgow 15 puntos, no signos meníngeos, no signos de focalización, fuerza y sensibilidad conservada.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos 12570 (segmentados 82 % - 10307 y abastionados 2 % - 251).
- Bioquímica: Proteína C reactiva 207.

Pruebas de imágenes

- Radiografía abdominal simple en bipedestación: Presencia de múltiples niveles hidroaéreos a predominio de mesogastrio con ausencia de gas en ampolla rectal.
- Tomografía abdominal con contraste: Cambios inflamatorios a nivel de la fosa iliaca derecha con aspecto de plastrón apendicular, engrosamiento de la pared ileal distal y líquido libre en leve cantidad a nivel abdomino pélvico; se asocia signos de obstrucción intestinal baja.

Diagnósticos planteados

- Abdomen agudo quirúrgico
- Plastrón apendicular abscedado
- Obstrucción intestinal

Ampliación de historia clínica

Se realiza apendicectomía laparoscópica más drenaje de absceso pélvico, colocación de dren Penrose y liberación de adherencias. Paciente tolera intervención quirúrgica, pasa a la unidad de recuperación post anestésica y, posteriormente, a sala de hospitalización donde cursa con deshidratación y oliguria que es corregida con hidratación endovenosa. Paciente tolera la deambulación y la vía oral. Es dada de alta después de 8 días de estancia hospitalaria y se programa control por consultorio externo.

Casos clínicos n.º 8

Anamnesis

Paciente mujer de 24 años, con iniciales S L C T, que acude al servicio de Emergencia, en compañía de familiar; debido a la aparición de dolor abdominal de tipo cólico localizado en epigastrio durante las últimas 17 horas, con una intensidad inicial de 7/10, acompañado de distensión abdominal, náuseas y 2 episodios de vómitos, de contenido alimentario. 10 horas previas al ingreso, el dolor aumentó a una intensidad de 10/10

que no cede con ninguna posición. Durante su estancia en emergencia, presenta vómitos en 3 oportunidades, de contenido bilioso y refirió sensación de alza térmica (no cuantificada). Se le realiza ecografía abdominal de emergencia en donde se evidencia colecistopatía litiásica que se asocia a un cálculo enclavado en bacinete que impresiona condicionar impronta con la vía biliar, por lo que se decide hospitalización en piso para manejo quirúrgico.

Examen físico

Signos vitales: PA: 110/70 mmHg, FC: 85 lpm, FR: 16 rpm, T°: 36.5 °C, SatO₂: 98 % a FiO₂ 21%.

Aspecto general: Paciente despierta, ventila espontáneamente, en aparente regular estado general, de nutrición y de hidratación.

Piel y mucosas: Tibia, elástica e hidratada, llenado capilar <2", palidez leve, mucosas subhidratadas.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se detectan ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se detectan soplos audibles.

Abdomen: Globuloso, blando, depresible. Ruidos hidroaéreos incrementados. Dolor a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho. Signo de Murphy positivo. No visceromegalias, no signos peritoneales.

Neurológico: Despierta, LOTEP. Escala de Glasgow 15 puntos, no presenta signos meníngeos ni signos de focalización. Fuerza y sensibilidad conservada.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos 11470 (segmentados 63% - 7220 y abastados 0 %).
- Perfil hepático: Bilirrubina total 0.29, bilirrubina directa 0.13, bilirrubina indirecta 0.16, transaminasa glutámico oxalacética 68.6, transaminasa glutámico-pirúvica 43.1.
- Bioquímica: Amilasa 94.2, lipasa 27.6, proteína C reactiva 11.5, fosfatasa alcalina 109, proteínas totales 7.5, albúmina 4.2, glucosa 127, urea 16.2.
- Hemostasia: Sin alteraciones.

Pruebas de imágenes

- Ecografía abdominal: Moderada hepatopatía crónica difusa (esteatosis hepática), colecistopatía litiásica que asocia cálculo enclavado en bacinete que impresiona condicionar impronta con la vía biliar y disminución de la densidad del páncreas.
- Colangiografía: Hallazgos sugestivos de colecistitis aguda litiásica, no se evidencia coledocolitiasis ni dilatación biliar extra ni intrahepática. Conducto cístico de trayecto corto y de inserción alta como variante anatómica. Leve hepatoesplenomegalia asociada a esteatosis difusa.

Diagnósticos planteados

- Abdomen agudo quirúrgico
- Colecistitis aguda

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Clínica Centenario Peruano Japonesa

Los casos expuestos se desarrollaron en la clínica Centenario Peruano Japonesa, ubicada en el distrito de Pueblo Libre en la provincia y departamento de Lima. La cual, abrió sus puertas el 22 de diciembre del año 2005. Es un establecimiento de salud de Nivel II-2.

Actualmente, está siendo dirigida por el Dr. Pascual Castillo. La clínica ofrece múltiples servicios: Anatomía Patológica, consulta ambulatoria, centro de imágenes, centro obstétrico, centro quirúrgico, hospitalización, laboratorio, quimioterapia, Medicina Física y Rehabilitación, centro de hemodiálisis, centro de hemodinamia y cardiología intervencionista, Unidad de Cuidados Intermedios, Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.

Cuenta con un programa de internado médico conformado por las pasantías en los servicios de Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y Cirugía General, el cual se realizó en el periodo de abril 2023 a enero 2024. Además de las rotaciones mencionadas, se permitió realizar rotación en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), debido a la variedad y complejidad de casos en la institución.

Todo esto fue realizado en compañía de docentes médicos especialistas y personal de salud capacitado, cumpliendo con los protocolos pautados para garantizar la correcta ejecución de procedimientos y actividades, brindando así una atención de calidad a los pacientes y asegurando la salud de los pacientes y de los internos.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 1

Se presenta el caso de una gestante añosa con el diagnóstico de preeclampsia con criterios de gravedad. La preeclampsia es un trastorno hipertensivo de la gestación, que se presenta usualmente después de las 20 semanas de gestación o postparto. Se manifiesta por la reciente elevación de presión arterial (superior a 140/90 mmHg) y presencia de proteinuria o la falla de algún órgano. Además, se considera preeclampsia con criterios de gravedad a las pacientes que presenten los siguientes signos o síntomas: presión arterial mayor de 160/110 mmHg, síntomas de disfunción neurológica (cefalea intensa y persistente, escotomas, fopsias, ceguera cortical y vasoespasm retiniano), falla renal que se define con la creatinina mayor a 1,1 mg/dl o un aumento más de dos veces la concentración de creatinina basal, falla hepática (concentración de transaminasas mayor a 2 veces su valor superior normal o dolor intenso y persistente en el cuadrante superior derecho del abdomen), edema agudo de pulmón y trombocitopenia (conteo de plaquetas menor a 100,000 plaquetas/micromol). (1)

Este caso permite identificar la importancia de reconocer rápidamente este cuadro y activar la clave azul lo más pronto posible. La clave azul es una medida que tiene el objetivo de reducir la morbimortalidad materna en casos de preeclampsia con criterios de gravedad, eclampsia y síndrome de HELLP. Esto se logra mediante la estandarización de procedimientos en el manejo inmediato de estos cuadros en los diferentes servicios de atención de los establecimientos de salud. El manejo inmediato de la paciente consistió en las siguientes intervenciones: disminuir la presión arterial hasta 130-140/80-90 mmHg con el uso los antihipertensivos de elección (labetalol, nifedipino, metildopa o hidralazina), prevenir la eclampsia mediante la administración de sulfato de magnesio, maduración pulmonar con corticoides (betametasona o dexametasona) en todo feto

mayor de 24 semanas y menor de 34 semanas que tenga riesgo de parto prematuro dentro de los siguientes 7 días y culminar con la gestación mediante la mejor vía lo antes posible. (2)

Caso clínico n.º 2

Se detalla el caso de una primigesta con diagnóstico de VIH probable. Según, la Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre-Niño del VIH y Sífilis congénita del Minsa este es un escenario 3 (VIH-E3), que consiste en una gestante diagnosticada con infección por VIH por primera vez durante el trabajo de parto. Esto incluye, como es el caso, a toda gestante diagnosticada por prueba rápida o ELISA. (3)

Primero, durante el trabajo de parto, se debe iniciar la terapia antirretroviral, deberá recibir zidovudina (AZT) 300 mg, lamivudina (3TC) 150 mg y lopinavir/ritonavir (LPV/r) 400/100 mg por vía oral cada 12 horas, tratamiento que deberán continuar luego del embarazo independientemente de los niveles de CD4 y carga viral. (3)

En segundo lugar, para la culminación del parto está indicado cesárea, excepto en gestantes que llegan al establecimiento de salud con dilatación mayor de 4 cm y/o membranas rotas, en las cuales, la culminación sería vía vaginal, a menos que exista una indicación obstétrica para realizar cesárea.

Y, por último, en lo que corresponde al manejo del recién nacido que ha sido expuesto al VIH, se debe lavar de manera inmediata con abundante agua y jabón, y secar de manera suave para evitar laceraciones en la piel. Está contraindicada de manera absoluta la lactancia materna, por lo que deberá tomar sucedáneos de la leche materna y recibirá tratamiento antirretroviral con AZT 2 mg/kg vía oral cada 6 horas por 6 semanas y 3TC 2 mg/kg vía oral cada 12 horas por 7 días. El inicio de tratamiento será dentro de las primeras 8 horas de vida hasta un máximo de 24 horas de nacido. (3)

3.2 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 3

Se expone el caso de una paciente joven sin antecedentes de importancia con síndrome doloroso abdominal, asociado a hiponatremia severa; por lo cual, se plantea el diagnóstico a descartar de Porfiria Aguda Intermitente. Es un tipo de porfiria que resulta de la deficiencia parcial de la enzima hemo porfobilinógeno desaminasa (PBGD) o hidroximetilbilano sintasa (HMBS). Es un trastorno autosómico dominante de baja penetrancia y los síntomas se pueden producir por diferentes factores genéticos y exacerbantes como medicamentos (barbitúricos, fenitoína, antiepilépticos, rifampicina), etanol, tabaquismo, hormonas sexuales (principalmente la progesterona), dietas hipocalóricas o baja en carbohidratos. (4)

El ataque agudo se caracteriza por síntomas neurovisceral y se puede desarrollar en horas o días. En el caso planteado, la paciente presenta los síntomas más frecuentes del cuadro que son gastrointestinales y neurológicos como dolor abdominal, náuseas, vómitos; además, presenta taquicardia e hipertensión por afectación del sistema nervioso autónomo y central. Adicionalmente, los pacientes pueden presentar orina oscura o de coloración marrón rojizo por acumulación de porfirinas o porfobilina en orina. (4)

En los exámenes de laboratorio es frecuente hallar alteraciones en los electrolitos como hiponatremia, hipomagnesemia, hipercalcemia. Además de alteraciones bioquímicas como transaminasas elevadas y niveles levemente elevados de amilasa y lipasa séricas. Estas alteraciones fueron observadas en el caso con manifestaciones clínicas como convulsiones secundarias a la hiponatremia. (4)

En los exámenes de imagen se puede apreciar distensión del intestino delgado o grueso por íleo intestinal. Finalmente, el diagnóstico es confirmado por la elevación de los precursores (ácido delta aminolevulínico - ALA y porfobilinógeno - PBG) de la porfirina y porfirinas en orina. (4)

El manejo inicial incluye el tratamiento sintomático y el tratamiento específico. El primero, con analgésicos parenterales para disminuir el

dolor, beta bloqueadores para mejorar la taquicardia e hipertensión y benzodiazepinas para tratar la ansiedad e insomnio. Además, es importante evitar complicaciones neurológicas graves secundarias a la propia porfiria o a la hiponatremia o hipomagnesemia, por lo que se deben corregir inmediatamente cuando estén presentes. El tratamiento específico del ataque agudo de porfiria es con hemina intravenosa, la cual se usa especialmente en ataques graves que requieren hospitalización, uso de opioides, presentan síntomas como convulsiones, neuropatía motora, delirio, psicosis, íleo o hiponatremia. (5)

Caso clínico n.º 4

Se expone el caso de un paciente con diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva. El cual, se trata de un síndrome en el que el corazón no puede mantener un gasto cardiaco adecuado para satisfacer las necesidades metabólicas de los tejidos, ya sea por algún trastorno funcional o estructural que afecta la capacidad del ventrículo de llenarse o de bombear sangre. Una de las clasificaciones de la insuficiencia cardiaca (IC) es mediante la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) que se calcula con ecocardiografía. En el caso del paciente estamos ante una IC con FEVI reducida, también conocida como IC sistólica, porque se encuentra por debajo de 40% (paciente presenta una FEVI 30%). Otra de las clasificaciones de la IC es la de New York Heart Association (NYHA) que lo divide en 4 clases según la aparición de los síntomas (principalmente disnea); hablamos de clase A cuando el paciente es asintomático, clase B cuando presenta disnea a con la actividad física habitual (caminar o subir escaleras), clase C presenta disnea con actividades físicas menores como vestirse o ducharse y clase D cuando el paciente presenta disnea cuando está en reposo. En este caso el paciente se encuentra en la clase funcional D ya que presenta disnea en reposo. El diagnóstico de insuficiencia cardiaca se realiza por medio de la clínica aplicando los criterios de Framingham. Para confirmar el diagnóstico se debe cumplir 2 criterios mayores o 1 mayor y 2 menores. En este caso el paciente presenta 3 criterios mayores (disnea paroxística nocturna,

estertores bibasales e ingurgitación yugular) y 3 menores (edema de miembros inferiores, disnea de esfuerzo y taquicardia). (6)

Para complementar el estudio de la insuficiencia cardiaca en este caso se solicita un electrocardiograma que muestra alteración estructural del corazón como es la hipertrofia ventricular izquierda probablemente producto de la hipertensión arterial mal controlada. Asimismo, se realizó un ecocardiograma que permitió clasificar la IC según la fracción de eyección y muestra un corazón severamente dañado con dilatación de las 4 cámaras y presencia de valvulopatía mitral. Por lo tanto, el principal riesgo de este paciente era la mayor congestión sistémica y la hipoperfusión tisular. Por lo que la terapia con diuréticos (furosemida), antihipertensivos (Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y Beta bloqueadores) e inotrópicos (dobutamina) fue esencial para mantener compensado al paciente. Además, se tuvo control estricto de los signos de congestión (progresión de edemas, crépitos bibasales, derrame pleural y/o pericárdico, etc.), presión arterial y signos de hipoperfusión tisular (frialidad distal, llenado capilar mayor a 2 segundos, oliguria, etc.). (7)

3.3 Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 5

En el caso clínico presentado muestra a una lactante con bronquiolitis, la cual es una enfermedad frecuente y causa importante de hospitalización en este grupo etario. Esta enfermedad se determina como el primer episodio de dificultad respiratoria que se presenta en niños menores de dos años que presentan inicialmente clínica de infección de vías respiratorias altas como tos y/o rinorrea, y posteriormente presentan signos de vías respiratorias bajas como las sibilancias y/o subcrépitos seguido de un aumento del esfuerzo respiratorio. Es causado principalmente por virus, el más común es el virus sincitial respiratorio seguido del *Rinovirus*, *Metapneumovirus*, virus de la influenza, virus de la parainfluenza, entre otros. (8)

El diagnóstico de la bronquiolitis es clínico, los exámenes auxiliares y de imágenes no suelen pedirse de forma rutinaria ya que no contribuyen al diagnóstico, estos solo se piden cuando se sospecha de alguna otra patología como diagnóstico diferencial. (8)

Aunque la mayoría de bronquiolitis suelen autolimitarse es importante conocer los criterios de hospitalización. Los criterios son los siguientes: edad menor de 3 meses, apnea, saturación de oxígeno menor de 92% (0 a 2500 metros sobre el nivel del mar) o menor a 85% (más de 2500 metros sobre el nivel del mar), inadecuada tolerancia oral a líquidos, dificultad respiratoria (cianosis, tirajes o taquipnea), mal estado general, comorbilidad (cardiopatía congénita, enfermedad pulmonar crónica e inmunodeficiencia), incapacidad para cumplir terapia en el domicilio, empeoramiento del cuadro clínico o falta de respuesta al tratamiento después de 48 horas. (9)

El manejo inicial de esta paciente consiste en la aspiración de secreciones nasales, brindar adecuada hidratación vía oral con lactancia materna fraccionada a demanda, nebulización con solución salina al 0.9% cada 20 minutos 3 veces al día y mantener en posición semisentada. El uso de paracetamol será condicional a la fiebre y la oxigenoterapia solo se usará cuando la paciente sature menos de 92%. (9)

Caso clínico n.º 6

El virus de *Epstein-Barr* (VEB) es el agente principal de la mononucleosis infecciosa (MI), es un *herpesvirus* que se transmite por contacto íntimo entre portadores asintomáticos y personas inmunocomprometidas. (10)

Generalmente, como se observó en el caso, el cuadro inicia con malestar general, signos de faringitis y/o amigdalitis y fiebre. Luego, aparecen signos específicos como aumento de volumen y dolor en los ganglios linfáticos cervicales y fiebre moderada a alta. La linfadenopatía suele ser simétrica y afecta mayormente a la cadena cervical posterior. (10)

Además, es frecuente la presencia de náuseas, vómitos y anorexia como consecuencia de la hepatitis leve; sin embargo, la ictericia y hepatomegalia son poco frecuentes. (10)

En los exámenes de laboratorio se observó linfocitosis y aumento de linfocitos atípicos, lo cual, apoya el diagnóstico de infección por VEB. (11) Para el diagnóstico confirmatorio se solicitaron anticuerpos específicos de VEB: anticuerpos contra el antígeno nuclear (EBNA IgM y EBNA IgG) y anticuerpos contra el antígeno de la cápside viral (VCA IgM y VCA IgG). La presencia de anticuerpos VCA IgM en ausencia de anticuerpos EBNA IgG indican una infección aguda casi segura por VEB. (11)

El tratamiento de las infecciones primarias por VEB es sintomático. Se indica paracetamol o AINES para el manejo de la fiebre, malestar general y dolor de garganta. Además de proporcionar una hidratación y nutrición adecuadas. (10)

3.4 Rotación en Cirugía General

Caso clínico n.º 7

El dolor abdominal es uno de los síntomas más comunes en las salas de emergencia. Además, representa todo un desafío para los médicos ya que puede atribuirse a diversas causas, tanto benignas y autolimitadas como graves que requieren intervención de urgencia. Por lo tanto, es de suma importancia realizar una anamnesis exhaustiva y un correcto examen físico para orientar los exámenes auxiliares, llegar al diagnóstico correcto y brindar un tratamiento oportuno. (12)

Una de las causas del dolor abdominal en el caso expuesto es el plastrón apendicular. Dicha patología se define como una masa inflamatoria compuesta por el apéndice cecal, epiplón mayor y vísceras adyacentes. Esta puede o no contener pus (absceso). (13) El cuadro clínico clásico es la presencia de dolor abdominal localizado en la fosa iliaca derecha de 2 a 3 días de evolución asociado a fiebre que posteriormente desaparece y vuelve a aparecer entre el día 7 o 10. Durante la exploración física, se puede palpar una masa en la misma localización del dolor. Estos hallazgos más la presencia de leucocitosis, velocidad de eritrosedimentación y proteína C reactiva elevada son de ayuda diagnóstica. Además, una tomografía abdominal con contraste confirma el diagnóstico y da

información sobre si está abscedado o no. Usualmente el manejo es con antibiótico terapia empírica, apendicectomía laparoscópica diferida y drenaje percutáneo o por laparoscopia en caso haya absceso. (13) Pero, en este caso también se presenta un cuadro de obstrucción intestinal. El cual es un síndrome caracterizado por la interrupción persistente del paso del contenido intestinal en cualquier tramo del tracto intestinal con la consecuente acumulación de líquidos y gases. La presentación típica suele ser la presencia de dolor abdominal difuso tipo cólico, distensión abdominal, náuseas, vómitos, ausencia de eliminación de heces y/o flatos. En el examen físico se puede encontrar ruidos hidroaéreos aumentados o ausentes y timpanismo a la percusión. La principal causa es por bridas y adherencias tal como sucede en el caso expuesto. La radiografía simple de abdomen en bipedestación es uno de los exámenes auxiliares que se debe solicitar inicialmente, en él se puede observar dilatación de las asas intestinales, presencia de niveles hidroaéreos, entre otros signos que sugieren obstrucción. (14)

El tratamiento inicial consiste en la colocación de una sonda nasogástrica para drenar el contenido líquido y gaseoso del tracto gastrointestinal, corrección hidroelectrolítica y eliminar la causa de la obstrucción. (15)

Caso clínico n.º 8

El abdomen agudo quirúrgico es una de las condiciones más comunes atendidas dentro de la emergencia quirúrgica, engloba patologías que tienen en común la presencia de dolor abdominal de intensidad severa, de aparición súbita asociado a afectación del estado general y que requiere cirugía de manera urgente. Una de las causas más comunes de abdomen agudo quirúrgico, son las inflamatorias, y, dentro de ellas, la colecistitis aguda. (16)

La colecistitis aguda genera un síndrome que incluye dolor abdominal en cuadrante superior derecho, fiebre y leucocitosis, asociado al hallazgo de inflamación de la vesícula biliar, que, comúnmente, es causada por la presencia de cálculos biliares. (17)

Generalmente, el dolor es constante y prolongado (puede tener una duración mayor de 4 a 6 horas), además, puede irradiarse al hombro derecho o hacia la espalda. Como sintomatología adicional, los pacientes pueden presentar náuseas, vómitos y anorexia; como se observó en el caso. (17)

Al examen físico, los pacientes presentan característicamente el signo de Murphy positivo, el cual consiste en pedirle al paciente que inspire profundamente mientras se palpa el cuadrante superior derecho, lo que provoca aumento del dolor. (17)

En los exámenes de laboratorio se suele encontrar leucocitosis con desviación a la izquierda, menos frecuentemente se puede encontrar elevación leve de las transaminasas, amilasa e hiperbilirrubinemia e ictericia. (17)

Para el diagnóstico, se realizan pruebas de imágenes como ecografía abdominal en donde se evidencia el engrosamiento o edema de la pared de la vesícula biliar. Además, se puede realizar tomografía abdominal y colangiografía para descartar complicaciones. (17)

El manejo consiste en los cuidados de apoyo y el abordaje quirúrgico. Dentro de los cuidados de apoyo se encuentran la hidratación endovenosa, corrección de anomalías electrolíticas, manejo del dolor, y antibioticoterapia. El manejo quirúrgico en este caso fue una colecistectomía por vía laparoscópica; la cual es la más recomendada, se debe intentar siempre a menos que haya una contraindicación absoluta o falta de experiencia requerida. Además, se recomienda que se realice lo antes posible, ya que, un abordaje temprano, se asocia con menor morbilidad y mortalidad perioperatoria. (18)

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La educación médica en Perú para un estudiante de medicina de pregrado se estructura principalmente en tres fases: la primera, se centra en la formación en ciencias básicas; la segunda, abarca la instrucción clínica; y, la tercera y última fase, comprende el internado médico. Estas etapas están interconectadas y cada una aporta un valor significativo para el desarrollo de una formación médica adecuada. Es crucial destacar que tanto la instrucción y el dominio de las dos primeras fases, previamente mencionadas, son fundamentales para un rendimiento exitoso durante el internado médico. En esta fase final de la formación, los estudiantes aplican todos sus conocimientos en un entorno clínico real, interactuando con pacientes que tienen enfermedades y preocupaciones reales. Por consiguiente, se enseña a los futuros médicos cómo abordar e individualizar el manejo de los pacientes para brindar el mejor tratamiento para cada uno de ellos.

No obstante, la pandemia repercutió en todas las actividades, y el Internado médico no fue la excepción, se redujo la duración de este de 12 a 10 meses, a pesar de ser una fase crucial para el futuro médico. También afectó las prácticas presenciales previas al inicio del internado médico, por lo que la transición no fue la mejor, pero se implementaron programas de simulación, para suplir la falta de éstas, que fueron beneficiosos para la formación médica. Por otro lado, se fortalecieron estrategias básicas para evitar la transmisión de infecciones relacionadas con la atención de la salud, como el lavado de manos y el correcto uso de los equipos de protección personal.

La experiencia del internado médico en una clínica es a lo que se debe aspirar, debido a que el establecimiento cuenta con los materiales suficientes para cada uno de los procedimientos que se realizarán, los cuales, se realizan bajo la supervisión de un profesional capacitado que prioriza la seguridad del paciente y el aprendizaje del interno, se respeta el horario laboral que ya está estipulado por la ley que regula la modalidad formativa de las prácticas preprofesionales de internado en medicina humana, se cuenta con un seguro de salud y una remuneración digna. A pesar de ello, es evidente que al sistema de salud actual todavía le falta un largo camino para ofrecer los beneficios mínimos que deben tener los internos de medicina en el Perú.

Durante esta etapa, el interno de medicina se debe preparar académicamente para rendir el Examen Nacional de Medicina (ENAM), el cual, consta de 180 preguntas de opción múltiple que abarcan los temas aprendidos durante los 7 años de formación académica. Cuyo resultado influye en la elección de plazas para el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (Serums) y Residentado Médico. Por lo que, la universidad brindó apoyo implementando sesiones de simulacros los últimos domingos de cada mes durante los 10 meses de internado, con el objetivo de obtener un mejor rendimiento en el ENAM. Por otro lado, en la clínica se desarrollaron sesiones de presentación de casos clínicos, las cuales fueron de gran ayuda para poder revisar la parte teórica las patologías más frecuentes en cada especialidad.

CONCLUSIONES

1. El internado médico es considerado una etapa crucial en la formación de los futuros médicos; debido a que, durante este período, se ponen a prueba los conocimientos obtenidos a lo largo de los años de estudio en situaciones reales de atención del paciente. Este proceso se desarrolla bajo la supervisión de médicos especializados; la cual, proporciona una guía valiosa al compartir sus conocimientos y habilidades clínicas; y, permite a los internos desarrollar sus habilidades en el manejo del paciente.
2. La experiencia del internado tiene brinda la oportunidad de enfrentarse a situaciones de emergencia y aprender a manejarlas de manera efectiva. Además, el contacto directo con pacientes hospitalizados permite a los internos observar y participar en la evolución de las condiciones de los pacientes a lo largo del tiempo, perfeccionando, así, sus destrezas y capacidades en la labor asistencial.
3. Durante el internado, se adquieren no solo habilidades técnicas y conocimientos clínicos, sino también habilidades sociales y éticas esenciales. La responsabilidad y la organización son fundamentales, ya que se trata de la salud y el bienestar de las personas. La importancia de no causar daño, el respeto por la ética médica y la capacidad para llegar a diagnósticos precisos para aplicar tratamientos óptimos individualizados a cada paciente, son lecciones cruciales que se aprenden durante este período. Además, se destaca la importancia del trabajo en equipo multidisciplinario, ya que, la colaboración con otros profesionales de la salud es esencial para alcanzar metas y objetivos globales.
4. Al realizar el internado médico en una clínica, se cuentan con los recursos necesarios para la ejecución de los procedimientos correspondientes, se cumple con el horario laboral expuesto por la “Ley del Internado Médico” N°6969, proveen un seguro de salud y una remuneración adecuada. Sin embargo, es evidente que el sistema de salud actual en el Perú no brinda los mismos beneficios en las diferentes sedes hospitalarias, por lo que se

debería buscar la igualdad de condiciones para que el internado médico sea una etapa segura y favorable para todos los internos.

RECOMENDACIONES

1. Retomar la duración de 12 meses del internado médico, previa a la pandemia por el virus de SARS-CoV-2.
2. Fortalecer el programa de simulación de procedimientos los años previos al inicio del internado médico.
3. Establecer un año de externado médico para preparar mejor a los futuros internos de medicina y que la transición hacia este periodo sea más fácil.
4. Implementar un programa de acompañamiento psicológico para los internos de medicina durante toda la carrera y especialmente en esta última etapa.
5. Brindar la resolución de los simulacros de preparación para el ENAM realizados por la universidad.
6. Crear guías para facilitar el proceso de trámites a realizar para obtener el bachiller, título, colegiatura y registro en el Serums.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Preeclampsia: características clínicas y diagnóstico - UpToDate [Internet]. [citado 22 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?search=preeclampsia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H4024879751
2. Alvarado Ñato CJ, Perez Aliaga CF, Guevara Rios E, Meza Santibañez L, García de los Ríos Villazón R. Guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología. 2023.
3. Norma técnica de salud para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, Sífilis y Hepatitis B. [Internet]. [citado 22 de enero de 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5015.pdf>
4. Acute intermittent porphyria: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 22 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-intermittent-porphyria-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis?search=porfiria%20aguda%20intermitente&source=search_result&selectedTitle=1~59&usage_type=default&display_rank=1#H1
5. Acute intermittent porphyria: Management - UpToDate [Internet]. [citado 22 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-intermittent-porphyria-management?search=porfiria%20aguda%20intermitente&source=search_result&selectedTitle=2~59&usage_type=default&display_rank=2
6. Heart failure: Clinical manifestations and diagnosis in adults - UpToDate [Internet]. [citado 22 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/heart-failure-clinical-manifestations-and-diagnosis-in-adults?search=insuficiencia%20card%C3%ADaca%20congestiva&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H137389858
7. Overview of the management of heart failure with reduced ejection fraction in adults - UpToDate [Internet]. [citado 22 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-heart->

- failure-with-reduced-ejection-fraction-in-adults?search=insuficiencia%20card%C3%ADaca%20congestiva&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
8. Bronchiolitis in infants and children: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 22 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/bronchiolitis-in-infants-and-children-clinical-features-and-diagnosis?sectionName=DIAGNOSIS&search=bronquiolitis&topicRef=6020&anchor=H24&source=see_link#H24
 9. Sub-Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y SubEspecialidades - Neumología Pediátrica. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis. 2022.
 10. Clinical manifestations and treatment of Epstein-Barr virus infection - UpToDate [Internet]. [citado 22 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-treatment-of-epstein-barr-virus-infection?search=diagnostico%20virus%20epstein%20barr&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
 11. Infectious mononucleosis - UpToDate [Internet]. [citado 22 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/infectious-mononucleosis?search=diagnostico%20virus%20epstein%20barr&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H22
 12. Evaluation of the adult with abdominal pain - UpToDate [Internet]. [citado 22 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-abdominal-pain?search=DOLOR%20ABDOMINAL&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 13. Fernández ZR. Consideraciones actuales concernientes al tratamiento del plastrón apendicular. Rev Cuba Cir [Internet]. 23 de septiembre de 2021 [citado 22 de enero de 2024];60(3). Disponible en: <https://revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/1117>

14. Etiologies, clinical manifestations, and diagnosis of mechanical small bowel obstruction in adults - UpToDate [Internet]. [citado 22 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/etiologies-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-mechanical-small-bowel-obstruction-in-adults?search=abdomen%20agudo%20adulto&topicRef=6860&source=search_result&selectedTitle=1~130&usage_type=default&display_rank=1
15. Management of small bowel obstruction in adults - UpToDate [Internet]. [citado 22 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-small-bowel-obstruction-in-adults?search=abdomen%20agudo%20adulto&topicRef=8037&source=search_result&selectedTitle=1~130&usage_type=default&display_rank=1
16. Fernández MAC, Comesaña ED, Rodríguez FJG, Freire MNB, González PP, Martínez LL, et al. Abdomen agudo quirúrgico. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado. 1 de mayo de 2020;13(10):523-40.
17. Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 22 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~130&usage_type=default&display_rank=1
18. Treatment of acute calculous cholecystitis - UpToDate [Internet]. [citado 22 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=colecistitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~130&usage_type=default&display_rank=2