

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

TRAYECTORIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL INSTITUTO
NACIONAL MATERNO PERINATAL, INSTITUTO NACIONAL
DE SALUD DEL NIÑO Y HOSPITAL SAN JUAN DE
LURIGANCHO 2022-2023

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR
VIKTOR VLADIMIR ALVAREZ RAMIREZ
CHRIST MERCEDES CHUNGA LINARES

ASESOR
ANA LUCIA TACUNA CALDERON

LIMA - PERÚ
2023



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**TRAYECTORIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL INSTITUTO
NACIONAL MATERNO PERINATAL, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DEL NIÑO Y HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

**VIKTOR VLADIMIR ALVAREZ RAMIREZ
CHRIST MERCEDES CHUNGA LINARES**

**ASESORA
MTRA. ANA LUCIA TACUNA CALDERON**

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

A nuestras familias, a quienes, sin su incondicional apoyo y consejos, no hubiese sido posible la culminación de nuestra carrera profesional ni nuestro desarrollo como seres humanos.

A aquellos doctores, cuya pasión por la docencia y la medicina, nos sirvieron de inspiración para forjar nuestro carácter y disciplina.

A aquellos amigos, con los que compartimos anécdotas y experiencias durante todos estos años; sin ellos, no hubiese sido posible superar aquellos momentos de gran frustración y estrés que caracteriza toda formación profesional

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	4
I.1 Rotación en Ginecología y Obstetricia	5
I.2 Rotación en Neonatología y Pediatría	14
I.3 Rotación en Cirugía	24
I.4 Rotación en Medicina Interna	33
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	45
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	47
iii.1 Rotación en Ginecología Y Obstetricia	47
iii.2 Rotación en Medicina Interna	52
iii.3 Rotación en Cirugía	58
iii.4 Rotación en Pediatría	64
RECOMENDACIONES	75
FUENTES DE INFORMACIÓN	76

RESUMEN

El internado en medicina humana es una de las etapas más importantes en la formación académica de los médicos en Perú, pues es en donde se consolida y pone en práctica todo el conocimiento adquirido durante los 6 años previos de estudio. Durante este período, los internos realizan sus prácticas en hospitales y centros de salud, realizando rotaciones por las principales áreas de especialidades, tales como Pediatría, Ginecología, Cirugía y Medicina Interna. Esto nos permite adquirir experiencia en el manejo de pacientes y en la aplicación de tratamientos. El objetivo del presente trabajo es describir gran parte de la experiencia recopilada por los autores mediante historias clínicas y entrevistas a pacientes durante su internado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Instituto Nacional de Salud del Niño y el Hospital San Juan de Lurigancho, a través de la exposición de 16 casos clínicos en las áreas mencionadas, que incluye el abordaje de cada paciente desde su ingreso, el proceso que se siguió para llegar a sus diagnósticos y el tratamiento brindado para su recuperación. Posteriormente, se detalla el impacto de la Pandemia de COVID-19 durante el ejercicio del internado médico. Finalmente, se brindará algunas recomendaciones para los futuros estudiantes que deseen realizar su internado en los centros de salud mencionados.

Palabras clave: Internado de medicina; Interno, pandemia, Estudiante de medicina.

ABSTRACT

The internship in human medicine is one of the most important stages in the academic training of doctors in Peru, since it is where all the knowledge acquired during the previous 6 years of study is consolidated and put into practice. During this period, the interns do their internships in hospitals and health centers, rotating through the main areas of medical specialties, such as pediatrics, gynecology, surgery, and internal medicine. This allows us to gain experience in patient management and in the application of medical treatments. The objective of this work is to describe a large part of the experience compiled by the authors through clinical histories and interviews with patients during their internship at the National Maternal Perinatal Institute, the National Institute of Child Health and the San Juan de Lurigancho Hospital, through the exposure of 16 clinical cases in the mentioned areas, which includes the approach to each patient from their admission, the process that was followed to reach their diagnoses and the treatment provided for their recovery. Subsequently, the impact of the COVID-19 Pandemic during the exercise of the medical internship is detailed. Finally, some recommendations will be provided for future interns who wish to do their internship in the aforementioned health centers.

Keywords: Medical internship; Intern, pandemic, medical student.

REPORTE DE SIMILITUD

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

TRAYECTORIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL, INSTITUTO NACIONAL DE
S

AUTOR

VIKTOR VLADIMIR ALVAREZ RAMIREZ

RECuento DE PALABRAS

18312 Words

RECuento DE CARACTERES

98897 Characters

RECuento DE PÁGINAS

86 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

150.1KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 14, 2023 11:58 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 14, 2023 11:59 AM GMT-5

● 14% de similitud general

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

- 13% Base de datos de Internet
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- 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. Ana Lucia Tácuna Calderón

ASESOR

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8961-2326>

INTRODUCCIÓN

El internado es una de las etapas más importantes en la formación académica de los estudiantes de Medicina Humana, pues comprende al periodo de prácticas preprofesionales que se desarrolla en el séptimo -y último- año de estudios de todas las facultades de medicina en Perú; durante este periodo se consolida y pone en práctica los conocimientos y habilidades adquiridos en los años previos. Dichas prácticas son llevadas a cabo en los hospitales y centros de salud a nivel nacional que tengan convenios con las diferentes universidades. Antes de la pandemia de COVID-19, la etapa de internado tenía una duración de 12 meses y las practicas se realizaban, por lo general, solo en hospitales de segundo nivel. Actualmente, tiene una duración de 10 meses y se divide en dos partes: los primeros 5 meses se desarrollan en Hospitales o institutos nacionales (Nivel II-1 a nivel III-1) en donde se va rotando por las principales áreas de atención médica tales como Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Medicina interna. Durante este tiempo, los internos tienen la responsabilidad de brindar atención médica de calidad y segura a los pacientes bajo la supervisión de un médico especialista. Esto implica realizar historias clínicas, exámenes físicos, solicitar y analizar pruebas diagnósticas, formular diagnósticos y planificar el tratamiento adecuado, entre otras actividades. Además, tienen la responsabilidad de participar en la docencia y en la investigación en el ámbito médico, y en la elaboración de informes y registros médicos.

Los últimos 5 meses se llevan a cabo en Centros de salud de primer nivel (Nivel I-3 o nivel I-4); en donde se prioriza su participación en el área de Medicina General con el fin de ganar experiencia en el abordaje de las enfermedades más comunes en nuestro medio; así como la prevención de estas. En resumen, la función de los internos de Medicina Humana en Perú es desarrollar sus habilidades clínicas, brindar atención médica de calidad

a los pacientes y contribuir al avance de la medicina mediante la docencia y la investigación.

Los autores llevaron a cabo su internado en diferentes hospitales del departamento de Lima, el Instituto Nacional de Salud del Niño, ubicado en el distrito de Breña, en donde rotó por el servicio de Pediatría en los meses de junio, julio y mitad de setiembre. El Instituto Nacional Materno Perinatal, ubicado en el distrito de Barrios Altos, en donde se realizó la rotación de Cirugía y Ginecología y Obstetricia los meses de setiembre, octubre y noviembre. El Hospital San Juan de Lurigancho, ubicado en el distrito de San Juan de Lurigancho en la Avenida Canto Grande, en donde se realizaron las 4 rotaciones: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía y Ginecología y Obstetricia en los meses de junio a octubre.

A continuación, se brindará el detalle de la experiencia vivida por ambos autores en los distintos servicios de los distintos hospitales en donde realizaron su internado desde junio de 2022 a marzo de 2023; exponiendo las funciones que cumplió en cada servicio, los casos clínicos de mayor aprendizaje en cada área, así como las debilidades y fortalezas percibidas de cada hospital.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El séptimo año de estudios en la carrera de medicina humana consta del internado médico; época en donde se pone en práctica las habilidades y conocimientos adquiridos durante los 6 años previos; dichas prácticas preprofesionales se desarrollan en diferentes hospitales y centros de salud afiliados a cada facultad de Medicina. Esta etapa es crucial en el desarrollo de la carrera profesional, ya que es en donde realmente se aprende el abordaje integral de las principales enfermedades padecidas en nuestro medio; que comprende el correcto diagnóstico, encontrar el tratamiento óptimo y evitar futuras complicaciones.

El interno de medicina adquiere ciertas responsabilidades es esta etapa; realizar la evolución diaria en la historia clínica de los pacientes hospitalizados; solicitar y efectivizar los exámenes auxiliares durante las visitas médicas; efectuar las historias clínicas de los nuevos ingresos, así como las epicrisis de los pacientes dados de alta; toma de muestras sanguíneas, fluidos o secreciones para su estudio; curación de heridas operatorias; realizar las recetas médicas diarias para cada paciente hospitalizado, solicitud y seguimiento a los procedimientos. Así mismo, tiene programado, al menos, una guardia de 12 horas consecutivas en los servicios de emergencia, para la atención de urgencias menores.

Sin embargo, el interno de medicina no solo tiene labores ejecutoras; durante cada visita médica, tiene la oportunidad de plantear nuevos diagnósticos, solicitar nuevos exámenes y realizar pronósticos para cada paciente abordado en los servicios de hospitalización o en los de emergencia; asesorado siempre por médicos residentes y asistentes a cargo.

Para reforzar aún más nuestro conocimiento; cada servicio en donde el interno de medicina rota cuenta con actividades académicas a cargo de los médicos residentes o asistentes, en donde presentan los casos clínicos de

mayor relevancia y realizan exposiciones de los diagnósticos más comunes en nuestro medio.

Es así como se desarrollará a continuación 8 de los casos clínicos de mayor relevancia abordados por el autor en conjunto con los médicos a cargo.

I.1 Rotación en Ginecología y Obstetricia

La especialidad de Ginecología y Obstetricia se enfoca en el cuidado de la salud de la mujer, particularmente en relación con el sistema reproductivo femenino y el embarazo. La Ginecología se enfoca en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades del sistema reproductivo femenino; las principales consultas que se atienden incluyen las infecciones urinarias¹, los trastornos hormonales, los problemas menstruales y la infertilidad; mientras que la Obstetricia se enfoca en el cuidado de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio (posparto).

En el Instituto Nacional Materno Perinatal es uno de los principales centros de referencia en Obstetricia y Ginecología en Perú, y ha brindado formación y capacitación a estudiantes de medicina durante décadas. No se tiene información precisa sobre la fecha exacta en la que el INMP comenzó a aceptar internos de medicina, pero es probable que haya sido desde su creación como hospital especializado en 1932. Dentro del hospital, los internos rotan por diferentes áreas como son Obstetricia que tiene 4 pabellones, cada uno distribuido para pacientes adolescentes, trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias e infecciones; también se llega a realizar una rotación en el área de Ginecología. Los turnos de guardia se realizan en el área de Emergencia que incluye también el centro obstétrico en donde se atienden los partos eutócicos. El hospital cuenta con 6 salas de operaciones en donde generalmente se procede a la atención de cesáreas y cualquier otra patología Ginecológica u obstétrica que requiera cirugía como miomectomías, quistectomías de ovario y mamas, embarazos ectópicos complicados, entre otros.

Las principales labores del interno incluyen la atención de puérperas o las pacientes hospitalizadas en las diversas áreas mencionadas, siempre en supervisión de Médicos residentes y asistentes a cargo.

Las principales actividades en las que ayuda el interno en este hospital son las siguientes:

- Control prenatal: es la atención médica que se brinda a la mujer durante el embarazo para garantizar un desarrollo fetal adecuado y un parto saludable.²
- Detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual: como el VIH/SIDA, la sífilis, la gonorrea y la clamidia.
- Exámenes Ginecológicos de rutina: incluyendo la citología cervical, la exploración mamaria y la ecografía pélvica.
- Tratamiento de trastornos menstruales: como la amenorrea (falta de menstruación), la dismenorrea (dolor menstrual) y la menorragia (sangrado menstrual excesivo).
- Tratamiento de la infertilidad: evaluación y tratamiento de las causas de la infertilidad para ayudar a las parejas a concebir.
- Manejo de los síntomas de la menopausia: como los sofocos, la sequedad vaginal y la disminución del deseo sexual.
- Planificación familiar: asesoramiento y opciones de anticoncepción para prevenir embarazos no deseados.
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades Ginecológicas como el cáncer de ovario, el cervical y la endometriosis.

A continuación, se detallan 4 casos clínicos que los autores consideran relevantes debido a la gran concurrencia de cosas similares en nuestro medio:

Caso clínico n.º 1

Gestante de 19 años ingresa al servicio de emergencia por presentar cefalea, tinitus y edema en manos y cara, niega sangrado y pérdida de líquido.

Funciones vitales:

PA: 140/80 FR: 30 FC: 105 T° 36.5 SATO2: 98% PESO: 67
KG TALLA: 154

Antecedentes:

- G1P0000
- Edad gestacional: 37 Semanas y 5 días
- Fecha de última regla: 17/12/2021
- Fecha probable de parto: 24/09/2022
- Antecedentes quirúrgicos: Niega
- Antecedentes patológicos: Niega
- RAMS: Niega

Examen físico

- AREG, AREN, AREH
- Piel: T/H/E mucosas húmedas, edema +++ en cara y manos
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no rales, ni ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes
- Altura uterina: 32 cm SPP: LCD LCF: 132 por minuto Dinámica uterina: +/-, movimientos fetales presentes
- SNC: LOTEPL GLASGOW 15/15 cefalea holocraneana intensidad 6/10
- GU: No se evidencia sangrado ni pérdida de líquido
- Tacto vaginal: Orificio cervical posterior cerrado

Diagnósticos

1. Gestante de 37SS y 5 días por ecografía del I trimestre
2. Pródromos trabajo de parto
3. Enfermedad hipertensiva del embarazo -y preeclampsia

Plan de trabajo

- Activar clave azul
- Se solicita set de preeclampsia
- Terminó de gestación por vía alta (cesárea)

RP:

- NPO
- Control de funciones vitales + Observación de signos de alarma
- CLNA 0.9 %.... 500 cc a chorro, luego XLV gotas por min
- Sulfato de magnesio 20 % 6 gr en volutrol pasar en 20 min, luego 1 gr por hora
- Nifedipino 10 mg VO si PA sistólica se encuentra mayor a 160 y/o diastólica mayor 110
- Monitoreo estricto
- Control PA estricto

Paciente ingresa a sala de operaciones donde se le realiza una cesárea, logrando así controlar su cuadro, no presentó más complicaciones y posteriormente es llevada a alojamiento conjunto acompañada de su menor hijo.

Caso clínico n.º 2

Paciente multigesta de 27 años, acude al servicio refiriendo haberse caído por las escaleras hace 1 hora y posteriormente presenta sangrado vaginal de abundante cantidad, además hace aproximadamente hace 30 minutos presenta dolor abdominal intenso 8/10 en la región suprapúbica.

Funciones vitales

PA: 110/60 FR: 22 FC: 110 T°: 36.7 SAT.O2: 98% PESO: 56 KG
TALLA: 156

Antecedentes

- G3 P2002

- FUR: 28/08/2022
- FPP: 04/06/2023
- Edad gestacional: 4 semanas y 5 días por FUR
- Antecedentes quirúrgicos: Niega
- Antecedentes médicos: Niega
- Antecedentes Ginecología obstétricos: Amenaza de aborto en sus 2 embarazos previos

Examen físico

- AREG, AREN, AREH
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos taquicárdicos de buena intensidad
- Abdomen: Blando / depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio 6/10
- Genitourinario: PPL (-) PRU (-)
- Especuloscopia: Orificio cervical interno y externo abiertos, se extraen restos trofoblástico en regular cantidad

Plan

- Se solicita exámenes preoperatorios
- Se solicita Ecografía transvaginal

Diagnóstico

1. Gestante de 4 semanas y 5 días por FUR
2. Aborto incompleto

RP

1. Vía salinizada: NAACL 0.9% 1000 CC: Pasar 500 cc a chorro, luego XXX gotas por minuto
2. Preparar para AMEU

Después de la obtención del paquete de laboratorio y la realización del procedimiento AMEU, la paciente es trasladada a sala de observación, donde es monitoreada durante 4 horas, para luego ser pasada a la unidad

de hospitalización, donde no presento ninguna complicación y fue dada de alta en los posteriores días.

Caso Clínico n.º 3

Gestante de 24 años, con una edad gestacional de 30 semanas, 4 días por ECO I trimestre, acude al servicio de emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal presentando dolor abdominal tipo contracciones uterinas cada 20 minutos, asociado a escaso descenso de líquido claro vía vaginal hace aproximadamente 4 horas.

Niega antecedentes patológicos, niega antecedentes quirúrgicos, niega antecedentes patológicos familiares, niega RAM.

Antecedentes Ginecológicos

- Menarquía: 13 años
- Régimen catamenial: 5/30
- Inicio de relaciones sexuales: 17 años
- Número de parejas sexuales hasta la fecha: 02
- Frecuencia de relaciones sexuales: 1 vez a la semana
- Métodos anticonceptivos: Niega
- Último PAP realizado: En el 2021 (-)

Antecedentes obstétricos: G2 P1001; FUR: 05/12/2021; FPP: 10/09/2022, CPN: 5

Al examen físico

- AREG, AREN, AREH, sin signos de hipoperfusión tisular, ventila espontáneamente. Peso: 68 kg; Talla: 163 cm
- Funciones Vitales: FC: 88 x', FR: 18 x'; T°: 37 °C; PA: 110/70 mm Hg; Sat O2: 97 %
- Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menos a 2 segundos', no palidez, no ictericia, no edemas
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular para bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: útero grávido, tono conservado. Altura uterina: 29 cm. Contracciones uterinas: +/-+++ . LCF: 149 x'
- Aparato urinario: puño percusión lumbar negativo
- Sistema nervioso central: LOTEPE, EG 15/15
- Tacto vaginal: Dilatación: 1 cm, Incorporación: 20 %, Altura de presentación: -4. Escasos rastros de tapón mucoso, no se evidencia sangrado.

Se plantean los siguientes diagnósticos:

- G2 de 30 semanas y 4 días por ECO de I trimestre
- D/C amenaza de parto pretérmino

Con los diagnósticos mencionados, se solicita una ecografía obstétrica y transvaginal para medir la longitud cervical y exámenes de laboratorio como Hemograma completo, Glucosa, urea, creatinina, perfil hepático y examen completo de orina.

Como tratamiento se deja:

- NaCl 0.9 % 1000 CC: 500 CC a chorro, luego a 30 gts x min
- Control obstétrico: dinámica uterina + latidos cardiacos fetales
- Control de funciones vitales
- Pase a observación
- Reevaluación con resultados

Al cabo de 2 horas se realiza la reevaluación de la paciente con los siguientes resultados:

Ecografía obstétrica: SPP: LCI; PF: 1400 gr. Pozo mayor: 4 cm; Doppler sin alteraciones, LCF: 144 x'; Conclusiones: Gestación única activa de 30 semanas y 4 días por ECO de I trimestre, feto sin alteraciones.

Ecografía: transvaginal: 19 mm; Conclusiones Cuello corto.

HB: 12 g/dL; Leuco: 7,500; Abs: 0 %; Plaquetas: 255 000; Glucosa: 110 mg/dl; Urea: 16 mg/dl; Crea: 0.55 mg/dl; TGO: 44; TGP: 41; BT: 0.99; BD: 0.44; Examen de orina no patológico.

Con dichos resultados se confirma el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino y se procede a hospitalizar a la paciente en el pabellón B de Obstetricia.

En el pabellón B se procede con el siguiente plan:

1. Dieta completa + LAV
2. Vía salinizada} NaCl 0.9% 1000 CC - > pasar xxx gotas x"
3. Nifedipino 10 mg c/8h
4. Betametasona 12 mg IM c/24 horas por dos dosis.
5. CO: DU + LCF
6. CFV
7. Reposo absoluto

La paciente continuó con el mismo RP durante 2 días consecutivos, luego de las cuales las contracciones cesaron y no hubo mayor modificación cervical; al tercer día de hospitalización se retiró el nifedipino y la vía salinizada. Se la dejó en observación por 72 horas más y al cabo de 6 días de hospitalicio se plantea el alta

Caso clínico n.º 4

Gestante de 25 años, con una edad gestacional de 12 semanas y 3 días por última regla, acude al servicio de emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal refiriendo náuseas y vómitos constantes (en promedio 7 veces al día), todos de contenido alimentario y/o saliva hace aproximadamente 3 semanas, que se fue agravando desde hace 5 días. Al ingreso refiere 10 episodios. No tolera sólidos ni líquidos, refiere leve pérdida de peso (aproximadamente de 3 kilos en las últimas 2 semanas) e hiporexia, niega otras molestias.

Niega antecedentes patológicos, niega antecedentes quirúrgicos, niega antecedentes patológicos familiares, niega RAM.

Antecedentes Ginecológicos:

- Menarquía: 12 años
- Régimen catamenial: 4/28

- Inicio de relaciones sexuales: 19 años
 - Número de parejas sexuales hasta la fecha: 02
 - Frecuencia de relaciones sexuales: 2 veces a la semana
 - Métodos anticonceptivos: Niega
 - Último PAP realizado: Niega
- Antecedentes obstétricos: G1 P0000; FUR: 28/03/2022; FPP: 01/01/2023, CPN: 1

Al examen físico

- AREG, AREN, AREH, sin signos de hipoperfusión tisular, ventila espontáneamente. Peso: 56.5 kg; Talla: 150 cm
- Funciones Vitales: FC: 92 x', FR: 18 x'; T°: 36.6 °C; PA: 105/78 mmHg; Sat O2: 98%
- Piel y faneras: Tibia, poco hidratada, elástica, llenado capilar menos a 2 segundos', leve palidez, no ictericia, no edemas
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular para bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardíaco rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: útero grávido, tono conservado. Altura uterina: 11 cm. Contracciones uterinas: ausentes. LCF: 136 x'
- Aparato urinario: puño percusión lumbar negativo
- Sistema nervioso central: LOTEPE, EG 15/15
- Tacto vaginal: Dilatación: 0 cm, Incorporación: 0 %. No se evidencia pérdida de líquido ni sangrado vía vaginal.

Se plantean los siguientes diagnósticos:

- G1 de 12 semanas y 3 días por fecha de última regla
- Hiperémesis gravídica

Con los diagnósticos mencionados, se solicita una ecografía obstétrica y exámenes de laboratorio como Hemograma completo, perfil de coagulación y examen completo de orina.

Como tratamiento se deja:

- NaCl 0.9 % 1000 cc 300 cc a chorro, luego XXX gotas por min.
- Dimenhidrinato 50 mg. EV c/8 horas
- Ranitidina 50 mg. EV c/ 8 horas
- CO (LCF)
- CFV
- Reevaluación con resultados

Al cabo de 3 horas se reevalúa a la paciente con los siguientes resultados:
Ecografía obstétrica: SPP: indiferente; PF: 73 gr. Pozo mayor: 3 cm; LCF: 150 x'; Conclusiones: Gestación única activa de 13 semanas y 1 día por biometría fetal.

HB: 14 g/dL; Leuco: 8,900; Abs: 0 %; Plaquetas: 301 000; TP: 15.8 seg.
TTPA: 31.9 seg. Fibrinógeno: 622 mg/dL. Examen de orina no patológico.

Con los resultados deciden hospitalizarla en el servicio B de Obstetricia con los siguientes diagnósticos:

- G1 de 12 semanas y 3 días por fecha de última regla
- Hiperémesis gravídica
 - o **En el pabellón B se instaura el siguiente tratamiento:**
- Probar tolerancia oral
- Dextrosa 5% 1000 CC + 2 amp NaCl 20 % + 1 amp Kcl 20% } xxx gotas por minuto I, II, III
- Dimenhidrinato 50 mg EV c/8 horas
- Metoclopramida 10 mg EV c/8 horas
- Ranitidina 50 mg EV c/8 horas
- CFV + BHE

I.2 Rotación en Neonatología Y Pediatría

El servicio de pediatría se encarga de la atención médica integral de los niños, cuya etapa de vida abarca desde el nacimiento a la adolescencia. Esta especialidad incluye una amplia gama de áreas de atención médica,

como el crecimiento y desarrollo, las enfermedades pediátricas, la nutrición infantil, la vacunación y el desarrollo psicológico y emocional.

Algunos de sus principales labores incluyen:

- Crecimiento y desarrollo: Los pediatras realizan controles regulares de crecimiento y desarrollo de los niños para detectar cualquier problema temprano y garantizar que estos se desarrollen de manera saludable.
- Enfermedades pediátricas: Diagnostican y tratan una amplia gama de enfermedades pediátricas, desde enfermedades comunes como la gripe y las infecciones de oído hasta enfermedades crónicas y graves como el asma y el cáncer infantil.
- Nutrición infantil: Brindan asesoramiento en nutrición y alimentación para garantizar que los niños reciban una dieta adecuada para su edad y necesidades nutricionales.
- Vacunación: Administran las vacunas necesarias para prevenir enfermedades infecciosas en los niños.
- Desarrollo psicológico y emocional: Se enfocan en el desarrollo psicológico y emocional de los niños, y pueden brindar asesoramiento y apoyo en temas como la ansiedad, la depresión y el comportamiento.
- Atención de recién nacidos: Los pediatras también atienden a los recién nacidos, brindando atención médica especializada para garantizar que los bebés reciban los cuidados adecuados para su edad y necesidades específicas.

La neonatología, en cambio, se enfoca en la atención y cuidado de los recién nacidos, especialmente aquellos que nacen prematuramente o con alguna enfermedad o condición médica que requiere atención especializada. Dicha especialidad incluye el diagnóstico y tratamiento de una amplia gama de problemas de salud que afectan a los recién nacidos, como la prematuridad, la dificultad respiratoria, la hipotermia, la hipoglucemia, la ictericia, las infecciones y las malformaciones congénitas.

Los autores llevaron a cabo dichas rotaciones en 2 Hospitales distintos. La rotación de Neonatología fue en el Instituto Materno Perinatal, centro principal de referencia en dicha especialidad, pues atienden un gran número de partos – eutócicos y distócicos, por lo que es primordial contar con el servicio de neonatología. Este servicio tiene 4 distintas áreas en donde se distribuyen a los neonatos de acuerdo con el grado de prematuridad y patología presente; los pabellones I-A y I-B, son las áreas más críticas y funcionan como salas de unidades de cuidados críticos e intermedios, respectivamente.

El Hospital San Juan de Lurigancho, que cuenta con una área de emergencia pediátricas y unidad de trauma shock donde aprendemos a tratar patologías desde las más comunes en pediatría hasta la observación de casos más complejos, se cuenta con el servicio de neonatología enfocada a la atención inmediata del recién nacido, que debido a la gran población que se encuentra en el distrito de San Juan de Lurigancho, se nos permite poder atender a un gran número de recién nacidos, por último el área de hospitalización y UCI neonatal enfocado a los casos más críticos en esta especialidad.

Las principales labores del interno, siempre bajo la supervisión del médico residente o asistente a cargo, en dicho centro incluyen:

- Realizar exámenes físicos y pruebas diagnósticas en los recién nacidos para detectar posibles problemas de salud.
- Diagnosticar y tratar afecciones médicas en los recién nacidos, como la hipotermia, la ictericia, la dificultad respiratoria, la hipoglucemia y las infecciones.
- Coordinar el cuidado de los recién nacidos con otros profesionales de la salud, incluyendo enfermeras neonatales, terapeutas respiratorios, farmacéuticos y trabajadores sociales.

- Proporcionar atención médica y seguimiento a largo plazo a los recién nacidos que requieren cuidados especializados después de ser dados de alta del hospital.
- Educación a los padres y otros profesionales de la salud sobre los cuidados de los recién nacidos

Por otro lado, la rotación en el servicio de pediatría fue llevada a cabo por el autor en el Instituto Nacional Infantil del Niño – sede Breña; Hospital que también es tomado como referencia a nivel nacional por tener la mayor capacidad resolutive en el área de pediatría. Este hospital cuenta con 4 pabellones de medicina Interna (A, B, C y D) en donde se distribuye a los pacientes de acuerdo a la edad; además, a todos los internos de medicina se les programa una guardia de 12 horas consecutivas a la semana en el servicio de Emergencia, en donde básicamente atiende las Prioridades III junto a un médico residente a cargo.

Caso clínico n.º 1

Paciente de sexo femenino de 1.^{er} año, ingresa en compañía de su madre al servicio de urgencias pediátricas, por presentar desde hace 4 días fiebre, tos esporádica, rinorrea, malestar general, salivación excesiva y madre refiere que no desea ingerir sus alimentos.

Antecedentes: Nacida por parto vaginal, vacunas completas, niega alergias.
RAMS: Niega.

Funciones vitales:

FC: 110 LPM FR: 26 RPM T° 37.00 PESO: 7.8 KG SAO2: 97 %

Examen físico

- AREG, AREN, AREH
- PIEL y Mucosas: Presencia de lesiones costrosas y vesiculares en miembros superior (palmas) y miembro inferior (plantas). En la mucosa oral lesiones

vesiculares blanquecinas eritematosas en paladar y pilar posterior. Llenado capilar < 2 segundos, no cianosis.

- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados, no tirajes.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible, no doloroso a la palpación.
- SNC: Despierta, reactiva, conectada con el exterior

Diagnóstico:

- Enfermedad mano, pie y boca

Plan:

- Tratamiento sintomático:

RP:

1. Paracetamol 5 ml c/8h por 3 días
2. Baños con agua tibia
3. Aseo bucal
4. Espray faríngeo de contenido analgésico (alivia el dolor para que se pueda alimentar mejor)

Manejo ambulatorio

Caso clínico n.º 2

Paciente de sexo masculino de 5 años, es traído por su madre refiriendo que desde hace 6 días presenta fiebre cuantificada en 38.5 °C (que no se alivia con el paracetamol), malestar general, tos no productiva, rinorrea, dolor faríngeo y odinofagia.

Antecedentes: Cuadros gripales a repetición, vacunas completas.

RAMS: Niega.

Funciones vitales

FC: 95 LPM FR: 18 RPM T° 39.00 PESO: 15 KG SAO2: 99 %

Examen físico

- AREG, AREN, AREH
- PIEL y Mucosas: Llenado capilar < 2 segundos, no cianosis.
- Orofaringe: Amígdalas hipertróficas, exudativas y eritematosas.
- Sistema linfático: Adenopatía cervical derecha dolorosa de 2x2 cm.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos rales
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible, no doloroso a la palpación.
- SNC: LOTEP, Escala de Glasgow 15/15

Diagnóstico

- Faringoamigdalitis aguda

Según los criterios de Centor modificados por McIsaac, el paciente presenta un puntaje de: 4 puntos: Fiebre >38 °C, edad 3 - 14 años, adenopatía cervical dolorosa y exudado amigdalino.

RP:

Tratamiento sintomático

- Amoxicilina 3 ml c/8horas por 7 días
- Paracetamol 9 ml c/8horas por 3 días
- Loratadina 4 ml c/24 horas por 3 días

Manejo ambulatorio

Caso clínico n.º 3

Lactante de 8 meses y 10 días de edad, es traído por emergencia al Instituto Nacional de Salud del Niño por presentar hace 5 días: rinorrea, tos seca esporádica y sensación de alza térmica no cuantificada, hace 12 horas se asocia a dificultad respiratoria, madre indica que desde entonces se niega a recibir alimentos. Niega vómitos, niega diarreas, niega otras molestias.

Madre niega antecedentes patológicos y quirúrgicos del paciente, indica que hermano mayor presentó rinofaringitis hace aproximadamente 1 semana, niega RAM. Vacunas completas según el programa nacional de vacunas Minsa, lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida.

Al examen físico: En AREG, AREN, AREH, ventilando espontáneamente, no signos de hipoperfusión tisular.

Peso: 9160 gr; Talla 70 cm.

Funciones Vitales: FC: 153 x', FR: 55 x'; T°: 38.5 °C; Sat O2: 91 %

Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no ictericia, no edemas

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, sibilantes inspiratorios y espiratorios, leve tiraje subcostal.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: RHA (+), globuloso, blando, depresible, no aparenta dolor a la palpación

Sistema nervioso central: Despierto, reactivo a estímulos, pupilas isocóricas y foto reactivas, no signos de focalización.

Se plantean los siguientes diagnósticos:

- Bronquiolitis
- D/C Neumonía

Debido a que la madre indica que el menor no quiere recibir alimentos, se decide hospitalizar al paciente para ver su progresión y le solicitan una radiografía de tórax cuyo informe concluye “Radiografía AP compatible con hiperinsuflación pulmonar bilateral con discreto engrosamiento del intersticio perihiliar bilateral. No se evidencia áreas de condensación neumónica”.

RP de hospitalización:

- NPO
- Dextrosa 5 % 1000 cc
- Nacl 20% 20 cc
- Kcl 20% 10 cc
- Paracetamol 10 gotas c/ 8 horas por 3 días
- Oxígeno suplementario si SatO2 < 93 %
- Aspiración de secreciones a demanda
- Posición semisentada
- Control de funciones vitales y observación de signos de alarma

El paciente queda hospitalizado en el servicio C para observar signos de alarma, reposición de fluidos y evaluación de evolución

Caso clínico n.º 4

Paciente, mujer de 14 años de vida, acude refiriendo un cuadro de cefalea holocraneana progresiva hace 30 días asociado a náuseas y fotofobia desde hace 1 semana que cede a la ingesta de analgésicos. Cuenta con 1 antecedente de pérdida de conciencia hace aproximadamente 4 días y sin pérdida de memoria, previo a examen escolar “importante”. A la ampliación de la anamnesis, la paciente indica episodios de alucinaciones auditivas esporádicas desde los 6 años, refiriendo que una voz la anima desde entonces a conseguir sus objetivos. 1 día antes del ingreso, la paciente refiere cuadro violento con sus compañeros de clase, atacándolos con una

jeringa; motivo por el cual la madre decide traer a su menor hija por emergencia del INSN.

La paciente no presenta antecedentes patológicos ni quirúrgicos, niega RAM, niega antecedentes patológicos familiares. Vacunas completas según esquema nacional de Minsa, lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, desarrollo adecuado.

Al examen físico: En AREG, AREN, AREH, ventilando espontáneamente, no signos de hipoperfusión tisular.

Peso: 58 kg; Talla 158 cm

Funciones Vitales: FC: 68x', FR: 18x'; T°: 36.5 °C; Sat O2: 98 %

Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no ictericia, no edemas.

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

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no aparenta dolor a la palpación superficial ni profunda, no visceromegalia, no masas

Sistema nervioso central: Despierto, conectada con el entorno, no signos de focalización, no signos meníngeos, pupilas isocóricas y fotorreactivas. Escala de Glasgow 15/15. LOTEP.

Se plantean los siguientes diagnósticos:

- Cefalea etiología a determinar
- D/C brote psicótico
- D/C trastorno depresivo
- Alucinaciones auditivas

Con los diagnósticos planteados le solicitan una resonancia magnética cerebral de urgencia, cuyo informe concluyó “Encéfalo sin signos de lesión focal según descripción. No se evidencia signos de proceso expansivo, neofornativo, inflamatorio, parasitario ni de carácter vascular parenquimal actual”. Con dicho informe se realiza la interconsulta a la especialidad de neurología pediátrica quienes deciden hospitalizar a la paciente para realizarle una TEM cerebral sin contraste, exámenes de laboratorio de rutina y se envía una interconsulta al área de psiquiatría pediátrica.

Hb: 13.3 g/d; Leuco: 6700, Abs: 1%; Plaquetas: 296 000; Urea: 26; Crea: 0.46; Ex. De orina no patológico, serológicos negativos.

RP en Pabellón de hospitalización:

- Dieta completa + líquidos a voluntad
- Ketorolaco 30 mg EV c/8h
- Dimenhidrinato 50 mg EV PRN nauseas
- Metamizol 1 gr EV PRN dolor intenso y/o T° > 38.5 °C
- Midazolam 10 mg EV PRN agitación psicomotriz
- Sertralina 50 mg 1 tab VO c/24h
- Risperidona 2mg ¼ tab VO c/24h
- Clonazepam 0.5 mg 1 tab PRN insomnio o ansiedad
- Control de funciones vitales + observación de signos de alarma

La paciente es evaluada por los especialistas de salud mental, quienes indican que tiene un trastorno de ansiedad y sugieren terapia cognitiva con el área de psicología y su reevaluación al alta.

Neurología pediátrica reevalúa a la paciente con las imágenes del TEM cerebral S/C solicitado e indican que dicho estudio no presenta anormalidades.

A las 48 horas de hospitalización, la paciente niega nuevos episodios de cefalea, alucinaciones auditivas y brotes psicóticos; por lo que se plantea

su alta para que continúe evaluación por consultorio externo con el área de psiquiatría.

I.3 Rotación en Cirugía

El servicio de cirugía en medicina humana se encarga de diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades o afecciones mediante procedimientos quirúrgicos. Entre las principales funciones de este servicio encontramos: evaluación de la condición del paciente para determinar si es necesario realizar una intervención quirúrgica o si puede ser tratado con otros métodos; planificación de la cirugía, que incluye la selección de la técnica quirúrgica adecuada, la preparación del paciente y la coordinación del equipo quirúrgico; realización del procedimiento quirúrgico asegurando la seguridad y la eficacia del procedimiento; cuidados postoperatorios que para garantizar la recuperación adecuada del paciente, incluyendo la administración de medicamentos y la vigilancia de posibles complicaciones.

Los autores realizaron esta rotación en hospitales distintos, el Instituto Nacional Materno Perinatal, viendo –en su mayoría de veces– cesáreas electivas o de emergencia; en dicho hospital, también realizan miomectomías, quistectomías, histerectomías, oclusiones tubáricas bilaterales, entre otros; ya sea mediante laparoscopia o a cielo abierto. Entre los procedimientos menores a considerar están los AMEUS y legrados uterinos. El hospital cuenta también con un área especializada en fertilización, ahí se pueden observar implantaciones de embriones o vasectomías principalmente.

El Hospital San Juan de Lurigancho, que cuenta con una variedad de patologías quirúrgicas donde uno como interno puede desarrollarse y forjarse, empezando en el tópico de cirugía, donde se atienden a una variedad de pacientes con diferentes heridas cortantes, mordeduras de perros, gatos, quemaduras de II grado y demás, que junto con nuestros asistentes y residentes, aprendemos diferentes tipos de suturas y manejos

para cada patología, además el tópico es el primer punto de encuentro para reconocer patologías como apendicitis y colecistitis agudas, traumas hepáticos, diverticulitis, obstrucciones intestinales y demás, que posteriormente serán atendidos en sala de operaciones. También llevamos una pequeña rotación en el área de traumatología donde aprendemos a sobre los diferentes tipos de fracturas, tanto abiertas y cerradas, colocamos férulas, yesos, hacemos reducciones, todo ello conjuntamente a nuestros asistentes.

Las labores de los internos en dicho servicio incluyen realizar la historia clínica y examen físico de los pacientes y procedimientos básicos como la colocación de vías venosas periféricas, catéteres urinarios, etc.; aprender y asistir en cirugías menores o mayores; participar en el seguimiento y evaluación postoperatoria, en la redacción de informes médicos y en la revisión de las historias clínicas, aprender a interpretar y analizar los exámenes de laboratorio y estudios de imagen; participar en la atención a urgencias quirúrgicas.

Caso clínico n.º 1

Paciente, varón de 50 años ingresa a emergencia por presentar desde hace 48 horas, dolor abdominal tipo cólico de intensidad 7/10 localizado en epigastrio que posteriormente se localiza a nivel de la fosa iliaca derecha, hiporexia, refiere sensación de alza térmica, por lo cual decide tomar paracetamol, al no ceder los síntomas acude al nosocomio.

Funciones vitales

PA: 120/86 FC: 60 LPM FR: 18 RPM T° 37.5 PESO: 65 KG TALLA:
1.56 CM

Antecedentes

- Hipertensión arterial en tratamiento con enalapril 20 mg (hace 7 años)
- Niega antecedentes quirúrgicos y RAMS

Examen físico

- AREG, AREN, AREH
- PIEL: T/H/E, llenado capilar < 2 segundos
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, Mc Burney (+), Blumberg (-), Dunphy (+)
- Genitourinario: PPL (-) PRU (-)
- SNC: LOTEP, Glasgow 15/15

Plan

- Se decide solicitar hemograma, reactantes de fase aguda, urea y creatinina
- Ecografía abdominal

Resultados

Hemograma: Leucocitos: 12.200, Abas: 3 %, Neutrófilos: 70 %, Linfocitos: 40 %, Eosinófilos 0 %, hemoglobina 11.6 gr/dl, hematocrito 35, Plaquetas 315,000

Creatinina: 0.7 Urea: 20 PCR (+) VSG (+)

Ecografía: Se aprecia apéndice cecal con paredes engrosadas 8mm, con presencia de líquido perilesional

Diagnósticos:

1. Abdomen agudo quirúrgico
2. Apendicitis Aguda

Con los resultados obtenidos, más la clínica contributaria con el cuadro de apendicitis aguda, luego de unas horas con todos los exámenes

prequirúrgicos, el paciente es ingresado a sala de operaciones, para la realización de una apendicetomía abierta realizándose en él una incisión de Rockey y Davis.

Caso clínico n.º 2

Paciente, mujer de 36 años ingresa al servicio de urgencias por presentar desde hace 12 horas dolor tipo cólico localizado en hipocondrio derecho de intensidad 6/10, que no sede con la toma de analgésicos, refiere también sensación de alza térmica no cuantificada e irradiación del dolor hacia la zona interescapular, ha presentado nauseas en 2 oportunidades, pero no llegó a vomitar.

Antecedentes:

- Litiasis vesicular diagnosticada hace 6 meses
- Niega otras enfermedades
- Niega RAMS

Funciones vitales

PA: 130/80 FC: 98 LPM FR: 18 RPM T° 38 PESO: 72 KG TALLA: 1.60 CM

Examen físico

- AREG, AREN, AREH
- PIEL: T/H/E, llenado capilar < 2 segundos
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no rales
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no impresiona soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, Murphy (+)
- Genitourinario: PPL (-) PRU (-)
- SNC: LOTEP, Glasgow 15/15

Plan

- Se le solicita laboratorio y ecografía abdominal

Hemograma: Leucocitos: 16,000, Abas: 4 %, Neutrófilos: 65 %, Linfocitos: 45 %, Eosinófilos 0 %, hemoglobina 12,3 gr/dl, hematocrito 37, Plaquetas 350,000.

Bioquímica: Glucosa 115, Creatinina 1.00 BT 3.5, BD 1.60 GGTT 85, TGO 90, TGP 115, Lipasa 18 PCR (+) VSG (+)

En la ecografía se observó: Vesícula de tamaño aumentado, con paredes engrosadas 6 mm, con varios cálculos en su interior menores de 28 mm de tamaño. Dimensiones 69 x 33 mm, Pared: 6 mm.

Colédoco: Mide 3 mm Vena porta: Mide 8 mm

Diagnóstico:

- Colecistitis aguda

Paciente es preparada para entrar a SOP, donde se le realiza una colecistectomía por vía laparoscópica, con los siguientes hallazgos:

Vesícula de 10 x 4 cm, pared engrosada y a tensión. Cístico de 4 mm. Arterias císticas anterior y posterior.

En su cuarto día post operatorio la paciente es dada de alta, sin ninguna intercurencia.

Caso clínico n.º 3

Paciente, mujer de 26 años refiere de leves a moderados episodios de metrorragia hace aproximadamente 3 años asociado a mayor sensación de cansancio durante sus actividades cotidianas, motivo por el cual ingresa por emergencia al Instituto Nacional Materno Perinatal en donde deciden hospitalizarla.

Antecedentes patológicos: Diagnosticada de miomatosis uterina hace 2 años en el INMP; antecedentes quirúrgicos: un AMEU hace 5 meses por aborto incompleto, niega antecedentes patológicos familiares, niega RAM, niega transfusiones sanguíneas.

Antecedentes Ginecológicos:

- Menarquía: 13 años
- Régimen catamenial: 4/28
- Inicio de relaciones sexuales: 20 años
- Número de parejas sexuales hasta la fecha: 01
- Frecuencia de relaciones sexuales: 3 vez a la semana
- Métodos anticonceptivos: Niega
- Ultimo PAP realizado: En el 2020 (-)

Antecedentes obstétricos: G1 P0010; FUR: 02/08/2022.

AREG, AREN, AREH, sin signos de hipoperfusión tisular, ventila espontáneamente. Peso: 60 kg; Talla: 159 cm

Funciones Vitales: FC: 82 x', FR: 16 x'; T°: 36.5 °C; PA: 110/70 mmHg; Sat O2: 98 %

Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menos a 2 segundos', leve palidez, no ictericia, no edemas

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular para bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: RHA (+), blando, depresible, leve dolor a la palpación en hipogastrio, no signos peritoneales, no visceromegalia.

Aparato genito-urinario: puño percusión lumbar negativo, escaso rastro de sangrado vía vaginal. Anexos libres, no dolorosos.

Sistema nervioso central: LOTEPE, EG 15/15

Se plantean los siguientes diagnósticos:

- Miomatosis uterina

Se solicitan los exámenes de laboratorio de rutina y una ecografía pélvica, con los siguientes resultados:

Hb: 10 g/dL; Grupo sanguíneo: "O" positivo; Leuco: 6700; Plaquetas: 327 000; Creatinina: 0.52; TP: 15.9 segundos; TTPA: 29.7 segundos; INR: 1.29, serológicos negativos. Se solicita una radiografía de tórax y un EKG para su riesgo quirúrgico.

En la ecografía se encuentra: Útero en AVF, longitud: 97mm; AP: 52 mm; Endometrio: 3mm; Ovario derecho e izquierdo sin alteraciones; Miometrio: masa hipoecogénica de 61x56x57 mm (volumen: 102 cc) subseroso dependiente de región fúndica anterior; Doppler negativo. Conclusiones: útero AVF con endometrio delgado y mioma subseroso"

Con dichos resultados se procede a programar a la paciente para una miomectomía.

La operación se lleva a cabo bajo el siguiente informe:

Diagnóstico pre – operatorio:

- Miomatosis
- Adherencias peritoneales pélvicas.

Procedimiento quirúrgico realizado: Miomectomía, escisión de tumor del útero por abordaje abdominal, liberación de adherencias.

Descripción del procedimiento: Asepsia y Antiseptia + colocación de campo estéril, incisión minilap, apertura de pared por planos, liberación de adherencias, identificación de hallazgos, histerotomía a nivel de capsula del mioma, enucleación de este, ligadura de pedículo vascular, cierre de pared uterina en 2 planos, revisión de hemostasia, cierre de pared por planos.

Hallazgos: Mioma subseroso de 6x6cm en fondo uterino (FIGO 6); Sangrado intraoperatorio: 300 cc; diuresis: 500 cc.

No se presentó intercurrencias durante o después del procedimiento. La paciente fue hospitalizada en el pabellón de Ginecología para su recuperación durante 48 horas en donde su plan consistía en hidratación y analgesia.

RP luego del procedimiento:

- NPO por 24 horas, luego dieta líquida + LAV
- Vía salinizada
- Metamizol 500 mg 1 amp c/8h
- Retiro de sonda Foley 24 horas después de procedimiento
- CFV + OSA

Caso clínico n.º 4

Paciente, mujer de 41 años ingresa por consultorio externo de fertilidad del Instituto nacional materno perinatal para someterse a un método de anticoncepción permanente (BTB) debido a que ya no desea concebir más hijos.

Como antecedentes patológicos refiere hipertensión arterial diagnosticada en el 2020 recibiendo losartan 50 mg c/24h; como antecedente quirúrgico refiere 2 AMEU en el 2000 y el 2010 por aborto espontáneo y gestación anembrionaria respectivamente. 1 Cesárea el año 2013 por insuficiencia placentaria. niega antecedentes patológicos familiares, niega RAM, niega transfusiones sanguíneas.

Antecedentes ginecológicos

- Menarquía: 14 años
- Régimen catamenial: 6/30
- Inicio de relaciones sexuales: 16 años
- Número de parejas sexuales hasta la fecha: 03
- Frecuencia de relaciones sexuales: 1 vez al mes
- Métodos anticonceptivos: Niega
- Último PAP realizado: no recuerda.

Antecedentes obstétricos: G3 P1021; FUR: 19/07/2022.

AREG, AREN, AREH, sin signos de hipoperfusión tisular, ventila espontáneamente. Peso: 80 kg; Talla: 160 cm

Funciones Vitales: FC: 70 x', FR: 16 x'; T°: 36.7 °C; PA: 120/70 mmHg; Sat O2: 98 %

Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez, no ictericia, no edemas.

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

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos peritoneales, no visceromegalia.

Aparato urinario: puño percusión lumbar negativo

Tacto vaginal: No evidencia de sangrado, cuello uterino cerrado, múltipara. AVF +/- 7cm, anexo libre.

Sistema nervioso central: LOTEPE, EG 15/15

Se plantean los siguientes diagnósticos:

- Maternidad satisfecha
- Hipertensión arterial sin complicaciones por historia clínica

Se solicitan los exámenes de laboratorio de rutina y una ecografía pélvica, con los siguientes resultados:

Hb: 13.5 g/dL; Grupo sanguíneo: "B" positivo; Leuco: 5500; Plaquetas: 311 000; Creatinina: 0.46; TP: 16.5 segundos; TTPA: 28.7 segundos; INR: 1.19, serológicos negativos. Se solicita una radiografía de tórax y un EKG para su riesgo quirúrgico.

En la ecografía se encuentra: Útero en AVF, longitud: 77mm; AP: 40 mm; transverso: 44mm; Endometrio: 6mm; Ovario derecho e izquierdo sin alteraciones.

Con dichos resultados se procede a programar a la paciente para una BTB por laparoscopia.

La operación se lleva a cabo bajo el siguiente informe:

Diagnóstico preoperatorio:

- Esterilización por alto riesgo reproductivo.

Procedimiento quirúrgico realizado: Ligadura de trompas de Falopio de intervalo por laparoscopia quirúrgica.

Descripción del procedimiento: Asepsia y Antiseptia + colocación de campo estéril, inserción de trocar por vía umbilical con neumoperitoneo abierto, inserción de trocares accesorios en ambas FI, identificación de hallazgos, BTB con uso de energía eléctrica. Revisión de hemostasia, irrigación y aspiración; retiro de segmento de trompas, retiro de materiales y extracción de CO2. Sutura de aponeurosis umbilical con vycril y sutura subdérmica de las 3 incisiones.

Hallazgos: Útero de +/- 6 cm con mioma subseroso de 2 cm en cara anterior derecha, adherencias útero parietales escasas, ovario y trompa derecha normal, ovario y trompa izquierda con adherencias que se liberan parcialmente, ovario izquierdo con fase ovulatorio por lo que se evidencia escaso hemoperitoneo; sangrado intraoperatorio: 100 cc; diuresis: 300 cc. No se presentó intercurencias durante o después del procedimiento. La paciente fue hospitalizada en el pabellón de Ginecología para su recuperación durante 24 horas en donde su plan consistía en hidratación y analgesia.

RP luego del procedimiento:

- NPO por 24 horas, luego dieta líquida + LAV
- Vía salinizada
- Metamizol 500 mg 1 amp c/8h
- Retiro de sonda Foley 24 horas después de procedimiento
- CFV + OSA

I.4 Rotación en Medicina Interna

El servicio de medicina interna se encarga de la atención y el abordaje de pacientes adultos con una amplia variedad de enfermedades médicas. A la cabeza se encuentra la atención de complicaciones por enfermedades no transmisibles como la diabetes *mellitus* o la hipertensión. Otras afecciones

que suelen observarse son las enfermedades respiratorias, cardiovasculares, gastrointestinales, enfermedades infecciosas, endocrinas, renales, hematológicas y trastornos neurológicos.

En general, está diseñado para proporcionar atención integral a los pacientes, desde la evaluación inicial y el diagnóstico hasta el tratamiento y la rehabilitación.

Además, el servicio de medicina interna también trabaja en estrecha colaboración con otros servicios hospitalarios, como el servicio de urgencias, la unidad de cuidados intensivos y los servicios de consultas externas para garantizar una atención coordinada y continua del paciente en todo momento.

Los pacientes son hospitalizados en medicina interna cuando requieren atención médica continua y monitorización intensiva, como la administración de medicamentos intravenosos. También pueden ser hospitalizados en medicina interna si necesitan ser evaluados y tratados por múltiples problemas de salud simultáneamente.

Las principales patologías que se atiende en nuestro medio son:

- Enfermedades infecciosas graves, como sepsis, neumonía, meningitis y endocarditis.
- Enfermedades cardíacas, como insuficiencia cardíaca, arritmias cardíacas, infarto de miocardio y enfermedad valvular.
- Enfermedades respiratorias, como exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), neumonía, embolia pulmonar y asma grave.
- Trastornos gastrointestinales, como pancreatitis, enfermedad inflamatoria intestinal, obstrucción intestinal y enfermedades hepáticas y biliares.
- Trastornos renales, como insuficiencia renal aguda y crónica, nefritis y síndrome nefrótico.

- Enfermedades hematológicas, como anemia aplásica, leucemia, linfoma y trombocitopenia.
- Trastornos endocrinos, como diabetes mellitus, trastornos de la tiroides y enfermedades suprarrenales
- Enfermedades neurológicas, como ictus, hemorragia intracerebral, trastornos convulsivos y esclerosis múltiple.

Los autores realizaron esta rotación en hospitales diferentes; el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) y Sede Breña, Pabellón “D” de medicina interna y el Hospital San Juan de Lurigancho.

Como en todos los pabellones del INSN, se asignaron una guardia a la semana en el servicio de Emergencias en donde se encargó del abordaje de los pacientes con prioridad III de triaje.

En el Hospital San Juan de Lurigancho, cuenta con un tópico de emergencia, donde se atienden casos desde sencillos a complejos, que posteriormente pueden quedarse en el área de observación o pasar al pabellón de hospitalización, en el cual contamos con una sala de varones, mujeres y camas para los pacientes con patologías respiratorias muy contagiosas (encontramos ahí a pacientes con TBC MDR y XDR) que se encuentran en una área más apartada y ventilada.

Como internos cumplimos la función de hacer el examen físico, realizar las evoluciones, pasar visita con nuestros residentes y asistentes, aprendemos sobre el manejo y la interpretación de exámenes de laboratorio, realizamos curaciones y aprendemos tanto a sacar e interpretar el análisis de gases arteriales.

Similar a lo que se redactó en párrafos anteriores, la labor de los internos en esta área incluye:

- Historia clínica: El interno de medicina humana es responsable de obtener la historia clínica completa de los pacientes hospitalizados. Esto implica

entrevistar al paciente con o sin sus familiares, revisar sus registros médicos anteriores y realizar exámenes físicos.

- Interpretación de exámenes de laboratorio: Los internos de medicina humana pueden ayudar a interpretar los resultados de los exámenes de laboratorio, como análisis de sangre, orina y cultivos.
- Administración de medicamentos: Pueden administrar medicamentos a los pacientes hospitalizados, incluyendo medicamentos intravenosos.
- Realización de procedimientos médicos: En algunos casos, los internos de medicina humana pueden realizar procedimientos médicos en los pacientes, como la inserción de catéteres urinarios y venosos, paracentesis, curación de heridas, entre otros.
- Evaluación y seguimiento de pacientes: También pueden evaluar y seguir la evolución de los pacientes hospitalizados, incluyendo la monitorización de signos vitales, la revisión de los resultados de las pruebas de diagnóstico y la actualización de la historia clínica.
- Participación en discusiones clínicas: Los internos de medicina humana pueden participar en discusiones clínicas con el equipo médico para ayudar a desarrollar planes de tratamiento para los pacientes.

Caso clínico n.º 1

Paciente, varón de 21 años con diagnóstico de escabiosis en tratamiento desde hace 3 meses, acude porque hace 5 días presenta lesión en piel con signos de flogosis en codo y muslo izquierdo, asociado a sensación de alza térmica no cuantificada. Refiere que dos días antes de su ingreso se automedicó, pero no presentó mejoría. Al momento de la evaluación presentaba una úlcera en codo izquierdo de 2 x2 cm con signos de flogosis y lesión eritematosa en muslo izquierdo de 4x 4 cm.

Funciones vitales

PA: 120/70 FR: 19 RPM FC: 114 LPM T° 38.5 PESO: 70 KG
TALLA 176

Antecedentes

- Escabiosis hace 3 meses (refiere usar una formula prepara en crema para escabiosis, pero no recuerda su nombre)
- Hospitalizaciones: Niega
- Antecedentes quirúrgicos: Niega
- RAMS: Niega
- Antecedentes familiares: Madre (Hipertensión arterial) y padre (Diabetes mellitus)

Examen físico

AREG, AREN, AREH

Piel y faneras: T/H/E llenado capilar < 2 segundos, no presencia de ictericia, mucosas orales húmedas. Presencia de úlcera en codo izquierdo de 2 x2 cm con signos de flogosis y lesión eritematosa en muslo izquierdo de 4x 4 cm dolorosa.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, amplexaciones conservadas, no tirajes, no ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos, no choque de punta

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible, no doloroso a la palpación

Genitourinario: PPL (-) PRU (-)

SNC: LOTEPE

Diagnóstico:

- Escabiosis
- Celulitis

Plan

- Se solicita hemograma, reactantes de fase aguda.
- Antibiótico terapia
- Curaciones

Tratamiento:

1. Dieta blanda
2. Vía salinizada
3. Clindamicina 600mg EV c/8hrs
4. Tramadol 50 mg + CLNA 0.9 % 100 cc EV c/12 horas
5. Metamizol 1gr ev PRN temperatura mayor de 38.3 °C
6. Dimenhidrinato 50 mg EV PRN a nauseas o vómitos
7. Curaciones diarias + aplicación de permetrina 5 %
8. Control de funciones vitales

Caso clínico n.º 2

Paciente, mujer de 35 años con un cuadro clínico de 5 días de evolución, ingresa al hospital presentando disnea progresiva a leves esfuerzos, opresión torácica, sibilantes y sensación de alza térmica no cuantificada.

Antecedentes

- Asmática en tratamiento irregular desde hace 10 años
- Antecedentes quirúrgicos: niega
- RAMS: Niega

Funciones vitales

PA: 110/60 FC: 60 LPM FR: 20 RPM T° 36.7 SATO2: 96 % PESO:
65 TALLA: 157

Examen físico:

- AREG, AREN, AREH
- PIEL: T/E/H, llenado capilar < 2 segundos

- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, sibilantes inspiratorios a predominio de bases, crepitantes en 1/3 superior de hemitórax derecho.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos
- Abdomen: Blando/depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso

Diagnóstico:

1. Asma Bronquial
2. Neumonía

Plan:

- Se solicita hemograma, aga y electrolitos, urea y creatinina
- Se solicita radiografía de tórax simple
- Hidratación
- Antibiótico terapia

Laboratorio:

Hemograma: Leucocitos: 10.900, Abas: 2 %, Neutrófilos: 60 %, Linfocitos: 35 %, Eosinófilos 02 %, hemoglobina 12.8, hematocrito 36.2, plaquetas 281,000

Creatinina: 0.65 Urea: 15

AGA: PH 7.4 PCO2 33.5 PO2 71 HCO3: 22 NA+: 137 K+: 3.6

Radiografía tórax: Presencia de un nuevo infiltrado algodonoso a nivel del 1/3 superior del hemitórax derecho, sugestivo de neumonía.

Tratamiento:

- Dieta blanda hipoalergénica
- CLNA 0.9 % 1000 cc EV, pasar a XXX gotas por min
- Ceftriaxona 2gr ev c/24 horas
- Claritromicina 500 mg vo c/12 horas
- Hidrocortisona 25 mg ev c/6 horas

- Salbutamol 100 mcg inhalatorio: 2 inhalaciones cada 8 horas con aerocámara adulto
- Bromuro de ipatropio 20 mcg inhalatorio: 3 inhalaciones c/8 horas con aerocámara adulto
- Beclometasona 250 mcg inh: 1 inhalación c/12 horas con aerocámara adulto
- O2 para mantener SATO2 >92 %
- Metamizol 1 gr ev PRN T° >38.3
- CFV

Caso clínico n.º 3

Paciente, mujer de 45 años, natural de Lima, procedente de comas, refiere que hace 6 días presentó dolor abdominal tipo urente, asociado a náuseas y vómitos (2-3 por día) de contenido alimentario que no guarda relación con la ingesta de alimentos. Hace 2 días se despierta por la noche de dolor y menciona que “siente su estómago vacío”; además de presentar heces pastosas y oscuras de muy mal olor desde hace 48 horas, motivo por el cual acude por emergencia del hospital San Juan de Lurigancho.

Antecedentes ginecológicos

- Menarquía: 14 años
- Régimen catamenial: 5/28
- Inicio de relaciones sexuales: 22 años
- Número de parejas sexuales hasta la fecha: 03
- Frecuencia de relaciones sexuales: Infrecuentes
- Métodos anticonceptivos: Niega
- Último PAP realizado: Niega

Antecedentes obstétricos: G3 P3003; FUR: 28/07/2022

- Antecedentes Generales: Alergias: Niega; Hospitalizaciones: 1 vez en HNAL por colecistitis aguda; Transfusiones: Niega.
- Antecedentes Familiares: Padre con Hipertensión arterial (HTA) hace 10 años. Madre: niega. Abuelo paterno falleció por Ca de colon a los 72 años.

- Antecedentes Patológicos: Gastritis por helicobacter pylori hace 2 años con tratamiento completo.

Examen físico: P.A: 110/70mmHg; FC: 70 x', FR: 16 x', T°: 37.4 °C, SatO2: 97 %. Glasgow 15/15. Paciente con facie dolorosa, en AREG, AREH, AREN.

Piel y Faneras: piel fría, llenado capilar menor a 2 segundos, palidez +/+++

T y P: Murmullo vesicular para bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.

ABD: Globuloso, RHA (+), blando, depresible, doloroso a palpación profunda en epigastrio, no masas.

GU: PPL y PRU negativos, no globo vesical

SNC: Responde al llamado de su nombre, orientado en tiempo, espacio y persona. No signos meníngeos, ni de focalización.

Se plantean los siguientes diagnósticos:

1. Hemorragia Digestiva alta
2. d/c úlcera péptica
3. d/c colecistitis reagudizada

Plan:

- Hidratación con CNa 0.9 % 1000cc
- Omeprazol 40mg EV c/24h
- NaCl 0.9 % x 1000cc, 1l por hora + KCl 20 % EV x 2 horas.
- Insulina R 0.2 mg/kg SC cada 2 horas. Control de HGT C/2h
- Se solicita: Hemograma completo, glucosa – urea y creatinina, perfil de coagulación.
- Interconsulta por el servicio de gastroenterología
- OSA + CFV

Resultados:

Hb: 7.9 g/dl; Hto: 21.5%; Plaq: 228 000; Leucocitos: 7 000; Glucosa: 88; Ur: 26; Cr: 0.55; TP: 12.6 segundos; TTPA: 27.6 segundos

Se manda una interconsulta a la especialidad de Gastroenterología, quienes evalúan el caso con los resultados y solicitan 02 paquetes globulares para reposición, hospitalizarla y posteriormente programarla para endoscopia digestiva alta.

La paciente es trasfundida con 02 paquetes globulares. Se le realiza la endoscopia digestiva alta cuyo informe reporta una Úlcera gástrica Escala de Forrest "IIB" a nivel del cuerpo del estómago, el cual se interpreta como la presencia de un coagulo rojo formado y adherido sobre la úlcera. La paciente se queda en el servicio de gastroenterología para culminar su tratamiento y posterior seguimiento.

Evolución: Paciente evoluciona favorablemente después del tratamiento endoscópico, que su objetivo consiste en obtener la hemostasia permanente, es decir, conseguir el control inicial de la hemorragia y prevenir el re sangrado, ya que tiene alta probabilidad de recidiva. Sigue su tratamiento con antiagregantes AAS 100mg cada 24h hasta 3 post endoscopia; luego de las cuales se plantea el alta

Caso clínico n.º 4

Paciente, mujer de 16 años ingresa por emergencia del INSN presentando dolor intenso tipo cólico en epigastrio irradiado a región lumbar del lado izquierdo hace aproximadamente 4 horas que se produjo luego de la ingestión de comidas copiosas; asociado a sensación de náuseas y alza térmica no cuantificada.

Niega antecedentes patológicos, quirúrgicos ni patológicos familiares, niega RAM.

Antecedentes Ginecológicos:

- Menarquía: 14 años
- Régimen catamenial: 3/28
- Inicio de relaciones sexuales: Niega
- FUR: 16/09/2022

AREG, AREN, AREH, sin signos de hipoperfusión tisular, ventila espontáneamente, con facie álgica. Peso: 55 kg; Talla: 155 cm

Funciones Vitales: FC: 100 x', FR: 18 x'; T°: 37.5 °C; PA: 110/70 mmHg; Sat O2: 98 %

Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, leve palidez, leve ictericia +/+++ , no edemas.

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

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: RHA (+), blando, depresible, doloroso a la palpación superficial en epigastrio, rebote (-), Murphy(-).

Aparato urinario: puño percusión lumbar negativo

Sistema nervioso central: LOTEPE, EG 15/15

Se plantean los siguientes diagnósticos:

- Sd doloroso abdominal
- D/C pancreatitis
- D/C coledocolitiasis

Se solicitan exámenes de laboratorio y una ecografía abdominal.

Hb: 12.6 g/dL; Leuco: 9 800; abs:0 %; Plaquetas326 000; TGO: 278; TGP: 387; Crea: 0.56; BT: 3.53; BD: 2.51; Glucosa: 104; FA: 1311; PCR: 11.94; Lipasa: 999 Amilasa: 828; GGT: 323

El informe de la ecografía indica: "Hígado: LHD 152 mm; tamaño y ecogenicidad conservado. Dilatación de vías biliares intrahepáticas. No lesiones focales. Colédoco: hasta 16 mm, contiene sedimento denso. Vena porta: 10 mm. Vesícula biliar: Distendida de 120 x 51 mm. Pared edematosa

de 4.6 mm, contenido varios litos de hasta 6 mm y sedimento denso. Páncreas: al momento de tamaño conservado, mínimos cambios inflamatorios periduodenales. No líquido libre. Conclusiones: Dilatación de vía biliar intrahepática, considerar probable coledocolitiasis. D/C pancreatitis”.

RP

- NPO
- Dextrosa 5 % 100CC + NaCl 20% 40 CC + KCl 20 % 20 CC (120 cc/hora)
- Metamizol 500 mg 2 amp EV c/8h
- Hioscina 20 mg EV c/8h
- Ondansetron 8mg EV PRN vómitos
- Omeprazol 40 mg EV c/24h
- Petidina 50 mg + NaCl 0.9% 50 cc] EV c/4h
- Control de la PA c/4 horas
- CFV + BHE
- OSA

La paciente es evaluada con resultados por el servicio de gastroenterología, confirmando el diagnóstico de una pancreatitis aguda, producto de coledocolitiasis que presentó. Se la mantuvo en NPO, aproximadamente, por 2 días, luego se fue retirando progresivamente los analgésicos, además de que se probaba la tolerancia oral.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Tal como se mencionó, los autores realizamos el internado médico en el Instituto Nacional Materno Perinatal, el Instituto Nacional de Salud del Niño y el Hospital San Juan de Lurigancho.

El Instituto Nacional Materno Perinatal se encuentra ubicado en el Jr. Santa Rosa n.º 941 en el Cercado de Lima en el departamento de Lima, fue fundado el 10 de octubre de 1826 por el médico Hipólito Unanue, desde sus inicios funcionó como una casa materna donde se atendía partos principalmente enfocado en mujeres de bajos recursos, para que en el año 1992 se convirtiera en el gran Instituto Materno Perinatal, donde se atienden patologías médico-quirúrgicas de alta complejidad de todo el país, dando lugar en el año 2006 a la categorización actual de un establecimiento de salud nivel III-2, donde se incorpora la investigación y enseñanza dentro de su misión³.

El Instituto Nacional de Salud del Niño localizado en la Av. Brasil n.º 600, en el distrito de Breña, departamento de Lima, es uno de los más importantes referentes de la salud en niños en todo el país, fue inaugurado el 1 de noviembre de 1929, bajo la presidencia de Don Augusto B. Leguía. Dedicado arduamente desde sus inicios a brindar los servicios de salud integral a los niños y adolescentes del país, enfocado en la población más vulnerable. Cuenta con diversas especialidades y equipo sofisticado para afrontar las patologías de alta complejidad.

Es un establecimiento de salud nivel III-2, que tiene como visión el ser el líder a nivel nacional en la atención integral de niños y adolescentes, enfocándose en la investigación, innovación y desarrollo de nuevas tecnologías⁴.

El Hospital San Juan de Lurigancho, localizado en la Av. Canto grande paradero 10, en el distrito de San Juan de Lurigancho departamento de Lima. Tiene sus orígenes en diciembre del año 1977 en el cual brindaba servicios de salud de nivel primario, conforme pasaron los años, y con los esfuerzos de las autoridades en 1992 se convirtió en un centro materno infantil nivel I - 4, en el 2005 sigue ampliando su cobertura y es reconocido como un Hospital nivel II - 1; en la actualidad este nosocomio mediante la Resolución Directoral n.º 004 - 2010 - DISA - IV - LE, es reconocido como un establecimiento de salud II-2 ⁵.

Cuenta con un área de 1,100m², con múltiples especialidades tanto en el área de medicina interna, pediatría y neonatología, cirugía y Ginecología y Obstetricia, con una población asignada de 104, 303 habitantes, y una demanda de 1 millón de habitantes por ser el único hospital para una población tan amplia como es el distrito de San Juan de Lurigancho. Convirtiéndose así en un gran referente en estos pobladores ⁵.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso Clínico n.º 1

La preeclampsia se define como un trastorno que se presenta en una gestación después de las 20 semanas, se caracteriza por la presencia de hipertensión arterial (PA: >140/>90) y proteinuria ⁶.

Se puede clasificar en preeclampsia leve o sin criterios de severidad; donde la presión arterial se encuentra menor de 160/110, con proteinuria; o preeclampsia severa o con criterios de severidad, aquella asociada a una PA >160/11, elevación de las enzimas hepáticas, trombocitopenia <100,000, creatinina >1.1mg/dl, edema pulmonar y alteraciones cerebrales u visuales de manera repentina ⁶.

Luego de hacer el diagnóstico e identificar frente a que escenario estamos, es de suma importancia activar la clave azul inmediatamente e iniciar el tratamiento⁷. En la preeclampsia sin signos de severidad podemos utilizar:

- Metildopa 250 a 500 mg c/24 h
- Hidralazina 60 a 200 mg por día (se debe tener cuidado por el riesgo de hipotensión)
- Labetalol 100 a 400 mg
- Nefedipino 10 a 20 mg

Por otro lado, en aquella con signos de severidad, se hospitaliza a la gestante para un monitoreo más estricto y pasar medicamentos de manera parenteral ⁷.

El sulfato de magnesio se utiliza en dosis de 4g diluido en 250 cc de dextrosa, y se pasa en 20 min, ayuda a controlar las crisis convulsivas y también es utilizado como neuroprotector ⁷.

Se debe saber que la cura es la culminación del embarazo, los tratamientos en mención solo nos permiten el poder llegar a una edad gestacional, donde el feto sea viable ⁷.

En el caso presentado, la paciente tenía una edad gestacional de 37 semanas y 5 días, edad donde una gestación se encuentra a término, se reconoció rápidamente los signos de alarma que nos harían pensar en una preeclampsia y se procedió a la culminación del embarazo por vía alta (cesárea).

Caso clínico n.º 2

Se define como aborto a la interrupción del embarazo de un producto antes de las 22 semanas o que presente un peso fetal inferior a los 500 gr. Existen diferentes tipos de abortos, el inevitable (presenta las membranas rotas y el OCI abierto), completo (se elimina de manera total todo el contenido uterino), incompleto (eliminación parcial del contenido uterino), retenido (el producto fallece y se encuentra dentro de la cavidad uterina) y el séptico (cuando se infecta dentro del útero, es uno de los más graves y puede traer muchas complicaciones para la paciente) ⁸.

Entre las causas más frecuente encontramos a las malformaciones congénitas, infecciones agudas, alteraciones hormonales, etc. ⁸.

Existen algunos factores de riesgo que pueden predisponer a la gestante a un aborto, como lo son edad (añosas o muy jóvenes), multiparidad, haber tenido un aborto previamente, enfermedades infecciosas, desnutrición, violencia familiar, etc. ⁸.

Para hacer el diagnóstico se solicitan exámenes de laboratorio (hemograma, grupo sanguíneo y factor, reactantes de fase aguda, etc.) e imágenes (ecografía transvaginal, en ella se observara la cavidad uterina con o sin restos, también se corrobora la ausencia de latidos fetales) ⁸.

En el caso presentado, nos encontramos frente a una multigesta de 27 años con una gestación de 4 semanas y 5 días por FUR, que sufre una caída por

las escaleras donde posteriormente presenta un sangrado y dolor muy intenso a nivel suprapúbico, se le solicitan los análisis de laboratorio y una ecografía transvaginal, observándose la ausencia de vitalidad fetal y presencia de restos en la cavidad uterina (aborto incompleto). Se le realiza un AMEU, procedimiento indicado en casos de abortos en mujeres hemodinámicamente estables con una edad gestacional menor de 12 semanas.

Caso clínico n.º 3

La amenaza de parto prematuro se refiere a la aparición de síntomas que sugieren que podría ocurrir antes de las 37 semanas de gestación. Estos síntomas incluyen contracciones uterinas regulares (1 en cada 10 minutos aproximadamente), borramiento del cuello uterino < 50 % y una dilatación menor a 2cm⁹. Es importante destacar que la amenaza no siempre conduce a un parto prematuro real, pero puede aumentar el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el bebé. Se sabe que su etiología es multifactorial y puede estar desencadenada por el estrés, infecciones, factores inmunológicos, isquemia placentaria, entre otros. La clínica va de la mano con los cambios cervicales que se produce e incluyen: contracciones uterinas, dolor en hipogastrio y/o flujo vaginal.

El diagnóstico se basa en la correcta anamnesis, encontrar factores de riesgo, datar la edad gestacional, la dinámica uterina o las modificaciones cervicales que se objetivan a través del tacto vaginal. Como exámenes complementarios, se pueden realizar análisis de sangre para buscar signos de infección, inflamación o cualquier otro factor que pueda indicar un mayor riesgo. En algunos casos, se pueden realizar ecografías para evaluar la longitud cervical y la posición del feto en el útero. Otra alternativa consiste en determinar si la hormona fibronectina fetal está presente en la vagina; si la prueba es positiva, puede indicar un mayor riesgo.

Como factor predictor podemos utilizar la ecografía transvaginal y el test no estresante. Con la primera, podremos calcular el tamaño del cérvix; su

acortamiento (< 3 cm en nulíparas) nos indicará un alto riesgo de presentar un parto pretérmino espontáneo.

Para el caso clínico que presentamos, la sospecha de amenaza de parto pretérmino se dio a razón de encontrarla con contracciones uterinas esporádicas, una dilatación cervical de 1cm y una incorporación de 20 %, es decir, tenía cambios cervicales; deciden hospitalizarla para completar estudios de laboratorio y descartar posibles focos infecciosos que puedan desencadenar el cuadro.

El tratamiento consiste básicamente en tocolíticos e inducir la maduración pulmonar fetal con corticoides. Como tocolíticos en nuestro medio usamos:

- Nifedipino 10-20 mg. VO, c/ 20 minutos hasta en 3 oportunidades, seguido de 10 mg c/4h durante el primer día y 10 mg c/8h durante 6 días más.
- Salbutamol: 10 amp en 500 ml de Dext. al 5 % en AD endovenoso.
- Sulfato de Magnesio (que puede ser usado como tocolítico y neuroprotector) 5 ampollas de Sulfato de magnesio 20% en 50 cc de ClNa 0,9 %. Dosis inicial: 40 gotas en 20 minutos, luego 10 gotas por hora hasta 24 horas.

Para inducir la maduración pulmonar fetal se usa ¹⁰:

- Betametasona: 12 mg IM c/24 horas por 2 dosis.
- Dexametasona: 6 mg IM c/12 horas por 4 dosis.

Caso clínico n.º 4

Uno de los principales síntomas, en el embarazo, es las náuseas y los vómitos; afectan hasta un 80,% de todas las gestantes en el primer trimestre ¹¹, teniendo una remisión espontánea pasada la semana 20. La hiperémesis gravídica es una complicación del embarazo que se caracteriza por náuseas y vómitos intensos, persistentes e incoercibles, que pueden generar complicaciones para la madre y el feto como la deshidratación, el desequilibrio electrolítico - metabólico y la pérdida de peso. Se considera

una forma grave de náuseas y vómitos del embarazo, y afecta a alrededor del 1-2 % de las mujeres.

Los síntomas de la hiperémesis gravídica pueden incluir náuseas y vómitos persistentes y graves, pérdida de peso, deshidratación, mareo, debilidad, fatiga y desmayos. En algunos casos, también pueden presentarse otros síntomas, como dolor abdominal, aumento de la frecuencia cardíaca, disminución de la producción de orina, hematemesis producto del desgarro de la mucosa gastroesofágica (Sd Mallory – Weiss); en casos graves puede conducir a desarrollar síntomas neurológicos como encefalopatía (Síndrome de Wernicke-Korsakoff).

La causa exacta no se conoce, pero se cree que puede estar relacionada con cambios hormonales durante el embarazo, así como con factores genéticos y ambientales. La afección puede ser más común en mujeres con antecedentes familiares de hiperémesis gravídica, en aquellas con embarazos múltiples, con sobrepeso u obesidad antes, y con trastornos alimentarios previos.

Para el caso clínico que presentamos, vemos que nuestra paciente cuenta con los síntomas típicos de esta enfermedad que incluso hizo que disminuyera de peso; frente a este escenario y a no tolerar alimentos sólidos ni líquidos, se procede a hospitalizarla para darle medida de soporte y evaluar la existencia de afectación orgánica.

El manejo general ideal para estas pacientes consiste en hospitalizarlas en un ambiente tranquilo y a oscuras ¹², con visitas restringidas, dejarla en NPO, BHE, control de peso diario y psicoterapia de apoyo.

Las medidas específicas constan de hidratación; sueroterapia 2000 a 3000 cc/24h. en promedio 30 – 40 cc/kg. Debemos conseguir diuresis mayores de 1000 cc en 24 horas; reposición de electrolitos (Na, K, Cl), estos fluidos se brindan hasta que se resuelva la cetonuria o cuando nuestra paciente recobre la tolerancia a líquidos. Para evitar alteraciones neurológicas, se

administrarán vitamina B6 (piridoxina) 100 mg/día, vitamina B1 (tiamina) 100mg/día y vitamina C 1g/día.

Otros fármacos para usar son los antieméticos. Para estos casos:

- Dimenhidrinato 50 mg (lento y diluido) IV c/6h
- Metoclopramida 10 mg IV c/8h.
- Ranitidina 50 mg IV c/8h.
- Diazepam 10 mg IM o IV, en estados de ansiedad.

Para el caso clínico, la paciente es puesta en NPO y se aplica sueroterapia 3000 cc/24h y reposición de electrolitos; se llegó a usar dimenhidrinato y metoclopramida durante 5 días. Al tercer día de hospitalización dejó de presentar nuevos episodios de vómitos por lo que se inició tolerancia oral, primero a dieta líquida fraccionada; al sexto día de hospitalización ya podía tolerar dieta a sólidos pero fraccionado en 6 porciones al día y se retira los antieméticos, dejándola en observación por 24 horas más en donde no presenta náuseas ni vómitos y se plantea su alta

III.2 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 1

La escabiosis es una enfermedad producida por un ácaro llamado *Sarcoptes scabie* que en su variedad hominis infecta al hombre. Tiene una prevalencia muy alta en todo el mundo, llegando hasta 300 millones de casos anualmente ¹³.

Su cuadro clínico es caracterizado por el prurito intenso, que se acentúa por las noches, las lesiones cutáneas que se presentan son polimorfas pudiendo encontrar pápulas, vesículas, pústulas y surcos acarinos. Las zonas que con mayor frecuencia aparecen son las interdigitales, muñecas, codos, axilas, etc. ¹³.

Con respecto a su tratamiento, se utiliza la permetrina al 5 % con aplicación tópica, este debe darse tanto para la persona infectada y sus posibles contactos ⁹.

Por otro lado, la celulitis es una inflamación profunda de la piel, en su mayoría de causa infecciosa, clínicamente se presenta como una lesión eritematosa de bordes mal definidos, con signos de flogosis, fiebre, alteración del estado general, llegando en muchos casos hasta producirse abscesos. El patógeno que con mayor frecuencia se presenta en cuadros es el *Streptococcus pyogenes*, *S. aureus* y en algunos casos el *S. agalactiae* ¹⁴.

El diagnóstico a parte de la observación clínica se puede hacer mediante un hemocultivo, toma de cultivo del aspirado de las lesiones. El tratamiento se basa en la antibioterapia y las curaciones ¹⁴.

El caso descrito es de un paciente varón de 21 años que presentaba desde hace 3 meses escabiosis, posteriormente ingresa al nosocomio presentado una lesión eritematosa, con signos de flogosis en codo y muslo izquierdo, asociado a síntomas sistémicos como sensación de alza térmica.

Las lesiones presentadas eran de 2 x 2 cm en codo izquierdo y 4x4 cm en muslo izquierdo, ambas dolorosas y con signos de flogosis. Como tratamiento recibió antibiótico terapia por vía parenteral más curaciones diarias y aplicación de manera tópica de permetrina al 5.

Caso clínico n.º 2

El asma es una enfermedad que afecta las vías aéreas produciendo una inflamación crónica, esta puede ser producto de un aumento en la reactividad y sensibilidad propia de cada individuo. Esta enfermedad se presenta con mayor frecuencia en la infancia y representa la primera causa de visita a la sala de urgencia en este grupo etario ¹⁵.

Existen factores predisponentes como la historia familiar previa de atopia, obesidad, el sexo masculino, factores ambientales, tabaquismo, etc. La

clínica en estos pacientes son la tos que en un principio es seca, y posteriormente se convierte en productiva, con mayor aparición nocturna, sibilantes y disnea ¹⁵.

El diagnóstico se hace mediante las pruebas de función pulmonar como la espirometría, donde encontramos frente a un patrón obstructivo pero reversible a la prueba del broncodilatador ¹⁵. Estos son inhaladores de acción rápida, son el pilar del tratamiento, así como también los corticoides inhalados, antileucotrienos, bromuro de ipratropio, etc. A pesar de que el tratamiento parece sencillo, cada paciente requiere un manejo individualizado ¹⁵.

En este caso nos encontramos frente a una mujer de 35 años con cuadro clínico de 5 días de evolución, asociado a disnea, opresión torácica, sensación de alza térmica y sibilantes, como antecedente tiene asma desde hace 10 años con tratamiento irregular.

En el hospital, en el examen físico se le encuentra sibilantes, pero además presenta crépitos en hemitórax derecho, lo cual nos hace sospechar de un posible nuevo foco neumónico, por tal motivo se le solicita una radiografía y exámenes de laboratorio que nos confirmarían nuestra presunción. Como conclusión, se trata de una paciente que en sus inicios solo estaba cursando con un episodio de asma bronquial, pero debido a que no recibió un tratamiento adecuado, se complicó con una neumonía.

Por ello, además del tratamiento con B2 agonistas y corticoides inhalados, recibe antibiótico; la paciente evoluciona favorablemente saliendo de alta a su 6to día post hospitalización.

Caso clínico n.º 3

La úlcera gástrica es una lesión que se produce en la mucosa del estómago y se forma cuando los ácidos estomacales y las enzimas digestivas erosionan el revestimiento de este órgano. Pueden ser causadas por una variedad de factores, como el uso prolongado de medicamentos

antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), la infección por la bacteria *Helicobacter pylori*, el consumo excesivo de alcohol, el tabaquismo y el estrés.

Hasta un 70 % de pacientes no presentará síntomas; sin embargo, si se llegan a presentar puede incluir: dolor abdominal, siendo este el síntoma más frecuente, generalmente se localiza en los cuadrantes superiores derecho o izquierdo del hipocondrio. En los pacientes no tratados, el dolor puede durar unas pocas semanas seguido de períodos asintomáticos de semanas o meses. El dolor "clásico" de las úlceras duodenales ocurre de dos a cinco horas postprandial, cuando el ácido clorhídrico se secreta en ausencia de un buffer alimentario, y por la noche (entre las 11 p. m. y las 2 a. m.) cuando el patrón circadiano de secreción de ácido clorhídrico es máximo.

Otros síntomas que se presentan son: indigestión, náuseas, vómitos, pérdida de peso, llenura precoz.

Las complicaciones pueden traer nuevos síntomas, como, por ejemplo: sangrado, en donde el paciente puede llegar a presentar melena o hematemesis. En algunos casos raros, si el sangrado llega a ser profuso, el paciente puede presentar hematoquecia. Otras complicaciones para tener en cuenta son los cuadros obstructivos intestinales, perforaciones o fistulizaciones.

Su diagnóstico clínico se establece observando la úlcera en una endoscopia digestiva alta o a través de minipíldoras que contengan cámaras; para el diagnóstico etiológico se requerirá una biopsia de la úlcera complementada con la historia clínica del paciente.

Para el caso clínico propuesto, nuestra paciente inicia con síntomas generales como dolor de abdomen en epigastrio tipo urente, más náuseas y vómitos. 48 horas antes del ingreso, presenta melena por lo que es llevada al hospital por sus familiares. En la endoscopia le encuentran una úlcera en

el cuerpo gástrico, siendo el antro la ubicación más frecuente del estómago a nivel general. Para su valoración se utiliza la escala de Forrest, que se basa en las diferentes características endoscópicas con hemorragia activa o reciente, las cuales se asocian a diferentes riesgos de sangrado recurrente o persistente. Dicha escala es la siguiente:

CLASIFICACIÓN FORREST			
FORREST	TIPO DE LESIÓN	% Riesgo de resangrado -sin tratamiento	% Mortalidad -sin tratamiento
		-	-
IA	Sangrado pulsátil	55 (17-100)	11 (0-23)
IB	Sangrado en capa		
IIA	Vaso visible	43 (0-81)	11 (0-21)
IIB	Coágulo adherido	22 (14-36)	7 (0-10)
IIC	Mancha plana	10 (0-13)	3 (0-10)
III	Fondo limpio	5 (0-10)	2 (0-3)

El tratamiento de la úlcera varía de acuerdo con la etiología. Si se detecta *H. Pylori* en la biopsia, se procederá a su erradicación con antibióticos y omeprazol; si fue por Aines, se evitará su consumo. En el caso de nuestra paciente se encontró *H. Pylori* en su biopsia por lo que se indicó omeprazol 20 mg VO c/12h, Claritromicina 500 mg c/12h y amoxicilina 500mg c/12h por 14 días. Luego de la endoscopia, el paciente refiere mejoría y es dado de alta a los 7 días sin presentar inconvenientes.

Caso clínico n.º 4

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio agudo del páncreas. Se puede clasificar dependiendo de la gravedad y agudeza del cuadro.

Pancreatitis aguda leve, que se caracteriza por la ausencia de insuficiencia orgánica y complicaciones locales o sistémicas; moderadamente grave, que se caracteriza por insuficiencia orgánica transitoria (se resuelve en 48 horas) y/o complicaciones locales o sistémicas sin insuficiencia orgánica persistente (>48 horas); grave, que se caracteriza por insuficiencia orgánica persistente que puede afectar a uno o varios órganos.

Las causas más comunes son la presencia de cálculos biliares que obstruyen el conducto biliar común, el consumo excesivo de alcohol, el uso de ciertos medicamentos y la hipertrigliceridemia.

La clínica generalmente inicia con dolor abdominal intenso y persistente en el cuadrante superior izquierdo y en el epigastrio. En pacientes con pancreatitis por cálculos biliares, el dolor está bien localizado y el inicio del dolor es súbito, alcanzando su máxima intensidad en 10 a 20 minutos. Por el contrario, en pacientes con pancreatitis por causas hereditarias, metabólicas o alcohólicas, el inicio del dolor puede ser menos brusco y estar mal localizado. En, aproximadamente, el 50 % de los pacientes, el dolor se irradia hacia la espalda en forma de cinturón. Otros síntomas relacionados son las náuseas, vómitos, disnea, SAT, hiporexia o ictericia. En casos graves, puede haber shock, insuficiencia renal, daño pulmonar o daño a otros órganos.

El diagnóstico se basa en la historia clínica del paciente, el examen físico y los resultados de las pruebas de laboratorio, como la elevación de las enzimas pancreáticas en la sangre como la amilasa y lipasa; la confirmación se realiza por medio de imágenes, como la ecografía abdominal, la tomografía computarizada o la resonancia magnética

El tratamiento depende de la causa subyacente y de la gravedad de la enfermedad. En casos leves, se recomienda el tratamiento sintomático, incluyendo NPO, hidratación y analgésicos. La CPRE se puede utilizar para realizar una descompresión del conducto pancreático, que puede estar obstruido por un cálculo o una estenosis, y así reducir la inflamación pancreática y prevenir la progresión de la enfermedad. Sin embargo, la utilización de la CPRE debe ser cuidadosamente considerada debido a los riesgos asociados con el procedimiento, como la exacerbación de la pancreatitis, la perforación del tracto gastrointestinal, la hemorragia y la infección. Además, la CPRE solo se indica en casos seleccionados, como en la presencia de una obstrucción en el conducto pancreático con una clara indicación de intervención terapéutica, y debe ser realizada por personal experimentado en la realización de este procedimiento.

En el caso clínico planteado, tenemos a una paciente joven que desarrolló la enfermedad, cuya etiología (coledocolitiasis) es rara de ver en personas de esa edad. Luego de una amplia valoración por el servicio de gastroenterología, se decidió someterla a una CPRE, logrando desimpactar la papila mayor y parte del colédoco. Luego del procedimiento se dejó en observación a la paciente por 4 días, mientras se toleraba la ingesta de alimentos y se reducía la dosis de analgésicos, se tramitó su traspaso al servicio de Cirugía general para la valoración integral y tratamiento definitivo. Al 5to día post CPRE la paciente fue traspasada a dicho servicio y dada de alta por la especialidad de Medicina Interna.

III.3 Rotación en Cirugía

Caso clínico n.º 1

Entre las más frecuentes emergencias medico quirúrgicas abdominales, nos encontramos con la apendicitis aguda; se presenta con mayor frecuencia entre las edades de 20 y 30 años. Viene a ser la inflamación del apéndice cecal debido a la obstrucción de su base; esto puede ser por diversas etiologías, entre las más frecuentes tenemos: Obstrucción por

fecalitos (frecuente en adultos), hiperplasia linfoide (niños), cuerpos extraños, parásitos y tumores que pueden ser primarios o por una metástasis ¹⁶.

Las manifestaciones clínicas son características, principalmente tenemos:

- Dolor abdominal en primer lugar inespecífico y luego localizado en la fosa iliaca derecha
- Hiporexia / Anorexia
- Náuseas y vómitos
- Fiebre
- Constipación / diarrea

Para el diagnóstico aparte de la sintomatología debemos de solicitar análisis de laboratorio e imágenes, en la analítica encontraremos leucocitosis, con desviación a la izquierda en la mayoría de los casos y elevación de los reactantes de fase aguda como la proteína C. El examen de imagen que se solicita en primera instancia es la ecografía abdominal, donde apreciamos un diámetro apendicular mayor a 6 mm, debemos tener en cuenta que el estudio de imagen con mayor precisión es una TEM, ayudándonos a diferenciar si existe perforación u no ¹⁶.

El tratamiento se basa en extirpar el apéndice, para evitar complicaciones como una peritonitis. La laparoscopia se ha convertido en la actualidad en el método quirúrgico más usado, aunque en considerables ocasiones, se sigue utilizando la apendicetomía abierta ¹⁶.

En el caso presentado se tiene a un paciente de 50 años que ingresa a la emergencia con la clínica característica del dolor abdominal tipo cólico que primero se localiza en epigastrio y luego migra a la fosa iliaca derecha, también presenta hiporexia y sensación de alza térmica. Al examen físico presenta los signos característicos como el Mc burney (+) y Dunphy (+).

En la analítica presenta leucocitosis, elevación de abastones, con VSG (+) Y PCR (+) y en la ecografía se aprecia una pared apendicular de 8 mm.

Con todo lo mencionado, es un caso característico de una apendicitis aguda, por lo cual es abordado de manera quirúrgica realizándole una apendicetomía abierta.

Caso clínico n.º 2

La colecistitis aguda es una emergencia quirúrgica muy frecuente en nuestra población, se distingue por la presencia de una inflamación de manera aguda de la pared vesicular. Su clínica se basa en el dolor abdominal y sensibilidad localizada en el hipocondrio derecho, además de la fiebre. Su etiología principalmente es debida a la litiasis vesicular asociada hasta en un 90%; entre los microorganismos que colonizan con mayor frecuencia encontramos: *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *S. faecalis*, etc. ¹⁷.

Con respecto a su diagnóstico, se sospecha mediante la clínica, un buen examen físico donde encontraremos dolor en HCD y el característico signo de Murphy. En los exámenes de laboratorio se suele encontrar leucocitosis, neutrofilia, desviación a la izquierda y aumento de la proteína C reactiva.

Por otro lado, en las imágenes, la ecografía abdominal es de elección debido a su alta sensibilidad y especificidad para su diagnóstico.

El caso presentado se trata de una paciente de 36 años, que presenta una clínica característica de una colecistitis aguda (fiebre, dolor abdominal en HCD, Murphy + y náuseas), además tiene como antecedente litiasis vesicular una de las causas más frecuentes en esta patología. Después de la evaluación de la paciente y el examen físico, se prosiguió a solicitar los exámenes de laboratorio e imágenes que confirmaron el diagnóstico planteado.

Caso clínico n.º 3

Los miomas uterinos, son los tumores benignos más frecuentes y se desarrollan en el útero. Estos están compuestos por tejido muscular y conectivo, varían en tamaño y número. Su presentación es frecuente y

generalmente afectan a mujeres de cualquier edad; sin embargo, son más comunes en la edad reproductiva. Algunas no presentan síntomas, mientras que otras pueden experimentar dolor pélvico, sangrado menstrual abundante o prolongado, micción frecuente o problemas para vaciar la vejiga, dolor durante las relaciones sexuales y problemas de infertilidad ¹⁸.

Los factores de riesgo para desarrollarlos incluyen los cambios en el ciclo de vida de las hormonas reproductivas como el estrógeno y la progesterona; la paridad; la menarquia temprana, los anticonceptivos orales, la obesidad, el consumo excesivo de alcohol, el origen étnico, exposición a estrés crónico, hipertensión mal controlada.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) propuso un esquema de clasificación de acuerdo con la ubicación del mioma; Es así que los tipos 0,1 y 2 son submucosos; los tipos 3, 4 y 5 son intramurales; el tipo 6 y 7 es subseroso; y el tipo 8 tiene una ubicación cervical.

El diagnóstico se basa en la historia clínica y exámenes de imágenes; los hallazgos del examen pélvico son compatibles con un útero móvil, agrandado, de contorno irregular; sin embargo, dependerá del tamaño para y la ubicación para producir o no síntomas y signos detectables.

La ecografía abdominal o transvaginal, es la primera imagen para solicitar ya que es la referencia para descartar la sospecha de miomatosis uterina. Es de fácil acceso y permite la confirmación de miomas de 3 cm o más con una sensibilidad del 85 % ¹⁹. La Histerosonografía permite la identificación de miomas submucosos, además de calcular la proximidad de los miomas intramurales a la cavidad endometrial. La resonancia magnética nuclear es la mejor técnica para visualizar la totalidad de los miomas y obtener información de su cantidad, tamaño y localización.

En el caso clínico descrito, nuestra paciente presenta metrorragia hace aproximadamente 3 años. Al primer año de presentar dicho síntoma, acude a ginecólogo particular quien le diagnostica por primera vez de miomatosis,

pero al ser muy pequeños (menor de 1 cm) le recomiendan mantenerse en observación ante la posibilidad de involución con la menopausia. Lamentablemente tuvo una evolución inesperada y un crecimiento mayor de lo previsto, cuyos síntomas se exacerbaron dejándola en anemia; motivo por el cual se decide intervenir quirúrgicamente para su extirpación.

Los miomas generalmente tienden a involucionar al entrar en la etapa de menopausia; sin embargo, se puede proponer su extirpación si presenta sangrado uterino anormal que lleve a la paciente a anemia o síntomas relacionados con el tamaño de estos; además se operan si producen problemas de infertilidad o pérdida gestacional recurrente.

La elección del tipo de extirpación varía de acuerdo con su localización, tamaño y estado hemodinámico de la paciente. La histerectomía es el tratamiento definitivo.

Para nuestra paciente, se optó por una miomectomía laparoscópica ya que era de ubicación subseroso y tenía aproximadamente 6 cm de tamaño. Se propuso el alta a las 48 horas ya que no presento inconvenientes en su recuperación.

Diagnósticos al alta:

- PO 2 días de miomectomía + liberación de adherencias por miomatosis uterina subserosa
- Anemia leve.

Caso clínico n.º 4

La ligadura de trompas de Falopio es un procedimiento quirúrgico en el que se cierran o se cortan las trompas de Falopio, que son los conductos que conectan los ovarios con el útero en las mujeres. El objetivo de este procedimiento es prevenir el embarazo permanentemente.

Los motivos por lo que una mujer puede llegar a escoger este procedimiento son:

- Decisión personal: Una mujer puede decidir hacerse la ligadura de trompas como una forma permanente de anticoncepción, si no desea tener más hijos en el futuro.
- Problemas de salud: En algunos casos, una mujer puede tener una afección de salud que hace que un embarazo sea peligroso o poco recomendable como tener problemas cardiacos graves o el antecedente de múltiples cesáreas.
- Riesgo de transmitir enfermedades genéticas: Si una mujer tiene una enfermedad genética que no quiere transmitir a sus hijos, puede optar por este método.
- Cuando otros métodos anticonceptivos no son adecuados: Si una mujer no puede usar otros métodos anticonceptivos, como la píldora anticonceptiva, los dispositivos intrauterinos (DIU) o los preservativos, la esterilización femenina puede ser una opción recomendada.

La técnica recomendada es la de Pomeroy, a través de minilaparatomía, el tipo de incisión será supra púbica para el periodo de intervalo, infraumbilical para el post parto.

Otra alternativa es vía laparoscópica; durante la cirugía, se realiza una pequeña incisión en el abdomen o en la región pélvica inferior para acceder a las trompas de Falopio. Luego, se cierran o se cortan las trompas de varias maneras diferentes: con clips, anillos, suturas o electrocauterización. Generalmente se realiza bajo anestesia general y puede requerir una breve hospitalización.

Es importante tener en cuenta que la ligadura de trompas es un método anticonceptivo permanente y no reversible. Sin embargo, en algunos casos, es posible someterse a una reversión de la ligadura de trompas o a una fertilización in vitro (FIV) para lograr un embarazo en el futuro.

Estas son las consideraciones previas a la Intervención a tener en cuenta según la norma técnica de planificación familiar del Minsa.

- Que la paciente solicite el método voluntariamente.
- Ser mayor de edad, sin embargo, no se recomienda operar a usuarias menores de 25 años, a menos que presenten algún factor de riesgo reproductivo, por el riesgo alto de arrepentimiento.
- Haber completado el número de hijos deseado.
- Haber recibido al menos dos sesiones de orientación/ consejería previa.
- Haber entendido el significado del consentimiento informado y estar de acuerdo con él.

Para el caso clínico descrito, nuestra paciente solicitó su ligadura de trompas voluntariamente debido a que ya no deseaba concebir más hijos y quería un método de planificación familiar permanente. Debido a sus antecedentes quirúrgicos (2 AMEU y 1 Cesárea), se esperaba tener algunas adherencias por lo que se decide su intervención laparoscópica.

La paciente cumple con las consideraciones previas planteadas por la norma técnica del Minsa. Luego del procedimiento, queda hospitalizada por 24 horas, planteándose su alta luego de no presentar inconvenientes

III.4 Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 1

La enfermedad mano, pie y boca es exantemática infecciosa causada por el COXSACKIE A16 Y EL ENTEROVIRUS 71 ²⁰, que se presenta con mayor frecuencia en niños menores de 10 años en las estaciones de verano y otoño. Tal como su nombre lo dice se destaca por la presencia de lesiones vesiculares exantemáticas en manos, pies y la mucosa oral, además el niño puede presentar cuadros de fiebre, anorexia, rinorrea, mialgias y dolor abdominal.

Su evolución suele ser favorable, aunque existen algunos casos donde se presentan complicaciones severas como meningitis aséptica, parálisis flácida aguda y encefalomiелitis. Afortunadamente son muy pocos comunes.

El tratamiento es sintomático, teniendo como función el alivio del dolor, control de la fiebre, etc. Se debe tener en cuenta que durante todo el proceso el menor puede no desear pasar los alimentos, por ello se recomienda una dieta blanda.

El caso descrito, nos presenta a una paciente de 1 año, que ingresa porque desde hace 4 días presenta fiebre, malestar general, rinorrea, excesiva salivación, madre comenta que no desea comer y que le han aparecido lesiones vesiculares eritematosas en las manos, pies y la mucosa oral.

Durante el interrogatorio, se obtiene como antecedente parto vaginal y que cuenta con todas sus vacunas completas. El examen físico es muy enriquecedor debido a que la paciente contaba con la clínica característica anteriormente mencionada.

Se decide que debe ser tratada de manera ambulatoria y se le prescribe tratamiento sintomático.

Caso clínico n.º 2

La faringoamigdalitis aguda es una enfermedad muy frecuente entre las consultas de pediatría. Su etiología puede ser viral y bacteriana. Entre los agentes virales encontramos (adenovirus, virus de la influenza A y B, para influenza, etc.) y entre los patógenos bacterianos nos encontramos con el estreptococo B- hemolítico del grupo A (*estreptococo piógenes*), micoplasma pneumoniae, etc.

En este cuadro es característico la presencia de fiebre persistente, exudado amigdalar, adenopatías cervicales y la ausencia de tos. El diagnóstico se hace mediante el examen físico y pruebas como lo es el cultivo de exudado faríngeo, a pesar de tener una alta sensibilidad y especificidad, su uso es limitado debido al tiempo que se necesita para su lectura ²¹.

Existen a su vez complicaciones supurativas y no supurativas:

Supurativas:

- Otitis media aguda
- Sinusitis
- Mastoiditis
- Adenitis cervical supurativa

No supurativas:

- Fiebre reumática
- Glomerulonefritis postestreptocócica

Con el tratamiento se desea evitar las complicaciones a futuro, evitar el contagio, mejorar la sintomatología y disminuir el curso de la enfermedad. El tratamiento antibiótico principalmente se da durante 8 días y se utiliza amoxicilina en dosis de 50 mg/kg/día. Además de la antibiótico terapia se recomienda utilizar sintomáticos como analgésicos y antiinflamatorios.

En el caso presentado, nos encontramos con un paciente de sexo masculino de 5 años, que desde hace 6 días presenta fiebre, malestar general, rinorrea, tos no productiva, dolor faríngeo y odinofagia. Durante el examen físico se observa la presencia de exudado faríngeo además de amígdalas hipertróficas, a nivel cervical se palpa una adenopatía dolorosa de 2x2cm.

Con lo descrito, podemos observar la clínica de la paciente sugestiva con una faringoamigdalitis aguda; se realiza la evaluación con los criterios de Centor modificados por McIsaac presentando una puntuación de 4 puntos, que nos permite decidir el tratamiento, en este caso amerita el uso de antibioticoterapia, como se le da al paciente con Amoxicilina, además del tratamiento sintomático.

Es de gran importancia reconocer esta patología debida a su alta frecuencia en los niños, saber manejarla oportunamente para así evitar complicaciones a futuro.

Caso clínico n.º 3

La bronquiolitis es una inflamación aguda de los bronquiolos terminales, que son pequeños tubos que se ramifican a partir de los bronquios principales y que llevan el aire hacia los alvéolos pulmonares. Algunos autores lo definen como el primer episodio agudo de dificultad respiratoria con sibilancias, que es precedido por un cuadro catarral en un niño menor de 2 años. La etiología es principalmente causada por una infección viral, especialmente el virus sincitial respiratorio (VSR); pero también puede ser causado por otro virus como: rinovirus, Parainfluenza tipo 3, Metapneumovirus, Adenovirus, Coronavirus, Influenza, Enterovirus, entre otros ²².

Existen algunos factores de riesgo que conllevan al desarrollo de enfermedad severa, entre ellos encontramos a la edad < 3 meses, sexo masculino, prematuridad, enfermedad pulmonar crónica, cardiopatía congénita e inmunodeficiencia. Entre los factores de riesgo modificables tenemos a la exposición al humo de tabaco y los factores socioeconómicos.

El diagnóstico es clínico. Se sospecha del cuadro en todo niño menor de 2 años que presente pródromos de síntomas respiratorios altos (de 2 a 4 días antes) como rinorrea, tos, fiebre; seguido de dificultad respiratoria, tirajes, aleteo nasal, sibilantes y subcrepitantes.

En el caso clínico presentado, nuestro paciente cumple con todos los criterios de sospecha para pensar en una bronquiolitis. Es menor de 2 años, presenta pródromos de un cuadro catarral y al examen físico se auscultan sibilantes; se decide hospitalizarlo para hidratación con dextrosa y electrolitos – ya que la madre refiere que no acepta alimentos – y para ampliar estudios ya que se desea descartar una neumonía.

Otros criterios de hospitalización incluyen:

- Menores de 3 meses por alto riesgo de apnea y distrés respiratorio severo
- Apnea, taquipnea, SatO₂ < 90 %, cianosis perioral, intolerancia oral, EPOC, cardiopatía congénita, inmunodeficiencia o algún factor social.

Ya hospitalizados, para determinar la severidad se utilizan diversas escalas, la más frecuente en nuestro medio es la escala ESVA; que realiza una puntuación de 0 a 4 puntos, evaluando los siguientes criterios: Sibilancias, crepitantes, esfuerzo respiratorio, relación inspiración/espriación, frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca. Un puntaje mayor o igual a 10 es criterio para su ingreso a UCI.

Nuestro paciente tuvo un puntaje promedio de 7 puntos durante los 3 primeros días de hospitalización, al 4to día se le calificó con un puntaje ESBA de 3, dejándolo en observación por 48 horas más, para posteriormente plantear su alta.

El manejo primordial consiste en medidas generales como hidratación, que puede llegar a ser EV si no toleran la vía oral (como el caso de nuestro paciente); oxígeno suplementario en casos de desaturación; elevación de la cabecera de la cama; aspiración de secreciones a demanda; alimentación por sonda nasogástrica en deshidratados y desnutridos, o dieta fraccionada y/o espesa ²³.

Caso clínico n.º 4

El trastorno depresivo en pediatría se refiere a un estado de ánimo bajo persistente y/o pérdida de interés en las actividades que antes se disfrutaban, afectando las relaciones interpersonales de los niños y adolescentes y su correcto desarrollo. Antes de la pubertad, la prevalencia está distribuida por igual en ambos sexos; sin embargo, en adolescentes hay una mayor prevalencia mujeres a razón de 2 a 1 frente al sexo masculino²⁴.

La clínica varía de acuerdo con la edad. En menores de 7 años el síntoma predilecto es la ansiedad, también pueden presentar llanto incontrolable, rabietas, irritabilidad, retraso psicomotor, cansancio excesivo, entre otros. Desde los 7 años hasta la adolescencia, los síntomas que destacarán serán la apatía y la anhedonia, puede presentarse también irritabilidad,

agresividad, baja autoestima, fobia escolar, trastorno de la conducta, entre otros.

Su diagnóstico es clínico, y se consigue con una historia clínica minuciosa al paciente y los padres o familiares de su entorno, además de una exploración del estado mental; en muchos casos será de mucha ayuda la información que se recopile del entorno escolar. El DSM 5 ²⁵ indica los criterios clínicos que deben estar presentes para llegar al correcto diagnóstico de un trastorno depresivo mayor. Estos se caracterizan por la presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas durante al menos dos semanas, incluyendo:

- Estado de ánimo triste, deprimido o irritable
- Pérdida de interés o placer en las actividades que antes disfrutaban
- Cambios significativos en el apetito y/o peso
- Dificultad para conciliar o mantener el sueño o somnolencia excesiva
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva e inapropiada
- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones
- Pensamientos recurrentes sobre la muerte o el suicidio

Es importante destacar que los síntomas depresivos en los niños y adolescentes pueden manifestarse de manera diferente a la de los adultos, por ejemplo, irritabilidad y comportamiento desafiante pueden ser signos de depresión en los niños. Es fundamental que los padres y cuidadores estén atentos a cualquier cambio significativo en el comportamiento y estado de ánimo de los niños, y busquen ayuda profesional si tienen preocupaciones acerca de su bienestar emocional.

Para nuestro caso clínico, tenemos a una paciente que estaba somatizando uno de los síntomas principales que presentaba, tal es el caso de una cefalea frecuente que presentaba ya hace 6 meses; así mismo, la paciente y familiares referían episodios de agresividad, falta de interés por

actividades que antes le gustaban, sentimientos de inutilidad y ansiedad; que en un principio se pensó se trataba de un cuadro orgánico, no encontrándole alteraciones estructurales del SNC, metabólicas u orgánicas. Es el servicio de psiquiatría quienes brindan el diagnóstico a la paciente y la tratan con Sertralina 50 mg 1 tab VO c/24h, Risperidona 2mg ¼ tab VO c/24h y terapia psicológica, citándola para su próximo control en 1 mes (por consultorio externo) y proponiendo su alta

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El último año de la carrera de medicina humana corresponde al internado médico, es un proceso por el que todo estudiante tiene que pasar para lograr convertirse en el profesional deseado. Desde el inicio de la carrera se ve muy lejano el llegar a esta etapa; sin embargo, no nos dábamos cuenta de lo rápido que pasa el tiempo y sin previo aviso ya nos encontrábamos a puertas de demostrar todas las habilidades adquiridas durante nuestros 6 primeros años de pregrado.

El internado médico, en el Perú, debido a la pandemia ocurrida en el año 2020 tuvo que sufrir modificaciones, llevándose actualmente en un régimen de 10 meses en los cuales, los internos de medicina tienen que desarrollar todo su potencial en las áreas clínicas y quirúrgicas como lo son (medicina, pediatría, cirugía y Ginecología y Obstetricia), no obstante los internos en los últimos 5 meses deben rotar por un establecimiento de salud I-3 u I-4, con el fin de desarrollar un enfoque global de la salud dentro de nuestro país enfocado en un ámbito preventivo / promocional, para así poder estar preparados para el servicio rural y urbano marginal (Serums).

En junio del 2022, los internos de todas las facultades medicina humana empezamos el último paso en nuestra carrera profesional para poder obtener el título universitario de manera satisfactoria. Para todos los internos, este último año representa un gran reto y una gran oportunidad para adquirir nuevos conocimientos y habilidades, que se verán reflejados en el ejercicio diario de nuestra profesión.

La primera rotación realizada fue la de medicina interna, donde aprendimos lo importante que es hacer un buen examen físico en el paciente, ya que de ahí parte todo. El hacer una buena historia clínica, pasar visita, la importancia de estar pendiente de tus pacientes, para que logre una buena recuperación.

La segunda rotación fue pediatría y neonatología, en pediatría aprendemos las diversas patologías que se encuentran más frecuentemente en esta etapa de vida, como lo son las enfermedades respiratorias, exantemáticas, diarreas, síndromes febriles, parasitosis, etc. Rotamos por el tópico de pediatría donde evaluamos a cada niño y atendíamos según su prioridad, es importante hacerles un buen examen físico para acercarnos de manera certera al diagnóstico y poderles brindar un buen tratamiento.

Cabe mencionar el rol de los padres en esta rotación, donde muchas veces tendremos que afrontar situaciones complicadas de la mejor manera. Es algo que no se nos enseña, pero con el tiempo se aprende.

En Neonatología, es en donde realizamos la atención inmediata del recién nacido; somos unas de las primeras personas con las que tiene contacto el neonato. Identificamos si alguno de ellos requiere mayor apoyo; lo estimulamos, y realizamos maniobras con el fin de que se recuperen, para que puedan ir junto a su madre donde tendrán el primer contacto piel a piel fomentando así el apego, además de la lactancia materna de manera precoz. En alojamiento conjunto la madre y el neonato comparten más tiempo, se les instruye sobre los cuidados primarios en el recién nacido. Durante toda su estancia el neonato está siendo examinado por si algo no sale como lo esperamos; si ocurriese cualquier inconveniente se le traslada a otra sala para brindarles mayor atención.

La tercera rotación es en el área de cirugía, donde desarrollamos diversas habilidades como son el identificar a un paciente que necesita entrar a sala de operaciones, practicar diferentes tipos de suturas, actuar de manera rápida pero efectiva con los pacientes que se encuentran en el tópico de emergencia. Aprender de nuestros residentes y asistentes hasta el momento de entrar a sala de operaciones, es muy gratificante.

La cuarta y última rotación en el hospital es la de Ginecología y Obstetricia, una rotación que conlleva mucha responsabilidad ya que tenemos a dos vidas muy esperanzadas en que todo salga de la mejor manera posible. En Obstetricia rotamos en tres áreas, la primera es el tópico de emergencias,

donde evaluamos a las gestantes que están próximas a convertirse en madres, para que luego sean pasadas a la segunda área, que es la sala de dilatación, que se encuentra contigua a la sala de partos, ahí aprendemos a realizar un parto junto con nuestros residentes, quienes nos guían en todo momento durante la atención. Posteriormente las madres son pasadas con sus hijos a alojamientos conjunto. En el caso que el parto no sea factible por vía vaginal, se tendrá que realizar una cesárea.

En Obstetricia no solo se ve un parto esperado, sino también existen emergencias como la preeclampsia que nos obliga a reconocerla y saber activar oportunamente la clave azul, una sepsis en la cual tendremos que activar una clave amarilla y por último en caso de hemorragias activaremos la clave roja.

En Ginecología valoraremos a mujeres que adolecen diferentes patologías entre las más frecuentes tenemos la hemorragia uterina anormal causada por miomas, dependiendo al tipo y localización se programara una intervención.

Finalmente, pero no menos importante en nuestra formación como internos de medicina, rotamos en nuestros centros de salud de primer nivel, donde aprendemos a hacer actividades preventivo y promocionales, realizamos campañas de salud, enseñamos a nuestras comunidades sobre su autocuidado.

En consulta externa atendemos, en su mayoría, a pacientes que presentan enfermedades no transmisibles, pero además atendemos urgencias que se puedan presentar en el tóxico.

Con todos estos meses de formación adquirimos muchos conocimientos en las diversas áreas de la salud, tanto en el primer y segundo nivel de atención, para poder así afrontar de manera satisfactoria cada desafío.

CONCLUSIONES

El internado es la última etapa en la formación del futuro médico, donde los estudiantes del séptimo año desarrollan sus prácticas pre profesionales. En este año se adquieren conocimientos prácticos y teóricos que se desarrollan presencialmente.

En estos meses de rotación los internos interactúan de manera vivencial con los pacientes, médicos residentes, asistentes y otros profesionales de la salud, adquiriendo habilidades de trabajo en equipo siendo estas muy importantes para su desenvolvimiento como futuro médico.

Por la pandemia COVID-19, se vieron cambiados algunos aspectos de la forma en que era llevado el internado médico en años anteriores, donde se rotaban 12 meses en un hospital; en la actualidad se ha reducido los meses de rotación en hospitales acortándolos a solo 5 meses, lo cual implica un mayor esfuerzo por parte de los internos de medicina en adquirir en ese poco tiempo los conocimientos necesarios para su posterior desenvolvimiento como médicos cirujanos.

La rotación en los centros de salud forma parte importante del desarrollo de habilidades que serán de gran importancia en el desenvolvimiento del servicio rural y urbano marginal (Serums).

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los futuros internos de medicina, el aprovechar al máximo cada rotación, adquiriendo nuevas destrezas teniendo como ejemplo a sus médicos mentores residentes, asistentes; porque de ello dependerá su formación como cirujano.

Se recomienda seguir implementando más servicios de rotación donde el interno pueda desenvolverse de manera segura, brindándoles equipos de protección personal de manera oportuna.

También sería de gran importancia contar con áreas de descanso, ya que el interno muchas veces no tiene tiempo para regresar a sus hogares, por ello debería tener un lugar donde pueda descansar, alimentarse y estudiar.

Se sugiere que las rotaciones en los centros de salud se sigan implementando con el fin de aprender cómo se maneja el primer nivel de atención, sin interponerse en la adquisición de conocimientos y prácticas en los hospitales de mayor resolución.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- ¹ Uncomplicated urinary tract infections. Malpartida K. Revista Médica Sinergia. Vol.5 Num:3 , Marzo 2020. doi: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i3.382>
- ² Importance of Prenatal Care for Health Prevention and Promotion. Lugones M. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2018;44(1). Link: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2018/cog181a.pdf>
- ³ Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. Gob.pe. [citado el 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/presentacion/1415392103>
- ⁴ Instituto Nacional de Salud del Niño [Internet]. Gob.pe. [citado el 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.insn.gob.pe/institucional/resena-historica>
- ⁵ HSJL - Reseña Histórica [Internet]. Gob.pe. [citado el 29 de marzo de 2023]. Disponible en: https://hospitalsjl.gob.pe/institucional/resena_historica.html
- ⁶ De, G., & Clínica, P. (s/f). Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de Preeclampsia y Eclampsia -Versión extensa. Gob.pe. Recuperado el 29 de marzo de 2023, disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322894/Gu%C3%ADa_de_pr%C3%A1ctica_cl%C3%ADnica_para_la_prevenci%C3%B3n_y_manejo_de_Preeclampsia_y_Eclampsia20190621-17253-8uwiam.pdf?v=1561140234
- ⁷ Dra, K., & Herrera, S. (s/f). Medigraphic.com. Preeclampsia. Citado el 29 de marzo de 2023, disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>

-
- ⁸ Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud; 2007. 158 p.; ilustraciones.
- ⁹ Segó GAP, Perinatal M. Parto Pretérmino. Guía de Asistencia Práctica actualizada en febrero de 2020 Índice. SEGO, Guía Asist Práctica, Med Perinat [Internet]. 2020;1–62. Available from: www.prosego.com.
- ¹⁰ E M, F S, R P, SR D. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane database Syst Rev. 2020 Dec 25;12(12).
- ¹¹ Ioannidou P, Papanikolaou D, Mikos T, Mastorakos G, Goulis D. Predictive factors of Hyperemesis Gravidarum: A systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2019;238:178-187
- ¹² Gabra A, Habib H, Gabra M. Hyperemesis Gravidarum, Diagnosis, and Pathogenesis. Clin Obstet Gynecol. 2019 Dic;05(01).
- ¹³ Verna M, Capelatto N, Barán P. Actualización: Escabiosis. Org.ar. [citado el 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.fundacionmf.org.ar/files/escabiosis%20guia.pdf>
- ¹⁴ C. AF. Celulitis y erisipela: Manejo en atención primaria [Internet]. Conicyt.cl. [citado el 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v20n2/art04.pdf>
- ¹⁵ Río-Navarro Blanca Estela del, Hidalgo-Castro Emilia María, Sienna-Monge Juan José Luis. Asma. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet].

-
- 2009 Feb [citado 2023 Mar 29] ; 66(1): 3-33. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462009000100002&lng=es.
- ¹⁶ 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 2023 Mar 29] ; 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.
- ¹⁷ Colectitis aguda [Internet]. Elsevier.es. [citado el 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-continuada-8-pdf-S1578155011700110>
- ¹⁸ Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future, *Human Reproduction Update* 2016:1-22.
- ¹⁹ Manyonda IT. Medical management of fibroids. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology* 2008;22(4):655-676.
- ²⁰ Darío R, Gutiérrez M, Arenas RA, Básica R. ENFERMEDAD MANO, PIE Y BOCA [Internet]. *Eipediatria.com*. [citado el 30 de marzo de 2023]. Disponible en: https://eipediatria.com/num_ants/octubre-diciembre-2018/01_revision_basica.pdf
- ²¹ Cots JM, Alós J-I, Bárcena M, Boleda X, Cañada JL, Gómez N, et al. Recomendaciones para el manejo de la faringoamigdalitis aguda. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. 2016 [citado el 30 de marzo de 2023];34(9):585–94. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-recomendaciones-el-manejo-faringoamigdalitis-aguda-S0213005X15000798>

-
- ²² Allander T, Tammi MT, Eriksson M, Bjerkner A, Tiveljung-Lindell A, Andersson B. Cloning of a human parvovirus by molecular screening of respiratory tract samples. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2005;102:12891-6.
- ²³ Callén Blecua M, Praena Crespo M, García Merino A, Mora Gandarillas I, Grupo de Vías Respiratorias. Bronquiolitis: diagnóstico y tratamiento en atención primaria. Protocolo del GVR (publicación PGVR-4) 2015. En: Respirar [en línea] [consultado el 12/04/2017]. Disponible en: http://www.respirar.org/images/pdf/grupovias/bronquiolitis_p_gvr_4_2015.pdf
- ²⁴ Pine DS, Cohen E, Cohen P, Brook J. Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? *Am J Psychiatry*. 1999;156(1):133-5
- ²⁵ American Psychiatric Association. *DSM-V Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V*. Barcelona: Masson; 2010