



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: HOSPITAL DE
EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR Y CENTRO DE SALUD
GAUDENCIO BERNASCONI 2022-2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR
JOON SU PARK**

ASESOR

JOSÉ RODOLFO GARAY URIBE

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

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: HOSPITAL DE EMERGENCIAS
VILLA EL SALVADOR Y CENTRO DE SALUD GAUDENCIO
BERNASCONI 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
JOON SU PARK**

**ASESOR
DR. JOSÉ RODOLFO GARAY URIBE**

LIMA – PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

A mis padres, Jong Lae Park y Soon Ha Yun, quienes admiro de todo corazón por acompañarme y apoyarme desde el inicio de la carrera hasta el día de hoy.

A Walther Jeanbryan Paredes Rivera, gran amigo desde primer año de la carrera, por estar siempre, en los buenos y malos momentos, por saber escuchar y aconsejarme.

A mis mentores, Dr. Alberto Alcibíades Salazar Granara y Dr. José Rodolfo Garay Uribe, quienes me enseñaron a nunca rendirse y seguir para adelante.

ÍNDICE

JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	2
Rotación en Ginecología y Obstetricia	2
Rotación en Cirugía General	8
Rotación en Pediatría	14
Rotación en Medicina Interna	17
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	23
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	24
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	26
CONCLUSIONES	27
RECOMENDACIONES	28
FUENTES DE INFORMACIÓN	29
ANEXOS	31

RESUMEN

La situación del internado médico que se vivió en el Perú en el periodo 2022-2023 fue diferente al resto de años anteriores debido a la pandemia COVID-19 siendo un total de diez meses. Objetivo: Presentar el manejo clínico quirúrgico desarrollado a partir de algunos casos seleccionados. Describir el contexto en el cual opera los establecimientos de salud: Hospital de Emergencias Villa El Salvador y Centro de Salud Gaudencio Bernasconi. Analizar el HEVES como sede para internado médico y reflexionar sobre el significado de la experiencia como culminación de la carrera de medicina humana. Métodos: Trabajo descriptivo de las cuatro rotaciones (ginecología y obstetricia, cirugía general, pediatría y medicina interna) a través de la experiencia clínica durante el periodo del internado medico junio 2022 - marzo 2023 en los establecimientos de salud: Hospital de Emergencias Villa El Salvador y Centro de Salud Gaudencio Bernasconi. Resultados: Se describen ocho casos clínicos relevantes durante el periodo del internado de medicina en cuatro rotaciones. Estos casos fueron desarrollados en los primeros 5 meses en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador y el tiempo restante, en el Centro de Salud Gaudencio Bernasconi. Conclusiones: A través de este trabajo se pudo conocer de las experiencias clínicas y la realidad que atraviesa el país obtenidas durante el internado médico en los diferentes lugares llevando a cabo de manera satisfactoria donde se adquirió conocimientos, destrezas y habilidades como futuros médicos.

Palabras clave: Internado Medico, Hospital, Primer nivel de atención, pandemia COVID-19

ABSTRACT

The situation of the medical internship that was experienced in Peru in the period 2022-2023 was different from the rest of previous years due to the COVID-19 pandemic, being a total of ten months. Objective: To present the surgical clinical management developed from some selected cases. Describe the context in which the health establishments operate: Villa El Salvador Emergency Hospital and Gaudencio Bernasconi Health Center. Analyze HEVES as a venue for a medical internship and reflect on the meaning of the experience as the culmination of the human medicine career. Methods: Descriptive work of the four rotations (gynecology and obstetrics, general surgery, pediatrics and internal medicine) through clinical experience during the period of medical internship June 2022 - March 2023 in health establishments: Villa El Salvador Emergency Hospital and Gaudencio Bernasconi Health Center. Results: Eight relevant clinical cases are described during the period of the medicine internship in four rotations. These cases were developed in the first 5 months at the Villa El Salvador Emergency Hospital and the remaining time, at the Gaudencio Bernasconi Health Center. Conclusions: Through this work it was possible to learn about the clinical experiences and the reality that the country is going through, obtained during the medical internship in different places, carrying out satisfactorily where knowledge, skills and abilities were acquired as future doctors.

Keywords: Medical Internship, Hospital, First level of care, COVID-19 pandemic

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD:
HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL**

AUTOR

JOON SU PARK

RECuento DE PALABRAS

5357 Words

RECuento DE CARACTERES

30244 Characters

RECuento DE PÁGINAS

38 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

914.4KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 14, 2023 11:42 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 14, 2023 11:42 AM GMT-5

● **20% de similitud general**

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

- 20% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Dr. JOSE RODOLFO GARAY URIBE

ASESOR

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4052-3204>

INTRODUCCIÓN

En el Perú, el último año de la carrera de Medicina Humana se le conoce como internado médico, el cual el estudiante tiene la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos en los últimos 6 años de estudio con una duración de 12 meses; sin embargo, debido a la pandemia de COVID-19 se vio reducida a 10 meses. El cambio se vio reflejado en el aprendizaje y se vio limitada a causa de esta, sin embargo, el regreso de la presencialidad refuerza al interno el conocimiento y permite desarrollar nuevas habilidades como futuros médicos.

Además, este es el año donde el estudiante tiene que demostrar la permanencia y el esfuerzo constante. Es un año diferente donde consigues no solo involucrarte directamente con el paciente, sino también participar en las decisiones médicas en el diagnóstico y el tratamiento.

Este trabajo tiene como objetivos: Presentar el manejo clínico quirúrgico desarrollado a partir de algunos casos seleccionados. Describir el contexto en el cual opera los establecimientos de salud: Hospital de Emergencias Villa El Salvador y Centro de Salud Gaudencio Bernasconi. Analizar el HEVES como sede para internado médico y por último, reflexionar sobre el significado de la experiencia como culminación de la carrera de medicina humana.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 1

Anamnesis

Gestante de 25 años con embarazo de 24 semanas acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 5 horas de inicio súbito y curso hiperagudo caracterizado por cefalea, edema en miembros inferiores y aumento de la presión arterial. Funciones biológicas: Apetito: sin variación, sed: sin variación, orina: 3-4 veces por día, deposiciones: 1-2 veces por día, peso: sin variación, sueño: sin variación.

Antecedentes

Personales: Nivel socioeconómico bajo, casa de material noble, cuenta con servicios básicos.

Fisiológicos: Menarquia a los 10 años RC: 4/29 días, FUR: 04/02/2019. Inicio de RS: a los 19 años. Pareja sexual: 1. No MAC. Sin controles hasta la fecha.

Patológicos: Niega alergias. Niega enfermedades crónicas ni cirugías.

Familiares: Niega

Examen Físico

Funciones vitales: FC: 98 lpm. FR: 19 rpm. PA: 179/94 mmHg y después de cuatro horas 176/90 mmHg. Temperatura: 37.2 °C. Peso: 87 kg, talla: 1.68 m. IMC: 30.82 kg/m².

Apreciación general: Gestante, aparente buen estado general, de hidratación y nutrición. Fascie dolorosa.

Cabeza: Cráneo sin hundimientos. Pupilas isocóricas fotoreactivas. Pabellones auriculares y cavidad orofaríngea sin alteraciones. Fosas nasales permeables.

Cuello: Sin alteraciones.

Tórax: Simétrico. Sin alteraciones.

Mamas: Turgentes y secretantes de calostro. Indoloro sin nódulos palpables.

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

Aparato respiratorio: No tirajes. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No ruidos agregados.

Abdomen: Blando, depresible, Ruidos hidroaéreos presentes. no doloroso. No visceromegalia. No signos peritoneales.

Neurológico: Activa. Tono y fuerza conservados. ROT conservados.

Genitourinario: Genitales femeninos conservados.

Piel y anexos: Sin alteraciones.

TCSC: Edema en miembros inferiores con fóvea ++/++++.

Obstétrico: Altura uterina de 28 cm. LCF: 133 lpm. No edemas.

Ginecológico:

Genitales externos: sin alteraciones.

Cérvix: Orificio cervical cerrado. No doloroso a la palpación. No presencia de sangrado vaginal ni pérdida de líquido amniótico.

Impresión diagnóstica

Gestante de 24 semanas 3/7 días por FUR

Preeclampsia con criterios de severidad

Síndrome de HELLP

Exámenes auxiliares

Hemograma

Hemoglobina: 13.7 mg/dL

Hematocrito: 39%

Leucocitos: 8000/mm³

Plaquetas: 170000

Grupo sanguíneo: O

Factor Rh: (+)

Perfil hepático

TGO: 35 U/L

TGP: 50 U/L

Bilirrubina total: 1.0 mg/dL

Indirecta: 0.6 mg/dL

Directa: 0.4 mg/dL

Perfil de coagulación

Tiempo de protrombina: 13 segundos

Tiempo parcial de tromboplastina activada: 27 segundos

Fibrinógeno: 230 mg/dL

Orina: proteinuria +++

Creatinina: 1.1 mg/dL

Ecografía obstétrica

Gestación de 24 + 3/7 semanas. Presentación transversa. DBP: 5.94 (21+3). CA: 147 (20). LF: 38.7 (22+3). Peso estimado de 401 g (21+4) <p3. ILA: 6.

Plan de trabajo

Hospitalización

Dieta normosódica

Estudio de bienestar fetal

Balance hidroelectrolítico

Control de funciones vitales

Colocación de sonda Foley para controlar diuresis

Valorar terminación de gestación: manejo expectante

Terapéutica

50 ml en 1 hora, luego 100 ml/h para mantener diuresis >30 ml/h

Sulfato de magnesio 4 mg diluidos en 100 cc NaCl 0.9% IV y pasar en 10-20 minutos

Sulfato de magnesio 1-2 g/h máximo 40 g/d

Nifedipino VO 20 mg y repetir 10 mg en 30 minutos hasta estabilizar PA.

Betametasona 12 mg/24 h/2 d

Control de funciones vitales y balance hidroelectrolítico

Caso clínico n.º 2

Anamnesis

Paciente mujer de 28 años con embarazo de 12 semanas 6/7 días acude a consulta externa con un tiempo de enfermedad desde hace 6 días caracterizado por vómitos 3 a 4 veces al día. Además, refiere cansancio, debilidad generalizada y sialorrea. Niega pérdida de peso. Niega otras molestias.

Antecedentes

Fisiológicos: Menarquia a los 13 años, FUR: 12/01/2023. Inicio de relación sexual: a los 17 años. Pareja sexual: 2. MAC: Ampolla mensual, PAP: niega. Niega ITS.

Patológicos: Diabetes *mellitus* diagnosticada hace 2 años en tratamiento con metformina, niega otros antecedentes de importancia

Examen Físico

PA: 120/80 mmHg FR: 17 rpm FC: 90 lpm T: 36.7 °C

General: Aparente buen estado general, de hidratación y nutrición

Mucosas secas

Cabeza y cuello: Sin alteraciones.

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

Tórax y pulmones: Simétrico, murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Abdomen: Blando, depresible. Leve dolor a la palpación en epigastrio. No viceromegalias ni signos peritoneales.

Resto de órganos y sistemas sin alteración.

Impresión diagnóstica

Gestante de 9 semanas por FUR. Síndrome emético por descartar hiperemesis gravídica e hiperparatiroidismo.

Plan de trabajo

Nada por vía oral

Reposiciones de líquidos

Solicitar hemograma completo, electrolitos séricos, hormonas paratiroides, TGO, TGP.

Referir a un centro especializado

Rotación en Cirugía General

Caso clínico n.º 3

Anamnesis

Paciente varón de 21 años, nacido en Lima, procedente de Lurín llega a emergencias con un tiempo de enfermedad de 24 horas de inicio brusco y curso agudo caracterizado por dolor abdominal en la región de epigastrio de intensidad 9/10 después de comer comida grasa. 3 horas antes de su ingreso el dolor abdominal migra a la fosa iliaca derecha de intensidad 8/10 acompañado de náuseas y sensación de alza térmica no cuantificada para lo cual toma un paracetamol. Al no haber mejoría, acude a emergencias. Funciones biológicas: apetito disminuido, sed disminuida, orina 3 a 4 veces al día, deposiciones 1 a 2 veces al día, peso sin variación, sueño disminuido debido al dolor. Niega antecedentes patológicos y quirúrgicos. Niega alergias.

Examen Físico

Apreciación general: Paciente en decúbito dorsal. Fascie dolorosa. Aparente buen estado general, de hidratación y nutrición.

Funciones vitales: FC: 99 lpm FR: 19 rpm. PA: 120/80 mmHg. T°: 38.5 °C. SatO₂: 98 %

Peso: 70 kg. Talla: 1.68 m. IMC: 24.8 kg/m².

Cabeza: Normocefálico. Pupilas isocóricas, fotoreactivas. Conducto auditivo, fosas nasales y cavidad orofaríngea permeables. Amígdalas rosadas, de tamaño normal sin exudado.

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

Aparato respiratorio: Tórax simétrico. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No presencia de ruidos agregados.

Abdomen: Plano. Ruidos hidroaéreos presentes. Blando, depresible. Dolor a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha. Signo de McBurney y de Bloomberg positivos. No visceromegalia. Timpanismo.

Aparato locomotor: Signo del obturador positivo.

Impresión diagnóstica

Síndrome doloroso abdominal

Apendicitis aguda

Exámenes auxiliares

Hemograma

Hemoglobina: 10.3 g/dL

Hematocrito: 30.9 %

Leucocitos: 14400/mm³

Neutrófilos: 89.6 %

Linfocitos: 0.94 %

Eosinófilos: 0 %

Plaquetas: 160000/mm³

Glucosa: 90 mg/dL

Análisis de gases y electrolitos

pH: 7.4

PO₂: 93 mmHg

PCO₂: 37 mmHg

HCO₃: 24 mEq/L

Na: 137 mEq/L

K: 4.0 mEq/L

Cl: 105 mEq/L

Anion GAP: 12 mEq/L

Examen de orina

Color: Transparente

pH: 6

Densidad: 1034 mg/mL

Piocytes: 11-12 células/campo

Eritrocitos: 4-6 células/campo

Bacterias: +++

Células epiteliales: numerosas

Urea: 35 mg/dL

Creatinina: 1.1 mg/dL

Perfil hepático

AST: 38 UI/L

ALT: 40 UI/L

Fosfatasa alcalina: 56 UI/L

Bilirrubina total: 0.7 mg/dL

Bilirrubina directa: 0.18 mg/dL

Bilirrubina indirecta: 0.52 mg/dL

GGTP: 40 UI/L

Proteínas totales: 6 g/dL

Albúmina: 3.6 g/dL

Globulinas: 2.9 g/dL

Tiempo de protrombina: 13 segundos

Imágenes

Ecografía de abdomen: Se observa imagen tubular alargada, no compresible con transductor en fosa iliaca derecha.

Plan de trabajo

Nada por vía oral

Control de funciones vitales

Preparación preoperatoria

Intervención quirúrgica: Apendicectomía laparoscópica

Hallazgos

Apéndice subcecal de 7 cm x 0.9 cm edematosa y congestiva en su tercio distal.

Poca cantidad de líquido inflamatorio más gleras (fragmentos de secreción mucosa) fibropurulentas en tercio distal.

Coprolito en base. Base normal.



Imagen del apéndice edematosa y congestiva

Caso clínico n.º 4

Anamnesis

Paciente varón de 60 años, nacido en Lima, carpintero de profesión, acude a consulta con un tiempo de enfermedad de 1 año 5 meses de inicio insidioso curso crónico caracterizado por la presencia de una masa en la región de la ingle derecha. Niega dolor. Refiere que mientras trabajaba noto la masa en la ingle derecha que a la digitopresión se reduce con facilidad sin la presencia de dolor. Refiere que iba en aumento con el pase de tiempo y debido a la preocupación acude al consultorio. Funciones biológicas: sin alteraciones.

Antecedentes: Niega antecedentes patológicos y quirúrgicos. Niega alergias.

Examen Físico

Apreciación general: Aparente buen estado general, de hidratación y nutrición.

Funciones vitales: FC: 78 lpm FR: 17 rpm. PA: 120/76 mmHg. T°: 36.7 °C. SatO2: 97 %

Peso: 68 kg. Talla: 1.69 m. IMC: 23.8 kg/m2.

Piel: Sin alteración

TCSC: Presencia de masa en región de la ingle derecha de 6 cm x 3 cm, bordes regulares, reductible y no doloroso a la digitopresión.

Linfáticos: No ganglios palpables.

Impresión diagnóstica

Hernia inguinal directa

Plan de trabajo

Referir a cirugía General

Solicitar exámenes preoperatorios

Explicar signos de alarma como ante la presencia, aumento de tamaño de la hernia acudir de inmediato a emergencia.

Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 5

Anamnesis

Paciente varón de 8 años, cursando primaria, procedente de San Bartolo, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 4 días de inicio insidioso y curso agudo caracterizado por rinorrea, tos, sensación de alza térmica no cuantificada e hiporexia. Madre refiere que hace 3 días antes de su ingreso presentó tos no exigente. Hace 2 días refiere que tuvo calentura y malestar general, por lo que le dio 1 cucharada de paracetamol. Ante persistencia de la tos acude al hospital. Funciones biológicas: apetito disminuido, sed y orina incrementada, sueño y ánimo conservado.

Antecedentes

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

Familiares: su hermano menor tuvo similitud en síntomas y mejoró.

Neonatólogicos: G2P2002 Recién nacido a término con peso adecuado para la edad gestacional. Peso de nacimiento: 3500 g

Madre refiere que cuenta con vacunas completas

Examen Físico

FC: 80 lpm, FR: 18 rpm, temperatura: 36 °C, peso: 24 kg, talla 1.22 cm y SatO₂: 98 %.

General: Despierto, tranquilo, ventila espontáneamente, en aparente buen estado general, hidratación y nutricional.

Tórax y pulmón: No tirajes, tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos audibles. Pulsos periféricos presentes.

Abdomen: Blando, depresible, RHA presentes, dolor a la palpación en epigastrio.

Orofaringe: eritematosa. Congestiva. No exudados.

Oído: membrana timpánica íntegra.

Impresión diagnóstica

Resfriado común

Plan de trabajo

Abundante agua

Paracetamol 15 ml VO equivalente a 3 cucharadas condicional a temperatura mayor igual a 38 °C.

Ante signos de alarma acudir a emergencias.

Alta médica

Caso clínico n.º 6

Anamnesis

Paciente varón de 12 meses de edad sin antecedentes de importancia llega a consulta externa con tiempo de enfermedad de 4 días caracterizado por llanto inconsolable y quejumbroso. 3 días antes del ingreso, madre refiere aparición de lesiones en la región del pañal y en los genitales. Además, refiere que tiene poco apetito en la lactancia y vómitos en dos oportunidades. Refiere que Niega fiebre, niega diarrea. Niega otras molestias.

Neonatólogicos: G1P1001 Recién nacido a término con peso adecuado para la edad gestacional. Peso de nacimiento: 3300 g

Examen Físico

FC: 135 lpm, FR: 30 rpm, Temperatura: 37 °C, SaO₂: 98 %, FiO₂: 0.21

General: Quejumbroso con llanto persistente. Ventila espontáneamente sin distrés respiratorio.

Piel: lesiones eritematosas de tipo costrosa con bordes irregulares, bien definidos en la región del pañal. Leve palidez, no cianosis, llenado capilar menor a 2 segundos.

Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No ruidos agregados.

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

Resto de órganos y sistemas sin alteración.

Impresión diagnóstica

Dermatitis del área del pañal

Plan de trabajo

Hidrocortisona en crema al 1 %. Aplicar 2 veces al día

Evitar usar pañales desechables

Consejería

Ante signos de alarma acudir a emergencias.

Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 7

Anamnesis

Paciente varón de 76 años portador de traqueostomía por motivo de tumoración cervical es traído por su hija refiriendo que su padre retiró accidentalmente el tubo de traqueostomía presentando disnea y movilización de secreciones amarillo-verdosas por lo que es trasladado al hospital. Niega sensación de alza térmica, niega otras molestias.

Antecedentes

Patológicos: nm epidermoide de laringe con diseminación locoregional en marzo del 2023. Traqueostomía en marzo del 2023

Examen Físico

General: regular estado general, habito leptosómico, decúbito dorsal facultativo

Piel: Pálida, tibia, turgencia disminuida, llenado capilar menor a dos segundos.

Tórax y pulmón: Buen patrón respiratorio, moviliza secreciones, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

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

Abdomen: Móvil con respiración, no distendido, no adenomegalia.

Genitourinario: No globo vesical, PRU negativo, PPL negativo

Recto y ano: no lesiones a la vista.

Impresión diagnóstica

Laringotraqueobronquitis purulenta

Nm epidermoide laríngea con diseminación locoregional

Portador de traqueostomía

Exámenes auxiliares

AGA:

pH: 7.45 PO₂: 82 mmHg PCO₂: 42.9 mmHg HCO₃: 30.4 mEq/L Lactato: 1.71 SatO₂: 95 %

Hemograma:

Hemoglobina: 11 g/dL

Hematocrito: 33 %

Leucocitos: 16990/mm³

Urea: 17.46 mg/dL

Creatinina: 0.42 mg/dL

Glucosa: 119 mg/dL

Plan de trabajo

Interconsulta a cirugía de cabeza y cuello

Antibioticoterapia

Cuidados de traqueostomía que incluye limpieza y aspiración de secreciones

Terapéutica

Net 1500cc en 5 tomas

Piperacilina tazobactam 4.5 gr ev cada 6 horas

Clindamicina 600 mg ev cada 8 horas

Escopolamina 20mg ev cada 8 horas

Bromuro de ipratropio 4 puff cada. 6 horas

Paracetamol 1gr VO condicional a $t^{\circ} > 38^{\circ}c$

Aspiración de secreción por TQT

Sujeción mecánica

Control de funciones vitales y balance hidroelectrolítico

Caso clínico n.º 8

Anamnesis

Paciente varón de 68 años con antecedente de diabetes *mellitus* e hipertensión arterial no controlada acude a emergencias con tiempo de enfermedad de 7 días caracterizado por dolor en el primer dedo del pie derecho que no cede con analgésicos. Además, refiere mal olor, edema y quemazón en la zona afectada.

Antecedentes

Patológicos: Diabetes *mellitus* e hipertensión arterial diagnosticado hace 7 años. Refiere que abandonó tratamiento con metformina 850 mg hace 3 años. Con respecto a lo segundo, no se encuentra en tratamiento.

Familiares: Madre hipertensa y hermano con diabetes *mellitus*

Examen Físico

Funciones vitales: FC: 70 lpm FR: 17 rpm. PA: 140/80 mmHg. T°: 36.5 °C. SatO2: 97 %

Peso: 72 kg. Talla: 1.7 m. IMC: 24.9 kg/m².

General: Aparente regular estado general, de hidratación y nutrición.

Piel: hiperpigmentación, leve palidez, no ictericia, no cianosis. Llenado capilar menor a 2 segundos.

Fondo de ojo: retinopatía diabética bilateral, desprendimiento de la retina.

Pie: cavo, dedos en garra, ulcera de 3x5 cm en base del primer metatarsiano con tejido necrótico y secreción purulenta con signos de flogosis.

Impresión diagnóstica

Pie diabético neuropático e isquémico Pedis III

Diabetes mellitus tipo 2 no controlada

Hipertensión arterial no controlada

Anemia leve

Exámenes auxiliares

Hemograma

Hemoglobina: 10.4 g/dL

Hematocrito: 31.2 %

Leucocitos: 12530/mm³

Neutrófilos: 89.6 %

Linfocitos: 0.94 %

Eosinófilos: 0 %

Plaquetas: 170000/mm³

Glucosa: 140 mg/dL

HbA1c: 9 %

Proteinuria de 24h: 4.25 g

Ecografía doppler

Aterotrombosis leve en arterias femorales y poplíteas bilaterales, aterotrombosis severa en arteria tibial anterior, tibial posterior comprometidas del 60-75% con predominio derecho.

Angiotem extremidades inferiores con contraste

Se aprecia múltiples placas ateromatosas en arterias femorales y poplíteas, con paso de contraste hasta su tercio distal. Múltiples placas ateromatosas en arteria tibial anterior, tibial posterior y peronea bilateral, con disminución de la luz, paso de contraste hasta tercio distal con presencia de arterias colaterales. En arteria pedia derecha solo se observa paso de contraste hasta su tercio medio. Arteria pedia izquierda con paso de contraste hasta su tercio distal. Signos de insuficiencia arterial moderada a severa, con predominio derecho.

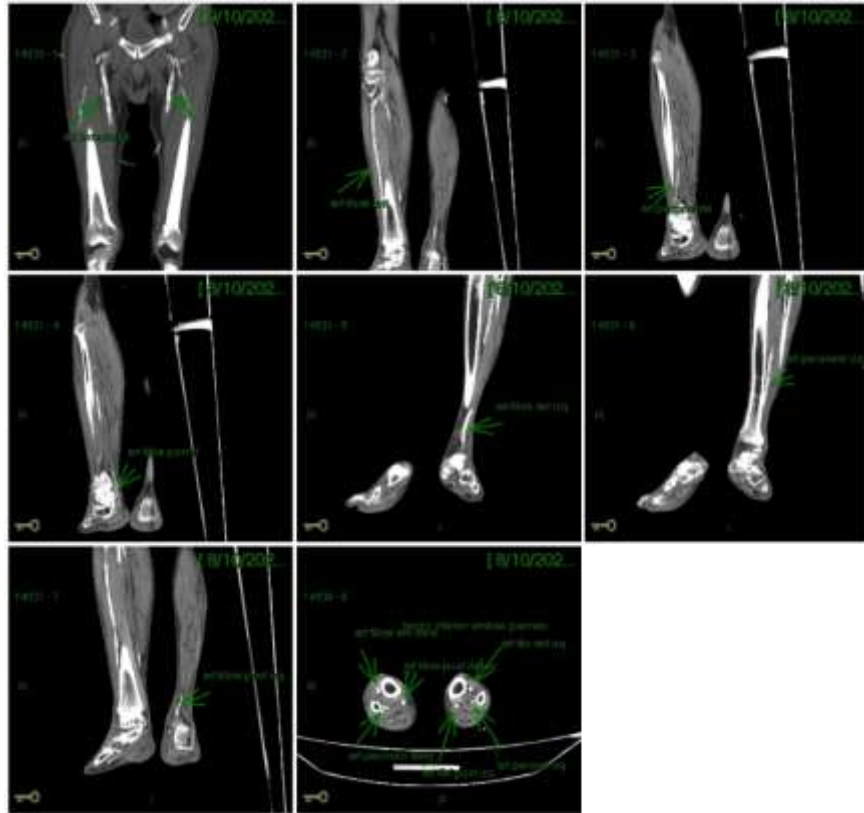


Imagen del angiotem de miembros inferiores con contraste del paciente

Plan de trabajo

Dieta blanda hiposódica hipoglúcida

Losartán 50 mg VO cada 12 horas

Atorvastatina 40 mg VO cada 24 horas

Metformina 850 mg VO cada 24 horas después del almuerzo

Hemoglucotest cada 8 horas

Insulina escala corrección

Curación diaria

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital de Emergencias Villa El Salvador (HEVES), es un hospital con la categoría de establecimiento nivel II-2, perteneciente al Ministerio de Salud, ubicado en la av. 200 millas, Villa El Salvador. Este centro fue inaugurado el 7 de abril del 2016 y se considera como el primer hospital con atención especializada de emergencias y urgencias médicas y quirúrgicas en toda zona sur de Lima incluidas Villa El Salvador, Lurín, Pachacamac, Punta Hermosa, Punta Negra, San Bartolo y entre otros (1). Además, en el contexto de la pandemia de COVID-19, el HEVES fue un centro especializado de atención de pacientes con dicha enfermedad (2). Fueron los primeros cinco meses en este hospital donde se llevaron a cabo las cuatro rotaciones en óptimas condiciones. Cuenta con un personal capacitada, así como un área encargada en docencia e investigación lugar propicio para la realización del internado médico. Por tanto, como sede hospitalaria cumple con las expectativas del interno en el aprendizaje práctico clínico-quirúrgico.

Por otro lado, el Centro de Salud Gaudencio Bernasconi es un centro de salud con la categoría de establecimiento nivel I-3, ubicado en el distrito de Barranco, Lima, perteneciente a la Dirección de Salud Lima Sur del Minsa (3). Es aquí donde se llevó a cabo la otra mitad del internado. A diferencia de un establecimiento de mayor complejidad, cumple con las herramientas en la que interno pueda frecuentar y resolver patologías comunes que estén a la necesidad de la población urbana y participar en actividades de prevención y promoción de la salud.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En total, fueron 10 meses en la que se llevó a cabo el internado médico (junio 2022-marzo 2023) comprendidas en cuatro especialidades de rotación. Los primeros 5 meses, divididos en 1 mes y 10 días por rotación, fueron desarrollados en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador y el tiempo restante, en el Centro de Salud Gaudencio Bernasconi.

Se describen ocho casos clínicos representativos recordados durante el internado médico 2022-2023 en los establecimientos de salud: Hospital de Emergencias Villa El Salvador y Centro de Salud Gaudencio Bernasconi.

El caso n.º 1 se trata de una gestante con preeclampsia como resultado de dos tomas de la presión arterial elevadas en las cuatro horas desde que llegó al servicio de Ginecología y Obstetricia. Los criterios de severidad en este caso fueron la cefalea y el edema de miembros inferiores. Para confirmar el diagnóstico se realizaron pruebas complementarias evidenciándose de proteinuria (4). La paciente preocupada por su estado de salud, el interno cumplió en ser asertivo en la comunicación y asegurar que la paciente cumpla con las medidas terapéuticas interpuestas por el equipo médico. Se conocen muchas causas que están implicadas en la preeclampsia (5), pero es importante mencionar cómo se siente la paciente debido a que lo emocional puede influir en la enfermedad (6). Al final, la paciente se estabilizó y se le dio seguimiento, así como explicarle las medidas preventivas de su salud (7).

El caso clínico n.º 2 es similar a la anterior, se trata de una paciente que llegó al centro de salud preocupada por las náuseas y vómitos por 6 días que se asociada a las comidas. Se le considero como diagnostico presuntiva hiperémesis gravídica debido a que no teníamos exámenes de laboratorios al alcance para estar seguros si la paciente tenía acidosis o alcalosis, hipopotasemia y entre otros (8). La paciente preocupada por su salud se le hizo manejo sintomatológico y una referencia a un establecimiento de mayor complejidad por las carencias que esta presentaba. En todo momento, se trataba de fomentar la relación médico-paciente, pero el declive fue la necesidad que la paciente

tenía al no poder solucionarle su problema ante la carencia de recursos que tenía el establecimiento.

Se describe el caso n.º 3 de un paciente joven que acude al hospital por un dolor abdominal intenso que no cede con analgésicos que ha migrado hacia la fosa iliaca derecha acompañado de anorexia y náuseas. Además, de los signos de McBurney y Bloomberg positivos y la fiebre sugieren probablemente de un cuadro de apendicitis aguda por lo que se pidieron exámenes de laboratorio y de imagen para corroborar el diagnóstico a través de la escala de Alvarado modificado (anexo 1). El manejo del paciente fue preparar preoperatorios incluidos antibioticoterapia profiláctica con cefazolina EV 2 g con metronidazol EV 500 mg para la apendicetomía laparoscópica (9, 10). La operación culminó de manera satisfactoria presentando una rápida recuperación y evolución favorable. En el seguimiento postoperatorio, el interno de medicina estuvo pendiente en observar algún signo de alarma, balance hidroelectrolítico, progresar dieta de líquido a semisólido según tolerancia oral. Luego, al haber mejoría se le programó una cita para una evaluación de la herida y retiro de puntos en 7 días.

El caso clínico n.º 5 es el típico problema que se frecuente ver en los niños en las consultas de los establecimientos de primer nivel de atención. Se ve reflejada en la decisión terapéutica si darle o no el antibiótico en cuadros de resfriado común (11). Lamentablemente, las madres exigen de éstas cuando realmente no las necesitan y aquí es importante la capacidad de persuadir y explicarle que no es necesario y que le están haciendo daño al niño en el futuro generando resistencia hacia los medicamentos (12).

Por último, el caso clínico n.º 7 se trata de un señor con antecedente de cáncer que es usuario de tubo de traqueostomía (13). Recientemente, es un problema de salud pública porque son enfermedades que, si al detectarse a tiempo si el paciente realiza sus controles médicos cada determinado tiempo, se puede tratar, pero lamentablemente no es así la realidad del país. Con respecto al caso mencionado al haber mejoría del señor al no haber distrés respiratorio, no taquipnea, no disnea, afebril, pero como mantenía aun reactantes de fase aguda elevados, tenía que completar antibioticoterapia y escopolamina horaria para ayudar a disminuir secreciones bronquiales para que se recupere y este en condiciones de alta.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El inicio del internado médico 2022-2023 no fue igual para todos. Para el caso del Minsa, se empezó el 1 de junio lo que significó un retraso en el aprendizaje de este y al ser 10 meses se vería afectada la calidad por lo que fue un gran reto; sin embargo, el retorno a la presencialidad a los hospitales nos ha dado la oportunidad de cubrir con la necesidad real que no se pudo experimentar debido a la pandemia de COVID-19.

El hecho de formar parte de una gran institución que trata de mejorar diariamente superando sus metas como el Hospital de Emergencias Villa El Salvador y el Centro de Salud Gaudencio Bernasconi, se vio reflejada la realidad que afronta el país, así como las patologías más comunes que se puede ver y manejar en la población de Lima Sur. Por tanto, nosotros como interno de medicina en cuanto a la formación nos favoreció en la realización de prácticas asistenciales y la revisión de diversos casos frecuentes que son del día a día como futuros médicos.

A pesar de las limitaciones que se haya presentado durante el internado médico, se ha respetado y valorado la integridad del personal que labora en el hospital, así como los usuarios que gozan de los servicios de salud. Es importante mencionar que existe una sobrecarga laboral que afrontan el personal de salud por lo que la calidad de la enseñanza se vio limitada en alguna medida.

La atención primaria en salud es importante para resolver problemas de baja complejidad, sin embargo, en los establecimientos de salud de primer nivel de atención hay un reto por cumplir para mejorar la calidad de la atención en salud.

CONCLUSIONES

Estos fueron algunos de los casos clínicos presentados. El internado médico 2022-2023 se culminó de manera satisfactoria reforzando principalmente la vocación de servicio, la relación médico-paciente, la comunicación asertiva y el autocontrol, los cuales son indicadores para la formación del médico. Esta experiencia se logró a partir de la práctica clínica asistencial y fue importante en esta etapa formativa el retorno a la presencialidad y segmentar en dos grandes rotaciones: el ambiente hospitalario y la atención primaria en salud. El interno de medicina supo adaptarse a la situación y reaccionar frente a situaciones complejas. El haber culminado esta etapa formativa no significa desconocer la realidad que venimos atravesando anualmente sin haber cambios significativos. Por tanto, debemos de reflexionar y exigir en la medida que la experiencia de futuras promociones de internos de medicina mejore progresivamente.

RECOMENDACIONES

Para atender las necesidades de la población se requiere de una buena preparación. Por ello, se debe hacer lectura constantemente y actualizar la información basado en evidencia.

La competencia en el internado medico es con uno mismo, el mejor camino a lograrlo es estudiando día tras día y poner el mejor empeño de cada uno.

Se debe llevar a cabo programas de mentoría para estudiantes con dificultades en el aprendizaje y el cuidado de la salud mental debido a que puede existir diversos factores que desfavorecen y no propician un buen ambiente laboral.

Es importante mantener la rotación en un centro de salud del primer nivel de atención debido a que el enfoque en que se da difiere de establecimientos de mayor complejidad atendiendo las necesidades básicas de la población llevadas a cabo en actividades de prevención y promoción a la salud.

Fomentar a la participación de investigaciones científicas para mejorar la calidad de vida de la población y encaminar en la formación de nuevos médicos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital de Emergencias Villa El Salvador [Internet]. Gob.pe. (citado el 11 de abril de 2023). Disponible en: <https://www.gob.pe/heves>
2. Hospital de Emergencias Villa El Salvador [Internet]. Gob.pe (citado el 11 de abril de 2023). Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/304268-mas-de-7000-pacientes-con-covid-19-fueron-dados-de-alta-del-hospital-de-emergencias-villa-el-salvador/>
3. Centro de Salud Gaudencio Bernasconi [Internet]. (citado el 11 de abril de 2023). Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/lima-sur/centro-de-salud-gaudencio-bernasconi-barranco/>
4. Ives C, Sinkey R, Rajapreyar I, Tita A, Oparil S. Preeclampsia—Pathophysiology and Clinical Presentations. JACC. 2020; 76(14): 1690–1702.
5. Jung E, Romero R, Yeo L, Gomez-Lopez N, Chaemsaitong P, Jaovisidha A, Erez O. The etiology of preeclampsia. Am J Obstet Gynecol. 2022; 226(2): S844-S866
6. Vega-Morales EG, Torres-Lagunas MA, Patiño-Vera V, Ventura-Ramos C, Vinalay-Carrillo I. Vida cotidiana y preeclampsia: Experiencias de mujeres del Estado de México. Enfermería Universitaria. 2016; 13(1): 12–24.
7. Norwitz ER. Preeclampsia: Management and prognosis [Internet]. 2023 (citado el 11 de abril de 2023) Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-antepartum-management-and-timing-of-delivery#:~:text=A%20key%20focus%20of%20routine,one%20to%20three%20days%20postpartum.>
8. Mou M, Rivera YM, Vargas EM. Hiperémesis gravídica: abordaje y opciones terapéuticas. Rev. Med. Siner. 2022; 7(4): E782
9. Smink D, Soybel DI. Management of acute appendicitis in adults [Internet]. 2023; (citado el 11 de abril de 2023) Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults#:~:text=Patients%20with%20a%20small%20\(%E2%89%A4,not%20amenable%20to%20percutaneous%20drainage](https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults#:~:text=Patients%20with%20a%20small%20(%E2%89%A4,not%20amenable%20to%20percutaneous%20drainage)

10. Hernández-Cortez J, García-Matus RR, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López Néstor, Medina LG. Empleo de antibióticos en el postoperatorio de apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cir. Gen.* 2018; 40(4): 262-269.
11. Ibañez A, Tobajas J, Villafranca S, Francés P. El resfriado común: revisión de su manejo habitual en las consultas. *Rev Clín Med Fam.* 2020; 13(3): 240-240
12. González J, Maguiña C, González FM. La resistencia a los antibióticos: un problema muy serio. *Acta Med Peru.* 2019; 36(2): 145-51
13. Che-Morales JL, Díaz-Landero P, Cortés-Telles A. Manejo integral del paciente con traqueostomía. *Neumol. Cir. Tórax.* 2014; 73(4): 254-262

ANEXOS

Anexo 1

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

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