



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA PROFESIONAL DEL INTERNADO MÉDICO
REALIZADO EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA 2022-
2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR
RENZO FRANCISCO RAFAEL LAVÁN LÓPEZ
GIANNELA STEPHANY ARBULÚ PAVIA**

**ASESOR
JOSE WAGNER LÓPEZ REVILLA**

**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 PROFESIONAL DEL INTERNADO MÉDICO
REALIZADO EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

RENZO FRANCISCO RAFAEL LAVÁN LÓPEZ

GIANNELA STEPHANY ARBULÚ PAVIA

ASESOR

MED. MG. JOSE WAGNER LÓPEZ REVILLA

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga.

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe.

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera.

DEDICATORIA

A todos aquellos que han sido una parte integral de nuestro camino académico y personal.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros padres, a nuestra casa de estudio la Universidad de San Martín de Porres, a todos nuestros maestros y a nuestro asesor que han contribuido siempre en nuestra formación para poder llegar hasta esta instancia.

ÍNDICE

JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	2
1.1 Rotación en Medicina	2
1.2 Rotación en Cirugía	7
1.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia	13
1.4 Rotación en Pediatría	18
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA	24
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	26
3.1 Rotación en Medicina	26
3.2 Rotación en Cirugía	31
3.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia	34
3.4 Rotación en Pediatría	38
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	42
CONCLUSIÓN	44
RECOMENDACIONES	45
FUENTES DE INFORMACIÓN	47
ANEXOS	51

RESUMEN

El trabajo de suficiencia profesional ha sido realizado por dos internos de medicina de la Universidad de San Martín de Porres, que describen las experiencias obtenidas en las diferentes rotaciones del internado médico realizadas en el Hospital María Auxiliadora en el periodo 2022-2023. Tiene como objetivo fundamental describir mediante la presentación de casos clínicos en sus 4 principales servicios del establecimiento de salud (Medicina interna, Cirugía general, Ginecología-obstetricia y pediatría) y realizar un análisis crítico, poniendo en práctica los conocimientos adquiridos durante el pregrado y del mismo modo reforzarlo durante el periodo del internado de medicina, que han contribuido de forma significativa a nuestra formación académica como personal, conllevando a un mejor desempeño a futuro como profesional de la salud.

Metodología: trabajo analítico y descriptivo de la recopilación de historias clínicas observadas durante el internado médico en el Hospital María Auxiliadora el periodo 2022- 2023. **Conclusiones:** El internado médico es una etapa que se realiza mediante prácticas pre profesionales, pero esencial para adquirir nuevos conocimientos sobre las patologías más conocidas y por conocer, con la finalidad de poder realizar un buen diagnóstico clínico, así como tratamiento específico, para no generar más daño al paciente. Por lo que es la base fundamental para la formación profesional de todo médico y que se desarrolla el último año de la carrera.

Palabras claves: Internado médico, Ginecología y obstetricia, Pediatría, Medicina interna, Cirugía general.

ABSTRACT

The work of professional sufficiency has been carried out by two medical interns of the University of San Martín de Porres, who describe the experiences obtained in the different rotations of the medical internship carried out at the Hospital María Auxiliadora in the period 2022-2023. Its main objective is to describe through the presentation of clinical cases in its 4 main services of the health establishment (Internal Medicine, General Surgery, Gynecology-Obstetrics and Pediatrics) and make a critical analysis, putting into practice the knowledge acquired during the undergraduate and likewise reinforce it during the medical internship period, which have contributed significantly to our academic training as staff, leading to a better performance in the future as a health professional. **Methodology:** analytical and descriptive work of the collection of clinical histories observed during the medical internship at María Auxiliadora Hospital the period 2022- 2023. **Conclusions:** The medical internship is a stage that is performed through pre-professional practices, but essential to acquire new knowledge about the most known pathologies and to know, in order to be able to make a good clinical diagnosis, as well as specific treatment, so as not to generate more damage to the patient. Therefore, it is the fundamental basis for the professional training of every physician and it is developed in the last year of the career.

Key words: Medical internship, Gynecology and obstetrics, Pediatrics, Internal medicine, General surgery.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA PROFESIONAL DEL INTER
NADO MÉDICO REALIZADO EN EL HOSPI
TAL MARIA AUXILIADORA 2022-2023**

AUTOR

RENZO FRANCISCO RAFAEL, LAVÁN

RECUENTO DE PALABRAS

11844 Words

RECUENTO DE CARACTERES

68637 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

57 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

792.5KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 17, 2023 3:45 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 17, 2023 3:46 PM GMT-5


● **15% de similitud general**

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

- 15% Base de datos de Internet
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossr

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Dr. Jose W. Lopez Revilla
Enfermedades Infecciosas y Tropicales
CMP: 41703 RNE: 25536

MED. MG. JOSE WAGNER LÓPEZ REVILLA

DNI: 41120342

Asesor

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0614-7284>

INTRODUCCIÓN

El internado médico en el Perú es una etapa de aprendizaje y adquisición de conocimientos en la cual se realizan 10 meses de prácticas hospitalarias durante el último año de la carrera de medicina, al mismo tiempo que se fusionan los conocimientos teóricos y se ponen en práctica desarrollando el pensamiento crítico en la atención médica diaria. El internado médico es indispensable para la formación del trabajador de salud porque brinda una oportunidad para interactuar con los pacientes, conocer acerca de sus enfermedades y poder evidenciar las inequidades presentes en nuestro sistema de salud (1).

En esta etapa los internos de medicina tienen la oportunidad de brindar una atención adecuada al paciente incluyendo prevención, diagnóstico y tratamiento específico para cada enfermedad. Dentro del desarrollo del internado se consigna un equipo de profesionales de salud que nos guían durante toda esta etapa, otorgándonos su experiencia y conocimiento además de consejería para poder afrontar las futuras etapas de nuestra carrera.

El Hospital en donde realizamos el internado es el Hospital María Auxiliadora, perteneciente al MINSA de nivel III-I y a la DIRIS Lima Sur, ubicado en la Av. Miguel Iglesias #968, San Juan de Miraflores. Esta institución es el hospital de referencia del sector sur que incluye San Juan de Miraflores, Chorrillos, Surco, Barranco, Lurín, Villa el Salvador, etc. El hospital cuenta con diversos servicios de hospitalización, rehabilitación, centro obstétrico, centro quirúrgico, exámenes de laboratorio, farmacia, exámenes de imagen, sala de partos y consultorio externo (2,3).

El presente trabajo de suficiencia profesional incluye 16 casos clínicos desarrollados en la presente institución, las diversas patologías se pudieron observar en nuestro internado médico hospitalario.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Rotación en Medicina

Caso clínico n.º 1:

Anamnesis:

Paciente femenino de 34 años, con antecedente de litiasis biliar y cesárea, ingresa por tóxico de medicina con un cuadro clínico de 4 días, de inicio insidioso y curso progresivo, caracterizado por dolor abdominal, náuseas y vómitos e ictericia. Refiere que cursa con dolor abdominal en hipocondrio derecho irradiado a espalda.

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 120/70 mmHg, FR: 16 x', FC 85 x', T°:36,6 °C, SAT O2: 98%.
- Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, ictericia ++/+++.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no estertores.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: ruidos hidroaéreos disminuidos, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en cuadrante superior derecho, signo de Murphy (+), no resistencia muscular involuntaria.
- Sistema Nervioso Central: despierto y reactivo a estímulos.

Exámenes auxiliares:

Amilasa 76; bilirrubina total 4.57; bilirrubina directa 3.7; bilirrubina indirecta 0.87; creatinina 0.55; fosfatasa alcalina 245; glucosa 126

Ecografía abdominal superior:

Coledocolitiasis, litiasis vesicular, dilatación de vía biliar intrahepática y extrahepática.

Impresión diagnóstica:

- Síndrome dolor abdominal
- Colecistitis aguda
- Coledocolitiasis
- Ictericia leve

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza
- Tolerancia oral a líquidos
- Nacl 0,9 % x 1000 CC, 15 gts por minuto
- Tramadol 50 mg
- Dimenhidrinato 50 mg
- Nacl 0,9 % x 100 CC
- Control de funciones vitales más balance hídrico
- Colangiografía magnética
- Pase al servicio de gastroenterología

Caso clínico n.º 2:

Anamnesis:

Paciente varón de 79 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial y diabetes *mellitus*, ingresa por tópico de medicina con cuadro clínico de 10 días, caracterizado por dolor de miembro inferior izquierdo, y limitación funcional. Refiere que 10 días antes de su ingreso, sufrió caída mientras trabajaba, golpeándose el miembro inferior izquierdo y generando una herida, con posterior aumento de volumen y signo de flogosis, 8 días antes de su ingreso presenta dolor intenso en dicho miembro que calma levemente con analgesia. 3 días antes de su ingreso se agrega limitación funcional. El día del ingreso refiere que dolor persiste y no calma con analgesia.

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 140/80 mmHg, FR: 20 x', FC: 74 x', T°:36.6 °C, SAT O2: 98%.
- Piel y faneras: tibia, llenado capilar < 2 segundos, no ictericia, no edemas, signo de flogosis en 1/3 medio de miembro inferior izquierdo.
- Examen pulmonar: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no estertores.
- Cardiovascular: sin alteraciones.
- Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos conservados, blando, depresible, no doloroso.
- Sistema Nervioso Central: despierto y reactivo a estímulos, localizado en tiempo, espacio y persona.

Exámenes auxiliares:

Leucocitos 15 000; hemoglobina 1.9; plaquetas 388 000

Impresión diagnóstica:

- Absceso de miembro inferior izquierdo

Plan de trabajo:

- Hospitalización
- Dieta blanda para paciente diabético
- NaCl 0,9 % x 1000 CC 15 gotas por minuto
- Ceftriaxona 2 gr endovenoso c/ 24 h
- Clindamicina 600 mg endovenoso c/ 8 h
- Tramadol 50 mg endovenoso c/ 8 h
- Dimenhidrinato 50 mg endovenoso c/ 8 h
- Insulina R
- Losartan 50 mg vía oral c/ 12 h
- Control de funciones vitales más balance hídrico
- Drenaje de absceso

Caso clínico n.º 3:

Anamnesis:

Paciente masculino de 80 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial y accidente cerebrovascular hemorrágico, asociado a triplejía y portador de traqueostomía. Ingresa por tópico de medicina con cuadro clínico de 7 días, caracterizado por lesión con secreción purulenta y dolor de miembro inferior, región sacra. Familia de paciente refiere que 7 días antes de su ingreso se percata de "herida" en región sacra con secreción purulenta. Familiar refiere que paciente es postrado crónico por complicaciones del accidente cerebro vascular hace 4 meses.

Examen físico:

- Funciones vitales: presión arterial: 120/80 mmHg, frecuencia respiratoria 18 x', frecuencia cardíaca 80 x', T°:36.6 °C, saturación: 98%.
- Piel: llenado capilar < 2 segundos, presencia de lesión ulcerada de aproximadamente 4 x 3 cm con secreción purulenta en región sacra.
- Examen pulmonar: sin alteraciones.
- Cardiovascular: sin alteraciones.
- Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos conservados, blando, depresible, no doloroso.
- Sistema osteomuscular: fuerza muscular disminuida en ambos miembros inferiores y en el miembro superior derecho.
- Sistema Nervioso Central: despierto y reactivo a estímulos, localizado en tiempo, espacio y persona.

Exámenes auxiliares:

Leucocitos 6 920; hemoglobina 11.7; plaquetas 448 000; bastonados 0%

Impresión diagnóstica:

- Úlcera por presión infectada de III grado
- Accidente cerebro vascular secuelar
- Hipertensión arterial

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza
- Dieta blanda asistida
- Nacl 0,9 % x 1000 CC 15 gotas por minuto
- Ceftriaxona 2 gr endovenoso c/ 24 h
- Clindamicina 600 mg endovenoso c/ 8 h
- Tramadol 50 mg endovenoso c/ 12 h
- Dimenhidrinato 50 mg endovenoso c/ 12 h
- Nacl 0.9 % x 100 cc endovenoso c/ 12 h
- Losartan 50 mg vía oral c/ 12 h
- Nifedipino 10 mg vía oral c/ 12 h
- Control de FV más BHE.

Caso clínico n° 4:

Anamnesis:

Paciente femenino de 75 años de edad, procedente de Chumbivilca (Cusco), con antecedente personal de haber sido campesina criadora de ganado. Con antecedente patológico de gastritis y quiste pulmonar en el mes de julio del 2022. Ingresar por tópico de medicina con cuadro clínico de 1 mes, caracterizado por tos con movilización de secreción. Familiar de paciente refiere que 1 mes antes de su ingreso cursa con tos productiva que fue incrementando progresivamente, hasta 2 días antes del ingreso en donde el paciente refiere que se agrega expectoración sanguinolenta en 1 oportunidad por lo que acude a emergencia. Familiar del paciente refiere que hace 2 meses acude a P.S para control en donde le realizan estudio de imagen y le indican que tiene quistes pulmonares.

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 100/60 mmHg, FR 17 x', FC 78 x', T°:36,5 °C, SAT O2: 95%.
- Piel: tibia, elástica, llenado capilar < 2 segundos, sin ictericia ni edema.
- Examen pulmonar: sin alteraciones.
- Cardiovascular: sin alteraciones.

- Abdomen: ruidos hidroaéreos conservado, blando, depresible, leve dolor a palpación profunda en hipocondrio derecho.
- Sistema Nervioso Central: despierto y reactivo a estímulos, localizado en tiempo, espacio y persona.

Exámenes auxiliares:

Leucocitos 15 000; plaquetas 465 000; abastionados 0%; hemoglobina 12 g/dl.

Tomografía de abdomen y tórax:

Presencia de múltiples quistes en 1/3 inferior de hemitórax derecho, 1/3 superior de hemitórax izquierdo, hígado y bazo.

Impresión diagnóstica:

- Hidatidosis multiorgánica (pulmón, hígado y bazo)

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza
- Dieta blanda
- Nacl 0,9 % x 1000 CC 15 gts por minuto
- Ceftriaxona 2 gr endovenoso c/ 24 h
- Clindamicina 600 mg endovenoso c/ 8 h
- Albendazol 400 mg 2 tabletas via oral c/ 12 horas
- Elisa IgG para equinococosis quística humana
- Inmunoblot IgG para equinococosis quística humana
- Control de funciones vitales más balance hídrico
- Pase al servicio de cirugía cardiovascular y tórax

1.2 Rotación en Cirugía

Caso clínico n.º 5:

Anamnesis:

Paciente masculino de 55 años, con antecedente de gastritis, poliposis vesicular y antecedente quirúrgico de hernioplastía inguinal izquierda. Ingresa por tópicico de cirugía general con cuadro clínico de 30 horas, caracterizado por dolor

abdominal, hiporexia, náusea y sensación de alza térmica no cuantificada. Paciente refiere que hace 30 horas cursa con dolor en epigastrio en escala visual análoga del dolor (6/10) de tipo opresivo asociado a náuseas, 12 horas antes de su ingreso el dolor migra a fosa iliaca derecha con una escala visual análoga del dolor (8/10), asociado a sensación de alza térmica no cuantificada e hiporexia.

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 110/75 mmHg, FR 18 x', frecuencia cardiaca 84 x', T°:36,5 °C, SAT O2: 95%.
- Piel: hidratada, tibia, elástica, llenado capilar < 2 segundos, sin ictericia ni edema.
- Examen pulmonar: sin alteraciones
- Cardiovascular: sin alteraciones
- Abdomen: ruidos hidroaéreos disminuidos, blando, depresible, dolor a palpación profunda en fosa iliaca derecho, resistencia muscular involuntaria, rebote (-)
- Sistema Nervioso Central: despierto y reactivo a estímulos, LOTEPE.

Exámenes auxiliares:

Leucocitos 13.000; plaquetas 201 000; abastados 263; segmentado 11 862; hemoglobina 13, 2 g/dl.

Impresión diagnóstica:

- Apendicitis aguda

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza
- NPO
- Nacl 0,9 % x 1000 CC 15 gotas por minuto
- Antibioticoterapia profiláctica
- Preparación para sala de operaciones.

Reporte operatorio:

- Operación realizada: apendicetomía laparoscópica
- Diagnóstico preoperatorio: apendicitis aguda
- Diagnóstico postoperatorio: apendicitis aguda necrosada
- Hallazgos: apéndice cecal necrosado con base friable, ciego sin alteración, secreción inflamatoria escasa.

Caso clínico n.º 6:**Anamnesis:**

Paciente mujer de 34 años, multigesta, sin antecedente quirúrgico de importancia. Ingresa por tópico de cirugía general con cuadro clínico de 15 horas, de curso progresivo, caracterizado por dolor abdominal y náusea. Paciente refiere que hace 15 horas cursa con dolor abdominal post ingesta de comidas copiosas de tipo punzante de intensidad 9/10 que se irradia a la espalda e incrementa a la respiración profunda, asociado a náusea, niega fiebre.

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 110/70 mmHg, FR 16 x', FC 89 x', T°:38 °C, SAT O2: 98%.
- Piel: hidratada, tibia, elástica, llenado capilar < 2 segundos, sin ictericia ni edema.
- Examen pulmonar: sin alteraciones
- Cardiovascular: sin alteraciones
- Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos conservados en intensidad y frecuencia, blando, depresible, dolor a palpación profunda en hipocondrio derecho, signo de Murphy (+)
- Sistema Nervioso Central: despierto y reactivo a estímulos, LOTEPE.

Exámenes auxiliares:

Leucocitos 13 530; plaquetas 349 000; bastonados 0 %; segmentado 90.0; hemoglobina 13, 2 g/dl.

Impresión diagnóstica:

- Abdomen agudo quirúrgico: colecistitis aguda

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza
- NPO
- NaCl 0,9 % x 1000 CC 15 gotas por minuto
- Antibioticoterapia profiláctica
- Preparación para sala de operaciones.

Caso clínico n.º 7:**Anamnesis:**

Paciente mujer de 24 años de edad, con antecedentes de pancreatitis, post operado de CPRE por coledocolitiasis y antecedente quirúrgico de cesárea. Ingresa por tópicos de cirugía general con cuadro clínico de 1 mes, de curso progresivo, caracterizado por dolor abdominal, náusea, vómitos e hiporexia. Paciente refiere que hace 1 mes cursa con dolor abdominal tipo hincada en epigastrio de moderada intensidad, que se irradia a hipocondrio derecho, asociado a vómitos, náuseas e hiporexia, niega episodios de dolor previo, niega ictericia, por lo que acude a emergencia donde le realizan exámenes y diagnostican de pancreatitis y colecistitis + coledocolitiasis, con posterior realización de CPRE con extracción de lito. Se le realiza interconsulta a cirugía general para cirugía electiva.

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 110/70 mmHg, FR 20 x', FC 86 x', T°:36,5 °C, SAT O2: 98%.
- Piel: llenado capilar < 2 segundos
- Examen pulmonar: sin alteraciones.
- Cardiovascular: sin alteraciones.
- Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos conservados, blando, depresible, no doloroso.

- Sistema Nervioso Central: despierto y reactivo a estímulos, LOTEPE.

Exámenes auxiliares:

Leucocitos 8 530; hemoglobina 12, 8; plaquetas 209 000; abastónados 0 %; segmentado 90.0

Impresión diagnóstica:

- Colelitiasis

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza para cirugía electiva.

Reporte operatorio:

- Operación realizada: colecistectomía laparoscópica
- Diagnóstico preoperatorio: colelitiasis
- Diagnóstico postoperatorio: colelitiasis
- Hallazgos: vesícula biliar de aproximadamente 10 cm de diámetro, con paredes delgadas, conteniendo 2 cálculos en su interior de 1.5 cm, conducto cístico poco ancho y arteria cística posterior.

Caso clínico n.º 8:

Anamnesis:

Paciente masculino de 87 años de edad, con antecedentes de hiperplasia benigna de próstata. Ingresa por tópic de cirugía general con cuadro clínico de 4 días, de curso progresivo, caracterizado por distensión abdominal, náusea, vómitos y dificultad para eliminar flatos. Paciente refiere que hace 4 días cursa con distensión abdominal que fue progresando los días siguientes, asociado a náusea, vómitos y dificultad para eliminar flatos.

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 120/80 mmHg, FR 20 x', FC 78 x', T°:36,5 °C, SAT O2: 98%.
- Piel: llenado capilar < 2 segundos

- Examen pulmonar: sin alteraciones.
- Cardiovascular: sin alteraciones.
- Abdomen: distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos en intensidad y frecuencia, poco blando, poco depresible, no doloroso a palpación superficial ni profunda, no signos de irritación peritoneal.
- Sistema Nervioso Central: despierto y reactivo a estímulos, LOTEPE.

Exámenes auxiliares:

Leucocitos 10 500; hemoglobina 13, 3; plaquetas 201 000; abastionados 0 %; segmentado 80.0; glucosa 136 mg/ dl; urea 82 mg/ dl; creatinina 0,91 mg/ dl

Radiografía simple de abdomen de pie:

Se evidencia distensión de asas intestinales en grano de café.

Impresión diagnóstica:

- Abdomen agudo quirúrgico: obstrucción intestinal por vólvulo de sigmoide.

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza para cirugía electiva.
- NPO
- NaCl 0,9 % x 1000 CC 15 gotas por minuto
- Antibioticoterapia profiláctica
- Preparación para sala de operaciones.

Reporte operatorio:

- Operación realizada: laparotomía exploratoria: sigmoidectomía + colostomía tipo Hartman + lavado de cavidad abdominal.
- Diagnóstico preoperatorio: abdomen agudo quirúrgico: D/C obstrucción intestinal por vólvulo de sigmoides.
- Diagnóstico postoperatorio: obstrucción intestinal por vólvulo de sigmoides.
- Hallazgos: colon sigmoides con gran dilatación, rotado sobre su eje de 270 °, el cual constituye nivel obstructivo, secreción serosa de escasa cantidad.

1.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 9:

Anamnesis:

Paciente mujer de 25 años, acude por tópicos de ginecología acompañada de su pareja, refiere dolor abdominal tipo punzada en fosa iliaca derecha, niega náuseas, niega vómitos, niega sensación de alza térmica, niega reacciones adversas medicamentosas.

Antecedentes ginecológicos y obstétricos: fecha de última regla 03/06/2022, G1 P0010, niega uso de método anticonceptivo, *Papanicolaou* sin alteraciones.

Funciones vitales al ingreso: PA 120/70, FC: 96, FR: 20, Tº: 36 °C

Examen físico:

- Piel: tibia, elástica, llenado capilar < 2 segundos, sin ictericia ni edema.
- Examen pulmonar: sin alteraciones.
- Cardiovascular: sin alteraciones.
- Abdomen: blando, depresible, *mc burney* positivo, rebote negativo, ruidos hidroaéreos positivos.
- Tacto vaginal: cérvix cerrado posterior, no sangrado, anexos libres, cérvix no doloroso a la movilización, no flujo.

Exámenes auxiliares:

Subunidad beta hcg: 1134

Hemoglobina: 13, hematocrito: 37, leucocitos: 5.79, plaquetas 307 000

Ecografía: embarazo ectópico derecho, quiste paraovarico izquierdo, cuerpo lúteo hemorrágico.

Impresión diagnóstica:

- Embarazo ectópico no complicado.

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza
- Control seriado de beta hcg
- Control de funciones vitales
- Metrotexate 80 mg intramuscular
- Paracetamol 500 mg vía oral 1 tableta cada 8 horas
- Paciente ingresa a sala de operaciones.

Reporte operatorio:

- Salpingectomía derecha laparoscópica: se evidencia tumoración de 3x5 cm a nivel de tercio medio de trompa de Falopio derecho, útero y ovarios sin hallazgos significativos

Caso clínico n.º 10:**Anamnesis:**

Paciente mujer de 28 años de edad, acude por tópicos de ginecología con cuadro clínico de 3 días caracterizado por dolor pélvico, sangrado vaginal mínimo y prurito en la región genital, niega cirugías previas, niega antecedentes de importancia.

Antecedentes gineco obstétricos: fecha de última regla 08/11/2022, régimen catamenial 5-7/28, niega uso de método anticonceptivo.

Examen Físico:

- Piel: llenado capilar < 2 segundos
- Examen pulmonar: sin alteraciones.
- Cardiovascular: sin alteraciones.
- Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos conservados, blando, depresible, no doloroso.
- Tacto vaginal: flujo blanquecino tipo requesón, sin olor característico, espeso y grumoso, ausencia de sangrado vaginal.
- Genitourinario: sin alteraciones.

- Sistema Nervioso Central: despierta, *Glasgow* 15/15, no signos de focalización.

Impresión diagnóstica:

- Vulvovaginitis por *Cándida Albicans*

Plan de trabajo:

- Clotrimazol tópico en comprimido vaginal dosis única 500 mg

Caso clínico n.º 11:

Anamnesis:

Paciente mujer de 16 años de edad referida del centro de salud Jesús Poderoso, acude por ausencia de controles prenatales y con diagnóstico presuntivo de enfermedad hipertensiva del embarazo por una toma de presión arterial elevada, al momento del ingreso la paciente refiere dolor tipo contracción uterina, niega pérdida de líquido, niega sangrado, niega sensación de alza térmica. A la evaluación la paciente se encuentra en fase latente de labor de parto por lo que se hospitaliza en centro obstétrico.

Antecedentes ginecológicos y obstétricos: menarquía a los 12 años, RC 4-5/30, IRS a los 15 años, número de parejas sexuales: 1, FUR 14/12/2021, niega uso de métodos anticonceptivos, G1 P0000.

Examen Físico:

- Piel: hidratada, tibia, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no ictericia, palidez +/-, sin edemas.
- Cardiovascular: sin alteraciones.
- Examen pulmonar: sin alteraciones.
- Abdomen: altura uterina 34 cm, latido cardiaco fetal 134, movimientos fetales ++, situación: longitudinal cefálico, dinámica uterina 1-2/10/+/20".
- Tacto vaginal: dilatación 2 cm, anteroposterior -3 cm, integrado 85%.
- Sistema Nervioso Central: despierta, *Glasgow* 15/15, reflejos osteotendinosos +/-.

Impresión diagnóstica:

- Primigesta de 37 semanas de gestación por FUR.
- Fase latente de labor de parto
- Alto riesgo obstétrico por ser madre adolescente
- Infección del tracto urinario probable

Plan de trabajo:

- Control fetal electrónico estricto.
- Control de funciones vitales.
- Evolución espontánea del trabajo de parto.
- Urocultivo.

Nota prequirúrgica:

Paciente refiere dolor tipo contracción uterina, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido, niega síntomas premonitorios de eclampsia

Resultado de urocultivo: 50-55 leucocitos por campo, nitritos positivos, aglutinados +.

Tacto vaginal: membranas rotas con líquido meconial, no sangrado vaginal

Diagnóstico final:

Primigesta de 37 semanas de gestación por fecha de última regla

Fase latente de labor de parto

Infección del tracto urinario

Sufrimiento fetal agudo por líquido amniótico meconial

Plan de trabajo:

- Control de funciones vitales
- Programar para sala de operaciones de emergencia para cesárea segmentaria transversa primaria
- Hemograma control
- NPO
- NaCl 0.9% 1000 cc

Caso clínico n.º 12:

Anamnesis:

Paciente mujer de 38 años de edad, referida del centro materno infantil con los diagnósticos: preeclampsia con signos de severidad, a la llegada al tóxico de ginecología se evidencia presión arterial > 160/90 mmHg por lo que se activa la clave azul y se inicia esquema SIBAI, al momento niega signos premonitorios de eclampsia, niega dolor abdominal tipo contracción uterina, niega pérdida de líquido amniótico, niega sangrado vaginal, percibe movimientos fetales.

Antecedente quirúrgico: 1 cesárea en el año 2010 por sufrimiento fetal agudo

Antecedentes ginecológicos y obstétricos: FUR 17/12/2021, fecha probable de parto 24/09/2022, edad gestacional 32 semanas, menarquia a los 17 años, régimen catamenial 3-4/30, IRS a los 25 años, número de parejas sexuales: 2, niega uso de métodos anticonceptivos, *Papanicolaou* sin alteraciones, G2 P1001, 2 controles prenatales

Examen físico:

- Piel: hidratada, tibia, elástica, llenado capilar < 2 segundos, sin ictericia, edemas +/+++.
- Examen pulmonar: sin alteraciones.
- Cardiovascular: sin alteraciones.
- Abdomen: ruidos hidroaéreos positivos, altura uterina 31 cm, latido cardiaco fetal 125, movimientos fetales ++, situación: longitudinal cefálico, dinámica uterina ausente.
- Tacto vaginal: cérvix cerrado posterior, sangrado vaginal.
- Genitourinario: sonda Foley permeable, orina clara 100 CC.
- Sistema Nervioso Central: despierta, *Glasgow* 15/15, reflejos osteotendinosos ++/++++.

Exámenes auxiliares:

Bilirrubina total 0.65, bilirrubina indirecta 0.36, creatinina 0.44, TGO 83, TGP 64, leucocitos 13.18, hemoglobina 15.3, hematocrito 44, plaquetas 161000, INR 0.12

Ecografía obstétrica: doppler de la arteria cerebral media en el percentil 3.

Impresión diagnóstica:

- Gestante de 32 semanas
- No labor de parto
- Enfermedad hipertensiva del embarazo: preeclampsia con signos de severidad
- Cesárea anterior 1 vez

Plan de trabajo:

- Control de funciones vitales
- Movimiento Fetal electrónico estricto
- Se activa clave azul
- Continuar esquema SIBAI con sulfato de magnesio
- Antihipertensivo condicional
- Se solicita proteinuria de 24 horas
- Se inicia maduración pulmonar con betametasona 12 mg diario IM por 2 días.
- Vigilar diuresis, reflejos osteotendinosos, frecuencia respiratoria
- Interconsulta al servicio de neonatología
- Paciente en espera de llamado para sala de operaciones por emergencia

1.4 Rotación en Pediatría**Caso clínico n.º 13:****Anamnesis:**

Paciente masculino de 9 meses, ingresa a tópico de pediatría y es traído por su madre quien refiere un cuadro clínico de 3 semanas caracterizado por tos, fiebre, rinorrea lo que simulaba un resfrío común. Al remitir la fiebre súbitamente se evidenció la aparición de eritema en ambas mejillas, además de lesiones pruriginosas, las cuales se vuelven pápulas que convergen en placas costrosas mielicéricas.

Examen físico:

- Funciones vitales: frecuencia respiratoria 20, frecuencia cardiaca 91, T°:38, saturación: 98%, peso: 8 kg.
- Piel: hidratada, tibia, elástica, llenado capilar < 2 segundos, vesículas y placa con costra mielicérica con exudado impetiginizante en ambas mejillas y signos de flogosis.
- Examen pulmonar: sin alteraciones.
- Cardiovascular: sin alteraciones.
- Sistema Nervioso Central: despierto y reactivo a estímulos.

Impresión diagnóstica:

- Celulitis facial
- Exantema herpetiforme sobreinfectado

Plan de trabajo:

- Oxacilina 320 mg ev cada 6 horas
- Limpiezas con solución de burow, posterior a esto la aplicación de mupirocina tópica con aplicación cada 12 horas
- Paracetamol 25 gotas VO y medios físicos.
- Aciclovir 80 mg VO cada 8 h por 5 días.
- Levocetirizina 16 mg VO cada 24 h por 5 días.
- Control por consultorio de pediatría en 1 semana.

Caso clínico n.º14:**Anamnesis:**

Paciente mujer de 5 años de edad ingresa por tópico de pediatría junto a su madre, donde refiere que 7 días antes del ingreso presenta de manera brusca tumoración de 2x2 cm aproximadamente caracterizada por flogosis, dolor, fiebre de 39° por lo que le administra un antipirético en jarabe, dada la persistencia de la fiebre acude al Hospital María Auxiliadora.

Antecedente de importancia: arañazo de gato en ángulo externo del ojo derecho hace 2 semanas del ingreso.

Examen físico:

- Funciones vitales: frecuencia respiratoria: 24, frecuencia cardiaca: 105, T°:38, saturación: 99%, peso: 23 kg, talla: 111 cm.
- Piel: hidratada, tibia, elástica, llenado capilar < 2 segundos, sin palidez ni cianosis.
- Ojos: pupilas isocóricas, fotoreactivas, excoriación en ángulo externo del ojo derecho.
- Examen pulmonar: sin alteraciones.
- Cardiovascular: sin alteraciones.
- Cuello: tumoración en lado derecho 2 x 3 cm, blanda, móvil, dolorosa, eritematosa, flogótica, movilización conservada.
- Sistema Linfático: adenitis cervical derecha de 2 x 3 cm, blanda, desplazable.
- Sistema Nervioso Central: despierto y reactivo a estímulos.

Impresión diagnóstica:

- Adenitis cervical derecha.
- Enfermedad por arañazo de gato.

Plan de trabajo:

- Cefalexina 9 ml cada 8 horas por 4 días
- Azitromicina 4 ml cada 24 horas por 3 días
- Paracetamol 8 ml solo si la temperatura es mayor a 38°
- Control por consultorio de pediatría en 1 semana.

Caso clínico n.º 15:

Anamnesis:

Paciente masculino de 2 meses, ingresa por emergencia junto a su madre quien refiere un cuadro clínico de 2 días caracterizado por rinorrea, taquipnea y tos, la madre indica que dos días antes del ingreso el paciente presentó rinorrea por lo que le administro rhinodazol en gotas en cada fosa nasal, posterior a esto se añaden episodios de tos y la rinorrea continúa siendo persistente, además de

que presentó pico febril de 39.2° vía rectal y recibió repriman. Luego la madre refiere que percibió marcada dificultad respiratoria, motivo por el cual es llevado a la emergencia del hospital María Auxiliadora

Examen Físico:

- Funciones vitales: frecuencia cardíaca: 137, frecuencia respiratoria: 54, temperatura: 38.5°, saturación: 96%.
- Piel: tibia, hidratada, llenado capilar < 2 segundos
- Cardiovascular: ritmo cardíaco rítmico, no se auscultan soplos
- Examen pulmonar: murmullo vesicular para disminuido en ambos hemitórax, se auscultan subcrépitos difusos en ambos hemitórax, tiraje subclavicular, supraesternal y subcostal
- Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos presentes
- Sistema Nervioso Central: dormido, reactivo a estímulos, no signos de focalización

Impresión diagnóstica:

- Síndrome febril
- Bronquiolitis

Exámenes auxiliares:

Hemograma: leucocitos 6.45, hemoglobina 8.8, plaquetas 464 000, segmentados 2580, abastionados 387.

Radiografía de tórax: refuerzo de trama bronquial.

Plan de trabajo:

- Medios físicos
- Lactancia materna o fórmula láctea 90 cc por 8 tomas
- Paracetamol 85 mg vía oral si la T es mayor a 38 °C
- Nebulizaciones con suero fisiológico 4 cc cada 3 horas
- Salbutamol inhalado 2 puff cada 2 horas.
- Limpieza de fosas nasales.
- Control por consultorio externo de pediatría en 1 semana.

Caso clínico n.º 16:

Anamnesis:

Paciente varón de 4 meses de edad que acude a emergencia junto a su madre por presentar desde hace 36 horas fiebre de 38.5C°, pérdida de apetito, vómitos lácteos y 8 cámaras por día de deposiciones semilíquidas amarillentas con moco y sin sangre abundantes que rebasan el pañal.

Funciones biológicas: orina normal, apetito disminuido, sueño conservado

Examen Físico:

- Funciones vitales: FC: 158, FR: 30, T°: 38 °C, peso: 6.5 kg, talla: 68 cm.
- Piel: elástica, llenado capilar > 2 segundos, palidez +/-+++, signo del pliegue positivo, no ictericia.
- Examen pulmonar: sin alteraciones.
- Cardiovascular: sin alteraciones .
- Abdomen: globuloso, sin alteraciones, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación.
- Sistema Nervioso Central: letárgico, despierto, no signos de focalización.

Impresión diagnóstica inicial:

- Deshidratación severa sin signos de shock
- Enfermedad diarreica aguda infecciosa: viral vs bacteriana.
- Desnutrición aguda leve
- RIH: leucocitos >116 por campo, polimorfonucleares 90%, mononucleares 20%
- Examen de orina: leucocitos 3 por campo, hematíes negativos, nitritos negativo
- Hemograma: leucocitos 6000, hemoglobina 11.5, plaquetas 420000

Diagnóstico final:

- Diarrea aguda bacteriana
- Deshidratación severa
- Desnutrición aguda leve

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza
- NPO
- 100ml/kg de solución polielectrolítica endovenosa
Iniciar 210 ml (30 ml/kg) en 1 hora
Luego 490 ml (70 ml/kg) en 5 horas
- Ampicilina 100 g endovenoso cada 6 horas
- Paracetamol 100 mg/ml vía oral
- Control de funciones vitales + balance hidroelectrolítico
- Interconsulta al servicio de nutrición

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA

El hospital María Auxiliadora es un establecimiento de categoría III-1 en el cono sur de Lima situado en la Av. Miguel Iglesias 968 en el distrito de Villa María del Triunfo y San Juan de Miraflores (Anexo 1). Los pacientes que acuden al Hospital María Auxiliadora pertenecen principalmente a los distritos de Villa María del Triunfo y San Juan de Miraflores y acepta referencias de diversos centros de salud aledaños a los distritos ya mencionados. También admite a pacientes procedentes de diversos departamentos del interior del país, ya que al ser un hospital de referencia tiene la capacidad para garantizar una adecuada atención de salud.

El hospital ofrece los servicios de hospitalización, centro quirúrgico, laboratorio, banco de sangre, diagnóstico por imágenes, rehabilitación, unidad de cuidado de pie diabético, sala de partos y centro obstétrico (3). También el hospital cuenta con un área determinada para los consultorios externos en donde atienden diversas especialidades.

El internado médico se realiza durante el último año de la carrera de medicina, en donde se desarrollan prácticas pre profesionales con el fin de tener la oportunidad de potenciar todos los conocimientos teóricos y prácticos que venimos desarrollando durante todo el transcurso de la carrera.

El internado comenzó el 1 de junio del 2022, bajo el desarrollo de 10 meses. De acuerdo a las bases del MINSA, se realizaron 5 meses en la sede hospitalaria en donde se realizaron 4 rotaciones mensuales en los servicios de: cirugía general, medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia y los otros 5 meses en un centro de salud.

La principal desventaja que se pudo evidenciar fue la poca permanencia en cada servicio en la sede hospitalaria, por lo que no se logró conseguir un seguimiento continuo desde la hospitalización del paciente hasta que sea dado de alta ya que en el transcurso de los días aparecían nuevas patologías y no podíamos adquirir la suficiente experiencia.

En las 4 rotaciones se evidenció también muchas inequidades, como la falta de insumos y medicamentos en nuestro servicio de salud que no son problemas crecientes en la actualidad, por el contrario, son problemas que sobrevienen hace muchos años y que no se les da la suficiente importancia (4).

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación en Medicina

Caso clínico n.º 1:

La coledocolitiasis se refiere a la presencia de litos dentro del conducto biliar común (5).

Se diferencia en primaria y secundaria. La coledocolitiasis primaria, que quiere decir que el cálculo se forma dentro del colédoco, generalmente ocurre en el contexto de estasis biliar, por otro lado, la coledocolitiasis secundaria resulta del paso de cálculos que provienen de la vesícula biliar y van hacia el conducto biliar común. Estos pacientes suelen presentar dolor de tipo cólico biliar en el CSD o epigástrico, náuseas y vómitos; pero, el dolor suele ser más prolongado de lo que se observa con el cólico biliar típico que normalmente se resuelve en seis horas, pero en ocasiones suelen ser asintomáticos. En los exámenes de laboratorio se puede evidenciar un patrón colestásico, es decir, bilirrubina, fosfatasa alcalina y la gamma-glutamil transpeptidasa elevada. En el examen físico, los pacientes tienen sensibilidad en el cuadrante superior derecho o en el epigastrio, también pueden tener ictericia (5).

El diagnóstico se realiza con una combinación de la clínica, pruebas de laboratorio y estudios de imagen, dentro de los estudios de imagen, el primero es la ecografía transabdominal donde se aprecia el colédoco dilatado, a menudo con un punto de corte de 6 mm; sin embargo, esto puede cambiar con la edad avanzada o con antecedentes de colecistectomía. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se reserva con fines terapéuticos después de determinar una probabilidad muy alta de cálculos en el conducto biliar común, y/u otros procedimientos de diagnóstico como es el caso de la colangioresonancia que ayuda a confirmar la presencia de coledocolitiasis, cuyo objetivo del tratamiento es aliviar la obstrucción (5).

En el caso descrito, la paciente presenta antecedente de litiasis biliar y cursa con dolor abdominal, náusea, vómitos e ictericia, en la ecografía se evidencia cálculos en vesícula y dilatación de colédoco, por lo que se puede confirmar el diagnóstico y se procede a solicitar colangiografía para que se defina dónde está ubicado y así se pueda hacer el procedimiento de la CPRE.

Caso clínico n.º 2:

El absceso cutáneo es el depósito de secreción purulenta localizada en la piel, que puede aparecer en cualquier superficie cutánea. La clínica es dolor y edema fluctuante o firme y doloroso, cuya causa más común de absceso cutáneo es *S. aureus*. Los factores de riesgo incluyen alteración de la barrera cutánea, edema, insuficiencia venosa e inmunosupresión; pero, las personas sanas sin factores de riesgo también pueden desarrollar estas infecciones (6).

Al examen físico, son dolorosos, sensibles a la palpación, indurados, y por lo general eritematosos. El tamaño de los abscesos puede variar de 1 a 3 cm, o también puede ser de mayor tamaño, que en ocasiones se acompaña de celulitis local, linfangitis, linfadenopatías regionales, fiebre y leucocitosis (6).

El tratamiento va a depender del tamaño de la lesión, ya que abscesos pequeños resuelven sin tratamiento. En lesiones más grandes se administra antibióticos y posterior drenaje del absceso. La incisión y el drenaje están indicados cuando hay mucho dolor, sensibilidad a la palpación y edema; no es necesario esperar hasta que la lesión se vuelva fluctuante (7).

En el caso descrito, la paciente presenta antecedente factor de riesgo para tener este tipo de lesiones, ya que es un paciente diabético que tuvo una lesión traumática con presencia de signo de flogosis en 1/3 medio de MMII izquierdo, procediendo así con tratamiento antibiótico y posterior drenaje.

Caso clínico n.º 3:

La úlcera por presión, también conocida como escaras, son lesiones en la piel y el tejido inferior que resultan de una presión prolongada sobre la piel. En la mayoría de los casos, estas lesiones suelen aparecer en zonas donde la piel está en contacto con partes óseas del cuerpo, ya sea talones, tobillos, caderas y sacro (8).

Las personas que corren mayor riesgo de tener estas lesiones, tienen afecciones médicas que limitan su capacidad para cambiar de posición o aquellos pacientes que pasan más tiempo en una cama postrado o una silla (8).

Esto se producen cuando se interrumpe la irrigación sanguínea a la piel durante más de dos o tres horas, como consecuencia de la presión ejercida por los huesos y el plano duro del soporte, que conlleva al aplastamiento de los vasos sanguíneos, ocasionando una necrosis tisular. se debe valorar las lesiones para ver el manejo adecuado de la úlcera. la clasificación abarca 4 tipo que son:

- Tipo I: eritema cutáneo que no palidece a la presión en piel sana. El tratamiento está basado en el alivio de la presión en la zona afectada y realizar medidas preventivas como la movilización del paciente.
- Tipo II: úlcera superficial similar a una lesión abrasiva, se puede visualizar ampolla o cráter superficial, en este grado de úlcera se presenta pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis como la dermis.
- Tipo III: es la pérdida total del grosor de la piel que también abarca lesión del tejido celular subcutáneo, que a la vez puede extenderse a planos profundos; pero, sin llegar a la fascia subyacente
- Tipo IV: es la pérdida total del grosor de la piel, pero a diferencia del tipo III, acá se aprecia una destrucción extensa y necrosis del tejido o lesión en el músculo que compromete hueso o estructuras de sostén.

El tratamiento del grado II, III y IV, contempla el desbridamiento del tejido necrótico, la limpieza de la herida, el control del exudado, la prevención y el abordaje de la infección bacteriana, la estimulación de la cicatrización y la reepitelización u otros tratamientos (9).

En el caso descrito es un paciente adulto mayor postrado crónico por complicaciones del accidente cerebro vascular hace 4 meses y que 7 días antes de su ingreso familiar se percata de “herida” en región sacra con secreción purulenta, que a la evaluación se evidencia una lesión ulcerada de aproximadamente 4 x 3 cm con secreción purulenta en región sacra que no compromete partes óseas. por lo que se procede a clasificarlo en úlcera de III grado.

Caso clínico n.º 4:

Hidatidosis multiorgánica (pulmón, hígado y bazo)

La hidatidosis es causada por el cestodo *Echinococcus*, dentro de esta las especies más frecuentes son *E. granulosus* y *E. multilocularis*. Esta entidad puede afectar con mayor frecuencia órganos como el hígado (55-70%) y el pulmón (18-35%) (10).

La hidatidosis hepática es una zoonosis producida por el estadio larvario de la tenia *E. granulosus*, la localización más frecuente es el lóbulo derecho hepático por tener mayor irrigación. Existen tres hospederos: el humano es el huésped accidental, los hospederos definitivos son los carnívoros y el huésped intermediaria son los herbívoros siendo más frecuente en los departamentos de Ayacucho y Puno. La clínica se caracteriza por dolor, dispepsia, tumoración en hipocondrio derecho y es de crecimiento lento (2 cm por año, pero depende del tejido en donde esté alojado) (10).

La clasificación ecográfica de gharbi sirve para distinguir el estadio del quiste hidatídico, en donde se divide en 5 tipos:

- Tipo 1: colección unilocular de bordes definidos, se encuentra un solo quiste o una sola vesícula y está vivo, el quiste contiene líquido cristalino o hialino.
- Tipo 2: es el signo del camalote, el líquido está disminuido, la membrana germinativa se está desprendiendo y flota en la cavidad quística.
- Tipo 3: colección multiseptada y múltiples vesículas nacientes.
- Tipo 4: masa compleja con pus heterogénea.

- Tipo 5: pared gruesa con calcificación.

El examen que se solicita con mayor frecuencia en la hidatidosis multiorgánica es la tomografía abdominal en donde se identifican múltiples lesiones quísticas que pueden o no contener tabiques, también es de utilidad porque logra identificar si existe compromiso en los órganos intraabdominales adyacentes (10).

El tratamiento del quiste hidatídico consiste en la administración de albendazol 400 mg cada 12 horas cuando el cestodo está vivo, según el estadio ecográfico se pueden añadir procedimientos quirúrgicos como la quistectomía ampliada o periquistectomía que es de elección en casos de quistes multi septados. También existe la técnica Pair que incluye punción guiada por ecografía, aspiración del contenido, infusión de escolicidas como el alcohol o suero hipertónico y la respiración, esta técnica es muy efectiva en quistes uniloculares (11).

En el caso descrito, es una paciente femenina de 75 años de edad, tiene antecedente de importancia, ya que provenía del cuzco, de una zona ganadera y la paciente criaba ganado. También tenía antecedente de quiste pulmonar e ingresa al nosocomio por tos productiva que fue incrementando progresivamente y expectoración sanguinolenta en 1 oportunidad. Se le realiza un estudio de imagen donde se evidencia múltiples quistes en 1/3 inferior de hemitórax derecho, 1/3 superior de hemitórax izquierdo, hígado y bazo. Muchas veces el quiste hidatídico pulmonar cursa con hemoptisis, que fue el motivo por el que vino la paciente, donde le solicitan tomografía, cuyo resultado ayudó al diagnóstico, que posteriormente se confirmó con Elisa IgG para equinocosis quística humana e Inmunoblot IgG para equinocosis quística humana, dando como resultado positivo, motivo por el cual se le administró albendazol una semana antes que la paciente sea trasladada al servicio de cirugía cardiovascular y tórax, para la intervención quirúrgica correspondiente.

3.2 Rotación en Cirugía

Caso clínico n.º 5:

La apendicitis aguda es la obstrucción de la base apendicular que conlleva a la disminución de la luz apendicular y provoca una sobredistensión del apéndice con la posterior dificultad para el retorno linfático y venoso, además del sobrecrecimiento bacteriano. Dependiendo del grupo etario varía la etiología dado que en niños generalmente se da por la inflamación de los folículos de *roux* y en los adultos por la obstrucción de un fecalito.

El diagnóstico es clínico caracterizado por la secuencia de *Murphy* siendo el signo más precoz la anorexia, seguida del dolor epigástrico tipo cólico, náuseas, fiebre y dolor opresivo en fosa iliaca derecha en el punto de *McBurney*. Las fases de la apendicitis son 4: congestiva, supurada, necrosada y perforada.

El estudio de elección es la tomografía axial computarizada con contraste ya que es el más preciso en la población en general, en pacientes gestantes se realizan ecografías y si este examen no es concluyente se realiza resonancia magnética.

El tratamiento de la apendicitis aguda es quirúrgico, el abordaje puede ser por laparotomía o laparoscopia, siendo el último superior ya que tiene mayor beneficio en el acto postoperatorio.

Caso clínico n.º 6:

La colecistitis aguda se refiere a la inflamación de la vesícula biliar, esto se genera predominantemente como una complicación de la colelitiasis y con mayor frecuencia se desarrolla en pacientes con antecedentes de cálculos biliares sintomáticos (12).

Esta patología se basa en un síndrome doloroso abdominal en el cuadrante superior derecho, fiebre y leucocitosis asociado con inflamación de la vesícula biliar. Estos pacientes, típicamente se quejan de dolor abdominal, con mayor frecuencia en el cuadrante superior derecho o el epigastrio de forma constante e intensa y prolongada aproximadamente cuatro a seis horas, que a la vez puede

irradiarse al hombro derecho o a la espalda y se asocia fiebre, náuseas, vómitos y anorexia. A menudo hay antecedentes de ingestión de alimentos grasos una hora o más antes del inicio del dolor (12).

En el examen abdominal hay presencia de defensa voluntaria e involuntaria y el signo de Murphy positivo. En el examen de laboratorio suelen cursar con leucocitosis con desviación izquierda. Por lo tanto, se debe sospechar de colecistitis aguda en un paciente que presenta dolor en el cuadrante superior derecho o dolor epigástrico, fiebre y leucocitosis, asociado a signo de Murphy positivo en el examen físico, pero para confirmar el diagnóstico se requiere estudio ecográfico, donde se visualiza engrosamiento o edema de la pared de la vesícula biliar, con presencia de imágenes hiperecogénicas con sombra acústica posterior referente al cálculo (12).

El tratamiento de elección es la colecistectomía de emergencia en pacientes con fiebre alta, inestabilidad hemodinámica o dolor intratable (12).

En el caso descrito, la paciente tiene un factor de riesgo que es multigesta, ya que las gestantes muchas veces generan estasis biliar y predisponen la formación de litiasis biliar, también cursa con dolor abdominal post ingesta de comidas copiosas de tipo punzante de intensidad 9/10 que se irradia a la espalda e incrementa a la respiración profunda, asociado a náusea, fiebre y durante la evaluación se observa dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho y signo de Murphy positivo. Se realizan exámenes auxiliares, con presencia de leucocitosis, por lo que se decide hospitalizar para brindar medidas de apoyo, y someterla a una posterior colecistectomía laparoscópica (12).

Caso clínico n.º 7:

La litiasis vesicular es la presencia de uno o varios cálculos en la vesícula biliar. Muchas veces los cálculos biliares tienden a ser asintomáticos, alrededor del 80% de las personas; pero, el síntoma más frecuente es el dolor tipo cólico biliar. cuyas complicaciones más graves abarcan colecistitis, coledocolitiasis y a veces pancreatitis litiásica. Los episodios de cólicos biliares se establecen en forma

súbita, se intensifican entre 15 min y 1 h después del comienzo, mantienen una intensidad estable que luego desaparecen de manera gradual. Muchas veces el dolor puede ser intenso y estar asociados a náuseas y vómitos; pero, a diferencia de la colecistitis, esta patología cursa sin fiebre ni escalofríos salvo que se inflame y desarrolle colecistitis. Los exámenes de laboratorio suelen ser normales en pacientes con litiasis biliar no complicada, ya sea en los períodos asintomáticos como durante los cólicos y para confirmar el diagnóstico se requiere ecografía abdominal, donde se apreciará una o múltiples imágenes hiperecogénicas con sombra acústica posterior (13).

El tratamiento va a depender de los síntomas, ya que para los cálculos sintomáticos se puede realizar colecistectomía laparoscópica electiva o a veces disolución de los cálculos utilizando ácido ursodesoxicólico y para los cálculos asintomáticos: conducta expectante (14).

En el caso descrito, la paciente ingresa al nosocomio por complicaciones de la colelitiasis, ya que le diagnosticaron pancreatitis y colecistitis + coledocolitiasis, por lo que le realizan la CPRE con extracción de lito, posteriormente se hospitaliza para cirugía electiva de colecistectomía laparoscópica, con la finalidad de evitar recidivas de cólicos biliares (14).

Caso clínico n.º 8:

El vólvulo se refiere a la torsión de un segmento del tubo digestivo, que a menudo conlleva a la obstrucción intestinal, cuyos sitios más comunes de vólvulo son el colon sigmoide y el ciego (15).

El vólvulo del sigmoide suele darse con mayor frecuencia en paciente que estén entre los 50 y 70 años de edad, que sean de sexo masculino. Ocurre cuando un asa llena de aire del colon sigmoideo se retuerce alrededor de su mesenterio conllevando a una obstrucción intestinal y presentan un inicio insidioso de dolor abdominal lentamente progresivo, náuseas, distensión abdominal, dificultad para eliminar flatos y estreñimiento ya que es una obstrucción intestinal baja, los vómitos generalmente ocurren varios días después del inicio del dolor. En el

examen físico, el abdomen está distendido y timpánico con dolor a la palpación (15).

El diagnóstico es clínico, cuyos pacientes cursan con dolor abdominal, náuseas, distensión abdominal y estreñimiento/constipación y a la evaluación se observa un abdomen distendido y timpánico. se confirma con estudio diagnóstico mediante radiografía de abdomen donde se puede apreciar presencia de colon sigmoide distendido en forma de U que se ve como una acumulación de gas que se extiende desde la pelvis hasta el cuadrante superior derecho (15).

Los exámenes de laboratorio suelen ser normales, pero también se debe realizar una prueba de embarazo en todas las mujeres en edad fértil. El tratamiento de estos pacientes va a consistir en devolvulación endoscópica y luego como tratamiento definitivo es la resección quirúrgica + colostomía (15).

En el caso descrito, nos indican que es un paciente que tiene riesgos para presentar esta patología como es la edad y el sexo masculino, a la vez cursa con distensión abdominal que fue incrementando de forma progresiva, asociado a náusea, vómitos y dificultad para eliminar flatos. a la vez cuenta con una radiografía de abdomen donde se evidencia distensión de asas intestinales en grano de café, lo que nos confirma el diagnóstico.

3.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º9:

El embarazo ectópico pertenece a una de las patologías dentro de la hemorragia de la primera mitad, se define como todo embarazo que es implantado fuera de la cavidad uterina endometrial. En la actualidad representa en nuestro país el 1-2% de los embarazos por año (16).

La localización más frecuente en un 95% es la tubárica, de esta la ampular ocupa el 75%. Esta patología se caracteriza por una triada clásica conformada por amenorrea, dolor pélvico y hemorragia, todo esto generalmente se presenta posterior a 7 semanas de amenorrea. Los signos más alarmantes y frecuentes se encuentran en la exploración física ya que el 90% de los pacientes refieren

sensibilidad abdominal, sobre todo cuando se presenta la complicación del embarazo ectópico que viene a ser un embarazo ectópico roto (17).

Dentro de los principales factores de riesgo destacan los siguientes: madre añosa, factores tubáricos, enfermedad pélvica inflamatoria, tabaquismo, colocación de dispositivos intrauterinos, antecedente de embarazo ectópico previo.

Para el manejo de esta patología tenemos que evaluar la estabilidad hemodinámica del paciente: la decisión de una conducta expectante se basa en la reabsorción espontánea, este manejo es una alternativa para aquellas pacientes que cuentan con un diagnóstico precoz, embarazo ectópico pequeño y con concentraciones de beta hcg en descenso. En pacientes estables el tratamiento de elección consiste en la administración de metotrexate 50 mg, siendo preferible la administración de una única dosis intramuscular, las pacientes candidatas para este tratamiento son aquellas que cuentan con niveles séricos de beta hcg menor a 3000 UI/L, ausencia de signos ecográficos de rotura y con síntomas mínimos. En pacientes hemodinámicamente inestables el tratamiento de elección es la laparoscopia o laparotomía en situaciones de emergencia (18).

Caso clínico n.º 10:

El caso trata de una paciente de 28 años que acude a la emergencia con el diagnóstico de vulvovaginitis por *Cándida Albicans*. Esta infección consiste en la inflamación de la mucosa vaginal y de la piel vulvar circundante, la vulvovaginitis candidiásica corresponde al 30 a 35% de los casos en nuestro país por lo que se considera la segunda causa más frecuente de flujo vaginal (19).

Dentro de los factores desencadenantes se encuentra: diabetes *mellitus* mal controlada, posterior a un tratamiento de antibióticos de amplio espectro, uso de métodos anticonceptivos, antecedente de VIH y enfermedades inmunitarias.

La presentación clínica clásica se caracteriza por secreción vaginal blanquecina grumosa con aspecto requesón, prurito en zona genital, disuria, dispareunia, lesiones cutáneas en periné (20).

De acuerdo a la clasificación actual se divide en 2 entidades: enfermedad no complicada (95% de los casos) cuando los síntomas son mínimos. La enfermedad es complicada (5% de los casos) cuando son episodios recurrentes (cuatro episodios en el transcurso de 1 año), en gestantes o en pacientes con alguna comorbilidad (20).

El tratamiento en una vulvovaginitis no complicada consiste en tratamiento tópico o comprimidos vaginales con clotrimazol al 1% 5 gr por 3 a 6 días o miconazol 200 gr en dosis única, un factor importante a tener en cuenta es la suspensión de la actividad sexual durante el periodo de tratamiento. En el caso de la vulvovaginitis complicada se recomienda extender el tratamiento oral por 14 días, además, se receta *lactobacillus* por vía vaginal en pacientes que tengan alto riesgo de recurrencias.

Caso clínico n.º 11:

El caso trata de una gestante de 16 años con 37 semanas de gestación y sin controles prenatales, acude por dolor tipo contracción uterina y con diagnóstico presuntivo de enfermedad hipertensiva del embarazo. De acuerdo con los exámenes auxiliares y con un examen de orina patológico se determinó infección del tracto urinario.

La infección del tracto urinario en una paciente gestante es la segunda patología más frecuente en el embarazo (5-10% de los casos), ya que es favorecida por los cambios funcionales, hormonales y anatómicos del embarazo es por ello que aumenta el riesgo de parto pretérmino. Los tres factores principales que tienen alta repercusión son: cistitis aguda, pielonefritis aguda y bacteriuria asintomática, cuyo tamizaje y tratamiento son indispensables durante la gestación ya que se asocia a bajo peso al nacer, prematuridad y en la madre puede conllevar a sepsis (21).

La ITU se define como la presencia de bacterias, dentro de estas predominan los bacilos Gram negativos como la E. Coli siendo la más frecuente en el 80% de los casos, capaz de generar alteraciones morfológicas y funcionales. La prueba de elección para determinar el diagnóstico es el examen de orina, en la

que debemos detectar la presencia de una bacteriuria asintomática significativa >100.000 ufc/ml que será tratada en situaciones en donde existen patologías asociadas como el embarazo (22).

El tratamiento inicial debe ser empírico ya que posteriormente se modificará de acuerdo al resultado del antibiograma y urocultivo. La administración de betalactámicos (amoxicilina o cefalexina), fosfomicina o nitrofurantoína son seguros y tienen alta eficacia para erradicar la infección urinaria en la gestante (23).

Caso clínico n.º 12:

Los estados hipertensivos durante la gestación afectan tanto a la madre como al feto, siendo la primera causa de muerte materna en los hospitales y en zonas urbanas. Actualmente es la segunda causa de muerte materna directa representando el 22% de los embarazos (24).

La preeclampsia se considera como una disfunción endotelial generalizada que se presenta posterior a la semana 20 de gestación y que dura hasta 4 semanas post parto. Clínicamente es definida como hipertensión arterial $> 140/90$ en dos tomas con un intervalo de al menos 4 horas y proteinuria > 300 mg en orina de 24 horas con o sin falla orgánica. Se ha determinado que la presencia o ausencia de edemas no es imprescindible para el diagnóstico (25).

Dentro de los factores de riesgos generales se incluyen a las pacientes < 20 o > 35 años de edad, ascendencia afroamericana, diabetes gestacional, hipertensión crónica, enfermedad renal crónica, lupus eritematoso sistémico, obesidad y los factores relacionados con el embarazo son: nuliparidad, gestación múltiple, mola hidatiforme, preeclampsia previa, anomalías cromosómicas, historia familiar de preeclampsia (26).

El diagnóstico de la preeclampsia está determinado por los criterios de severidad como la eclampsia en donde se presentan convulsiones tonicoclónicas generalizadas, presión arterial $>160/110$ y marcadores de falla orgánica que incluyen: signos premonitorios de eclampsia (cefalea, escotomas, dolor

epigástrico), trombocitopenia <100.000, creatinina >1.1, TGO >70, edema agudo de pulmón.

El tratamiento de la preeclampsia se basa en el término de la gestación, además de mantener a la paciente en reposo y decúbito lateral izquierdo, además de controles seriados de la presión arterial y diuresis. Los hipotensores como el nifedipino o labetalol están indicados si la presión arterial diastólica es >100, teniendo en cuenta que se encuentran contraindicados los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina debido a que son teratogénicos. El tratamiento de elección en la preeclampsia con signos de severidad es el uso del sulfato de magnesio (6 gr endovenoso durante 15 minutos y luego 2 gr por hora en infusión) para la prevención de las convulsiones (27).

3.4 Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 13:

La dermatitis herpetiforme consiste en un daño de la barrera cutánea de etiología inmunitaria e inflamatoria, también está asociada a la enfermedad celíaca. Clínicamente se evidencian lesiones pruriginosas polimórficas de inicio insidioso y curso progresivo que pueden aparecer en forma de racimo de uvas o aisladas. Son lesiones eritematosas y flogóticas, pueden presentarse como pápulas, ampollas o vesicular que terminan en excoriaciones de la piel o impetiginizaciones (28).

El tratamiento consiste en el uso de calmantes tópicos y antihistamínicos como la levocetirizina para evitar el prurito y así reducir la sintomatología y evitar la aparición de nuevas lesiones además de la sobreinfección.

Caso clínico n.º 14:

La enfermedad por arañazo de gato es una entidad benigna, autolimitada que se resuelve espontáneamente. El agente etiológico es la bacteria *Bartonella*

henselae que es transmitida al ser humano mediante lesiones o mordeduras de gato. El principal grupo de riesgo son los niños y adolescentes (29).

Clínicamente el cuadro inicia con la aparición de una pústula de 2 cm de diámetro aproximadamente, esto aparece 4 a 7 días después del arañazo del gato, también se observa una linfadenopatía que aparece a las dos semanas post inoculación y puede permanecer entre 2 y 6 meses, además de síntomas generales como cefalea, odinofagia, fiebre y anorexia (30).

El diagnóstico consta de una adecuada historia clínica y examen físico para así poder determinar como antecedente el contacto con gatos, se pueden emplear diversos exámenes como muestras de sangre, punción de las linfadenopatías o de otros tejidos para la ayuda diagnóstica. Actualmente se prioriza el uso de anticuerpos séricos para IgM e IgG junto a inmunofluorescencia indirecta ya que cuentan con una alta sensibilidad y especificidad.

Caso clínico n.º 15:

La bronquiolitis aguda es una obstrucción inflamatoria o infecciosa de las pequeñas vías respiratorias cuya principal transmisión es vía respiratoria, es el primer cuadro de sibilantes en un lactante menor de 2 años de edad y es causado por diversos microorganismos. El principal factor etiológico es el virus sincitial respiratorio, el segundo en frecuencia es el rinovirus seguido del virus parainfluenza humana tipo 3 (31).

El cuadro clínico inicia como un cuadro catarral caracterizado por rinorrea, congestión nasal y tos, que posteriormente evoluciona a una dificultad respiratoria en donde primero aparece taquipnea, seguido de tirajes subcostales o intercostales y por último cianosis o aleteo nasal, además se auscultan sibilantes o subcrépitos (31).

El diagnóstico es clínico, pero podemos apoyarnos de imágenes como la radiografía de tórax en donde se evidencia hiperinsuflación con aumento del diámetro del tórax y patrón de atrapamiento aéreo. También podemos solicitar el antígeno del virus sincitial respiratorio en secreción nasofaríngea (32).

Para el manejo de la bronquiolitis, se recomienda el uso del score ESBA, en donde se evalúan 6 parámetros (sibilantes, crépitos, relación inspiración/expiración, esfuerzo respiratorio, frecuencia respiratoria y frecuencia cardíaca). Debemos de tener en cuenta la aspiración de fosas nasales si lo requiere, administración de oxígeno mediante cánula binasal, hidratación del paciente y nebulizaciones con NaCl 0.9%, posterior a esto si el paciente no responde se debe administrar salbutamol inhalado como prueba terapéutica. Está contraindicado la administración de corticoides y de antibióticos ya que pueden resultar perjudiciales (33).

Caso clínico n.º 16:

El caso clínico trata de un paciente de 4 meses de edad que acude a emergencia por presentar hace dos días sensación de alza térmica, hiporexia vómitos lácteos y 8 cámaras por día de deposiciones semilíquidas amarillentas con moco y sin sangre abundantes. Al examen físico se evidencia leve palidez, signo del pliegue positivo, llenado capilar mayor a 2 segundos y funciones vitales alteradas. En la RIH, se encuentran leucocitos > 116 por campo, polimorfonucleares 90%, mononucleares 23%, por lo que se diagnostica: diarrea aguda infecciosa de origen bacteriano. Al tener un examen de orina sin hallazgos significativos se descarta una ITU.

La diarrea aguda se caracteriza por un aumento de la frecuencia (mayor de 3 deposiciones en 24 horas) y disminución de la consistencia. En el lactante menor es más importante observar la disminución de la consistencia ya que normalmente realizan 5 a 7 deposiciones al día (34).

Existen tres tipos de diarrea según la cronología: diarrea aguda cuando dura menos de 2 semanas, esta se subdivide en acuosa cuando es causada por rotavirus o *E. coli* y disentérica si es causada por *campylobacter jejuni* o *shigella flexneri*, diarrea persistente si dura 2 a 4 semanas y diarrea crónica si es mayor a 4 semanas (35).

Clínicamente evaluamos el estado de hidratación en base a 6 criterios: sensorio, ojos, sed, signo del pliegue, mucosas, lágrimas. si se evidencia que el paciente no tiene ningún signo se le cataloga como deshidratación leve sin signos de severidad, >2 signos se catalogan como deshidratación severa con signos de severidad, >3 signos es una deshidratación severa con signos de severidad (36).

El pilar fundamental para el tratamiento de la diarrea aguda es la hidratación con solución polielectrolítica endovenosa 50-100 cc/kg en 4 horas, además de la antibioticoterapia como la ampicilina 100 mg endovenoso cada 6 horas. También es recomendable la administración de probióticos como lactobacillus reuteri vía oral cada 24 horas (36).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado es una de las etapas importantes en la carrera de Medicina, la última experiencia crucial que nos ayudará a realizar diagnósticos específicos, decidir manejos, tener una buena relación médico-paciente, ya que se aplican todos los conocimientos adquiridos en el transcurso de estos 7 años de estudios, con la finalidad de ejercer de forma responsable nuestra profesión y siempre en beneficio de los demás. De por sí el internado médico es una etapa compleja, es algo satisfactorio, ya que al ver los pacientes que al inicio solo refieren dolor o molestia; poco a poco se va generando un alivio y nos reconforta saber que hemos aliviado no solo las molestias sino también el estado emocional.

Parte de este aprendizaje se adquiere durante la visita médica, ya que durante las rondas médicas se realizan preguntas respecto al servicio en el que roten. No solo se aprende lo relacionado al servicio en el que roten durante la duración de la misma, ya que la presentación de casos de pacientes de otros servicios en el que no se está rotando, nos permite adquirir mayor conocimiento en forma de repaso.

Asimismo, es una etapa donde se adquiere aprendizajes de la mejor forma, para poder discernir cada uno de los casos que se plantean en las diferentes áreas del establecimiento de salud; pero, así como cada médico, residente e interno tiene su propio criterio para valorar un buen diagnóstico, también tienen diferentes personalidades, las cuales en algunos casos no son los más apropiados y esto se debe a que la propia carrera muchas veces genera emociones adversas como depresión o estrés.

Por otro lado, se pudo tener la gran oportunidad de pasar por las 4 rotaciones hospitalarias, cuya primera rotación lo hicimos en el servicio de Medicina interna, que fue una de las rotaciones más exigentes, pero a la vez el servicio en donde adquieres el mayor conocimiento y sobre todo por la misma estancia prolongada de los pacientes, nos permite tener mayor empatía con los pacientes. Este servicio demandaba horas de guardia en emergencia y las de hospitalización, por tal motivo, se tiene que trabajar en equipo sin importar los pacientes que cada interno tenga, para no retrasar los pendientes, ya que la mayor parte de

pacientes hospitalizados en el servicio son personas con múltiples afecciones y patologías, lo que conlleva a una mayor estancia hospitalaria.

Continuando con la rotación en ginecología y obstetricia, donde nos enseña a poder evaluar y atender a las gestantes y mujeres, con la finalidad de poder ganar experiencia para que al momento que nos toque atender a dichos pacientes en lugares con precarios recursos, podamos tener el conocimiento hasta qué punto podemos actuar como médicos cirujanos y también poder realizar una buena referencia a un centro de mayor complejidad. Respecto a la rotación en pediatría, se pudo desarrollar nuevas habilidades para tener una mejor comunicación con los pequeños, y así poder realizar un adecuado examen físico. En este servicio se realizaban actividades académicas que favorecen el aprendizaje, ya que se discutía entre médicos asistentes, residentes e internos, pudiendo así comprender más las distintas patologías de los pacientes pediátricos. Y por último estuvo la rotación en cirugía general donde se logró el máximo provecho en el tópico de cirugía, al momento de realizar la sutura a pacientes con heridas cortantes y al mismo tiempo apoyando en programar a pacientes para sala de operaciones, donde se podía instrumentar y en ocasiones permitían cerrar piel.

CONCLUSIÓN

El internado médico es una etapa que se realiza mediante prácticas preprofesionales, pero esencial para adquirir nuevos conocimientos sobre las patologías más conocidas y por conocer, con la finalidad de poder realizar un buen diagnóstico clínico, así como tratamiento específico, para no generar más daño al paciente. Por lo que es la base fundamental para la formación profesional de todo médico y que se desarrolla el último año de la carrera.

El realizar el internado médico en un establecimiento que pertenezca al primer nivel de atención de salud, representa una gran ventaja debido a que es en estos lugares en donde se aprende el manejo de las enfermedades más frecuentes en la comunidad, su correcto diagnóstico y posterior tratamiento.

El mayor aprendizaje que más destaca en el internado es la gran capacidad de esfuerzo, fortaleza y adaptación que debe tener cada personal de salud para poder brindar una atención adecuada a cada paciente que acude al establecimiento de salud.

RECOMENDACIONES

1. Mejorar el trato brindado hacia los internos, siendo empático con cada uno ya que no todos manejamos el mismo nivel de resiliencia.
2. Restablecer el tiempo de duración del internado a 12 meses y que solo se desarrolle en una sede hospitalaria ya que es ahí en donde acuden los casos de mayor importancia y así poder enriquecernos de diversas patologías.

3. Fomentar la discusión de casos clínicos en cada rotación en la sede hospitalaria ya que solo pudimos resolver casos clínicos en el servicio de pediatría y esto ayudó mucho en el conocimiento de diversos temas que perdurarán a lo largo de nuestra carrera y vida profesional.
4. Formar estrategias con el departamento de nutrición para poder brindar apoyo, ya sea a través de charlas, folletos o reuniones, dándole herramientas y formas correctas de alimentar al niño o adulto y evitar la anemia ya que es un problema de salud prevalente. Así como llevar un control y charla con los pacientes que tengan obesidad, ya que son propensos a tener anemia y otras comorbilidades por lo que es importante alertar a los pacientes de su prevención a tiempo.
5. La universidad debe aperturar nuevas rotaciones en las especialidades de medicina como por ejemplo: dermatología, neurología, endocrinología, gastroenterología, cardiología, las cuales no se pudieron llevar a cabo por el corto tiempo de duración del internado.
6. Se sugiere a los futuros investigadores sobre los temas tratados, poder mostrar información actualizada y más precisa respecto a la presentación de los casos clínicos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Chinchay Ruesta SA, Burga AG, Peña-Sánchez ER. Internado médico: una difícil elección. *Inv Ed Med.* 1 de enero de 2017;6(21):65-6.
2. HOSPITAL MARIA AUXILIADORA [Internet]. Disponible en: <https://www.hma.gob.pe/>
3. HMA. Análisis de la demanda de atenciones [Internet]. Gob.pe. 2021 [citado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/v2/pdf/publicaciones/40.pdf>
4. Soto, A. (2019). Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 36 (2), 304–311. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4425>
5. Azeem N, Freeman M, Arain M. Choledocholithiasis: Clinical manifestations, diagnosis, and management [Internet]. UpToDate. 2023 [cited 2023 Apr 13]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/choledocholithiasis-clinical-manifestations-diagnosis-and-management?search=coledocolitiasis&source=search_result&selectedTitle=1~104&usage_type=default&display_rank=1
6. Baddour DSL. Cellulitis and skin abscess: Epidemiology, microbiology, clinical manifestations, and diagnosis [Internet]. Uptodate.com. 2022 [citado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-epidemiology-microbiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=absceso%20cutaneo&source=search_result&selectedTitle=1~147&usage_type=default&display_rank=1
7. Absceso cutáneo [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/infecciones-bacterianas-de-la-piel/absceso-cut%C3%A1neo>
8. Úlceras de decúbito (úlceras por presión) [Internet]. MayoClinic.org. 2022 [citado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bed-sores/symptoms-causes/syc-20355893>
9. Dalmau J, Vila A, Peramiqúel L, Puig L. Úlceras por presión. *Farm Prof (Internet)* [Internet]. 2004 [citado el 13 de abril de 2023];18(4):43–52. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-ulceras-por-presion-1306137510>.

10. Dres. NMC, Fernando CT. Hidatidosis multiorgánica con compromiso peritoneal. Reporte de un caso y revisión de la literatura [Internet]. Scielo.cl. [citado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/rchradiol/v20n1/art_06.pdf
11. Pinto G. PP. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la hidatidosis. Rev Chil Cir [Internet]. 2017 [citado el 13 de abril de 2023];69(1):94–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-cirugia-266-articulo-diagnostico-tratamiento-seguimiento-hidatidosis-S0379389316301399>
12. Afdhal SZN. Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis [Internet]. Uptodate.com. 2022 [citado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~131&usage_type=default&display_rank=1
13. Zakko S. Overview of gallstone disease in adults [Internet]. Uptodate.com. 2022 [citado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gallstone-disease-in-adults?search=litiasis%20vesicular&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
14. Lindenmeyer CC. Colelitiasis [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-hep%C3%A1ticos-y-biliares/trastornos-de-la-ves%C3%ADcula-biliar-y-los-conductos-biliares/colelitiasis>
15. Hodin R. Sigmoid volvulus [Internet]. Uptodate.com. 2022 [citado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/sigmoid-volvulus?search=volvulo%20de%20sigmoides&source=search_result&selectedTitle=1~14&usage_type=default&display_rank=1
16. Guadalupe ÁIM, Rivera YSM, Mendoza SWMM, Del Castillo JFM. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2013 [citado el 13 de abril de 2023];59(3):177–86. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000300005
17. Castiglioni, E. y Romina, G. (2012). Embarazo ectópico. *DEL NACIONAL*, 4 (2), 23–29. http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742012000200004
18. Embarazo ectópico. Prog Obstet Ginecol (Internet) [Internet]. 2007 [citado el 13 de abril de 2023];50(6):377–85. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151->

articulo-embarazo-ectopico-13106416

19. Ginecoobstetra M, Especializado I, Perinatal M. INFECCIONES VAGINALES POR CÁNDIDA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO [Internet]. Edu.pe. [citado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol53_n3/pdf/a04v53n3.pdf
20. Vulvovaginitis, IP, enfermedades de transmisión sexual, enfermedad pélvica inflamatoria, & Abscesos, T.-O. (1993). *Patología infecciosa: vulvovaginitis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedad inflamatoria pélvica, abscesos tubo-ováricos*. Iscii.es. <https://scielo.iscii.es/pdf/asisna/v32s1/ginecologia3.pdf>
21. Ángel Herráiz, M., Hernández, A., Asenjo, E., & Herráiz, I. (2005). Infección del tracto urinario en la embarazada. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 23, 40–46. <https://doi.org/10.1157/13091447>
22. Echevarría-Zarate, J., Sarmiento Aguilar, E., & Osoro-Plenge, F. (2006). Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. *Acta Médica Peruana*, 23 (1), 26–31.
23. Echevarría-Zarate, J., Sarmiento Aguilar, E., & Osoro-Plenge, F. (2006). Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. *Acta Médica Peruana*, 23 (1), 26–31. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000100006
24. Quirós, AL (2018). *Prevalencia de infección de la vía urinaria y perfil microbiológico en mujeres que finalizaron el embarazo en una clínica privada de Lima, Perú*. Org.Mx. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412018001000634
25. Guevara, E., & Meza Santibáñez, L. (nd). *MANEJO DE LA PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA*. Pe.org. Recuperado el 13 de abril de 2023, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n4/a15v60n4.pdf>
26. Calvo, JP y Figueroa, LQ (2020). *Actualización en preeclampsia*. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/340/708>
27. Alejandro, D., Teppa, G., & Terán Dávila, J. (2001). Factores de riesgo asociados con la preeclampsia. *Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela*, 61 (1), 49–56. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322001000100011
28. Rivas, M., Faneite, P. y Salazar, G. (2012). Eclampsia: Repercusión materna y perinatal. *Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela*, 72 (1), 34–41. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000100006
29. Sanjinés, L., Martínez, M., & Magliano, J. (2016). Dermatitis herpetiforme como carta de presentación de la enfermedad celíaca. *INNOTEC*, 1 (1),

- 3–3. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-67972016000100003
30. Flores, GG y Ry, MA (2019). ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO . Medigraphic.com.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131t.pdf>
31. González Martínez MT, Mosquera Villaverde C, Heredia Lama P. Enfermedad por arañazo de gato: un nuevo planteamiento diagnóstico. Medifam [Internet]. 2001 [citado el 13 de abril de 2023];11(1):30–3. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n1/notaclinica1.pdf>
32. Pérez Villena A, García Ruiz S, Sánchez-Bayle M. Bronquiolitis y neumonía. Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2010 [citado el 13 de abril de 2023];12(48):575–81. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000600002
33. MINSa. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis en niños menores de dos años [Internet]. Gob.pe. 2019 [citado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4930.pdf>
34. Luz García García, Javier Korta Murua, Alicia Callejón. Bronquiolitis aguda viral [Internet]. Aeped.es. 2017 [citado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06_bronquiolitis_aguda_viral_0.pdf
35. Consolani, DM (2018). *Diarrea en niños* . Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/pediatr%C3%ADa/s%C3%ADntomas-en-lactantes-y-ni%C3%B1os/diarrea-en-ni%C3%B1os>
36. Luis Suárez Ognio, MES (2017). *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda* . Gob.Pe. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4221.pdf>

ANEXOS

Anexo 1:

Figura 1. Localización del Hospital María Auxiliadora

