



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL  
JOSÉ AGURTO TELLO Y CENTRO DE SALUD MOYOPAMPA –  
DURANTE EL PERIODO 2022-2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
RONALD JUAN MARAVI QUISPE**

**ASESOR  
HENRY MORMONTOY CALVO**

**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 EL HOSPITAL JOSÉ  
AGURTO TELLO Y CENTRO DE SALUD MOYOPAMPA – DURANTE EL  
PERIODO 2022-2023**

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

**PRESENTADO POR  
RONALD JUAN MARAVI QUISPE**

**ASESOR  
DR. HENRY MORMONTOY CALVO**

**LIMA, PERÚ**

**2023**

## **JURADO**

**Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga**

**Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe**

**Miembro: Dr. César Augusto Aguilera Herrera**

## **DEDICATORIA**

A mis padres, por su continuo apoyo a través de estos años de estudio.  
Asimismo, por hacer más llevadero este camino, a los tutores, médicos y  
compañeros

## ÍNDICE

PORTADA	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	9
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	22
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	24
CAPITULO IV REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	29
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES	32
FUENTES DE INFORMACIÓN	33

## RESUMEN

El presente trabajo de suficiencia profesional se llevó a cabo durante el último año de la carrera universitaria, llamado internado médico, que en nuestro país es la etapa en la cual el estudiante de medicina consolida aquellos conocimientos teóricos y prácticos obtenidos en los 6 años anteriores de la carrera de Medicina Humana, como debe aplicarlos en la práctica clínica diaria durante las rotaciones establecidas y poder así desempeñarse correctamente en su futuro profesional. El internado médico 2022-2023 tuvo una duración de 10 meses, dividido en 2 etapas, la primera realizada a nivel hospitalario, comprendida desde el 1 de Junio al 31 de octubre de 2022 y la segunda realizada en el primer nivel de atención desde el 1 de Noviembre al 31 de Marzo de 2021. Se tiene como objetivo mostrar la experiencia teórica-práctica adquirida durante el internado médico, exponiendo el logro de aptitudes y capacidades que permitió lograr una adecuada atención integral a los usuarios de salud en las rotaciones de las áreas de medicina interna, cirugía general, pediatría y ginecología y Obstetricia en el Hospital José Agurto Tello de Chosica; así como en el primer nivel de atención en el Centro de Salud Moyopampa, se adquirió, también, conocimientos en la parte preventivo-promocional de la salud no solo con atenciones médicas sino también con la inducción de charlas educativas a la comunidad. Por lo tanto, se realiza en este informe de suficiencia profesional una presentación concisa de 2 casos clínicos revisados de cada una de las cuatro grandes rotaciones, en donde se realiza tanto la descripción y fundamentación del diagnóstico y la terapéutica realizada.

**Palabras clave:** Internado médico, centro de salud, rotaciones

## ABSTRACT

The present work of professional sufficiency was carried out during the last year of the university career, called medical internship, which in our country is the stage in which the medical student consolidates the theoretical and practical knowledge obtained in the previous 6 years of the career of human medicine, how to apply them in daily clinical practice during the established rotations and thus be able to perform correctly in their professional future. The 2022-2023 medical internship lasted 10 months, divided into 2 stages, the first carried out at the hospital level, from June 1 to October 31, 2022, and the second carried out at the first level of care from June 1. from November to March 31, 2021. The objective is to show the theoretical-practical experience acquired during the medical internship, exposing the achievement of aptitudes and capacities that allowed achieving adequate comprehensive care for health users in the rotations of the areas of internal medicine, general surgery, pediatrics and gynecology-obstetrics at the José Agurto Tello Hospital in Chosica; as well as in the first level of attention in the Moyopampa health center, also acquiring knowledge in the preventive-promotional part of health, not only with medical attention but also with the induction of educational talks to the community. Therefore, in this professional sufficiency report, a concise presentation of 2 clinical cases reviewed from each of the four major rotations is made, where both the description and justification of the diagnosis and the therapy performed are made.

**Keywords:** Medical internship, health center, rotations



NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO  
EN EL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO  
Y CENTRO DE SALUD MOYOPAMPA - DU  
R**

AUTOR

**RONALD JUAN MARAVI QUISPE**

RECUENTO DE PALABRAS

**8644 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**49513 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**36 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**593.0KB**

FECHA DE ENTREGA

**Apr 17, 2023 8:05 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Apr 17, 2023 8:06 PM GMT-5**

● **16% de similitud general**

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

- 16% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% 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



Méd. Henry Nelson Mormontoy Calvo MSP  
CMP 44512  
<https://orcid.org/0000-0002-9230-337X>

## INTRODUCCIÓN

El internado médico constituye el último periodo de formación en los estudiantes de la carrera de Medicina Humana, es la etapa en donde se aplican los conocimientos que se adquirieron a los anteriores años de estudio. Este trabajo relata cómo fue la experiencia en el periodo 2022-2023, dividido en 2 fases: La parte hospitalaria realizada en el Hospital José Agurto Tello de Chosica durante 5 meses, de junio a octubre, y la segunda en el primer nivel de atención en el centro de salud Moyopampa, de noviembre a marzo del presente año.

Además de consolidar los conocimientos teóricos y prácticos, se desarrolló las capacidades sociales tanto con los diversos trabajadores de salud como con los pacientes, siendo de gran utilidad el manejo multidisciplinario en la atención sanitaria.

Pese a que aún transcurría la pandemia por COVID-19, siendo un desafío para cada estudiante, se pudo aprovechar las oportunidades en participar en las diversas actividades que se realizan generalmente, bajo la supervisión de los médicos asistenciales, en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en muchas patologías, así como en las actividades preventivo-promocionales a nivel de los establecimientos del primer nivel de atención. Sin olvidar el uso correcto de los equipos de seguridad personal y las normas de bioseguridad, siempre con el sentido ético y humanista. De esta manera se adquiere una adecuada experiencia para enfrentar las diversas demandas de salud tanto en el desarrollo del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (Serums) como en el ejercer profesional como médico en otras actividades laborales relacionadas a la carrera.

Por lo tanto, se busca explyar en casos clínicos cada experiencia en el abordaje de ciertas patologías comunes, 2 por cada servicio por los que se realizó las rotaciones: Medicina interna, Cirugía general, Pediatría y Gineco-Obstetricia.

## CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La carrera de medicina humana consta de 7 años de estudio, siendo el último el internado, indispensable y obligatorio en la formación del estudiante de esta carrera profesional, el cual corresponde a las prácticas preprofesionales, en la que se usa todos los conocimientos adquiridos en la etapa de pregrado, de esta manera se consolida e integra diversas aptitudes frente a las patologías más frecuentes en las determinadas rotaciones, orientadas en cuanto a la prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento.

A continuación, se presentan 2 casos clínicos por cada una de las 4 rotaciones, en los cuales aprendí tanto el manejo de las enfermedades como el trato humanitario a los pacientes y la ética profesional, formando así parte de mi experiencia durante el internado médico en el Hospital José Agurto Tello.

### 1.1 Rotación en Medicina Interna

#### Caso clínico n.º 1

Paciente, mujer de 67 años procedente de Ica, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes *mellitus* tipo 2 mal controladas, portadora crónica de sonda vesical (1 año)

Post secuela de enfermedad cerebrovascular isquémica. Niega alergia a medicamentos, apendicectomía hace 10 años. Ingres a consultorio de emergencia acompañada de familiar (hija) quien refiere que desde hace 3 días la paciente se encuentra hipoactiva, con malestar general, hiporexia, y fiebre cuantificada en casa de 38.7 °C además de tos productiva con movilización de secreciones.

Examen físico: Temperatura: 38.2 °C. FR: 22 por minuto. FC: 70 por minuto. Presión arterial: 110/80 mmHg. Saturación de O<sub>2</sub>: 96%

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada y elástica, llenado capilar < 2 segundos, No presencia de ictericia ni edemas, leve palidez (+). Mucosa oral seca, TCSC disminuido.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, no politirajes. Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares. Presencia de crépitos en tercio inferior de ambos hemitórax, a predominio izquierdo.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de regular intensidad. No soplos audibles.
- Abdomen: Blando, depresible, no masas, cicatriz de incisión paramedial derecha en hemiabdomen inferior derecho. Ruidos hidroaéreos presentes. No

dolor a la palpación.

- Genito-urinario: PPL (-), PRU (-), con sonda vesical, orina turbia.
- Sistema nervioso central: Somnolienta, hipoactiva. Escala de coma de Glasgow 12/15 (ocular: 3, verbal: 4, motora: 5). No signos de focalización.

Se plantean los siguientes diagnósticos:

- Encefalopatía de etiología a determinar
- Infección respiratoria (Neumonía adquirida en la comunidad [NAC]) vs infección urinaria.
- Hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 por historia clínica.

Por lo que se solicitan exámenes de laboratorio con los siguientes resultados:

- Análisis de gases arteriales y electrolitos: pH: 7.41, PCO<sub>2</sub>: 35, PO<sub>2</sub>: 62, HCO<sub>3</sub>: 22, Na: 152, K: 3,4, Cl: 121, Ca: 9,2
- Hemograma: Leucocitos: 17 500 mm<sup>3</sup>, Segmentados: 94 %, Abastionados: 0 %. Hemoglobina: 10.5 g/dL. VGM: 87 fl. Plaquetas: 174 000 mm<sup>3</sup>.
- Urea: 75 mg/dL. PCR: 27 mg/dL.
- Examen completo de orina, creatinina y glucosa sérica sin alteraciones.

Se solicita, además, una radiografía de tórax, en donde se informa: Consolidado bilateral en lóbulo inferior de pulmón izquierdo. Resto sin anomalías.

Se confirma por lo tanto el diagnóstico de NAC, además de una anemia leve.

Se utiliza la escala CURB 65 la cual sirve como escala de predicción de mortalidad en pacientes con NAC y evalúa 5 variables: Confusión, urea, frecuencia respiratoria, presión arterial y edad > 65 años (1), obteniendo la paciente 3 puntos, por lo que se decide hospitalizarla para realizar el siguiente plan de trabajo:

- Fluidoterapia con suero fisiológico
- Monitoreo hemodinámico, monitoreo de diuresis, balance hidroelectrolítico, control de funciones vitales.
- Terapéutica:
  - Nutrición enteral hiposódica por SNG (900 cc en 3 tomas)
  - Ampicilina/Sulbactam 3 g EV cada 6 horas
  - Claritromicina 500 mg EV cada 12 horas
  - Vancomicina 1 g EV cada 12 horas.
  - Enoxaparina 40 mg subcutánea cada 24 horas
  - Metamizol 1 gramo EV condicional a fiebre

- Aspiración de secreciones a demanda.

La paciente presenta luego de 4 días una evolución favorable, se continúa antibioticoterapia. Al solicitar un hemograma control se encuentra normalización de leucocitos con valores de 9 500, PCR: 0,37 mg/dL dentro de rangos no patológicos. Se plantea el alta luego de culminar antibióticos endovenosos.

➤ **Caso clínico n.º 2**

Paciente, mujer de 46 años, natural de Pasco, antecedentes patológicos: Tuberculosis pulmonar hace 10 años (2012) con tratamiento completo. Colecistitis crónica calculosa hace 2 años (2020). Niega otros antecedentes de importancia.

Ingresa a emergencia donde refiere presentar desde hace aproximadamente 10 horas dolor abdominal en cuadrante superior derecho tipo opresivo de moderada intensidad 7/10, que irradia a región dorsal. Refiere haber ingerido 1 tableta de ibuprofeno de 400 mg que no hizo efecto en calmar el dolor.

Al examen clínico se encuentra: T = 37.4°C. FR: 18 por minuto. FC: 72 por minuto. PA: 138/68 mmHg. SatO2: 98%

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada y elástica, llenado capilar < 2 segundos, No presencia de ictericia, no palidez, no edema. Mucosas hidratadas.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemotórax. No ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos regulares de buena intensidad. No soplos audibles.
- Abdomen: Blando, depresible. Ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, signo de Murphy (+), signo de Mc Burney (-), no signos peritoneales.
- Genito-urinario: PPL y PRU negativos.
- Sistema nervioso central: Despierta, lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona. Escala de coma de Glasgow 15/15 (ocular: 4, verbal: 5, motora: 6). No signos de focalización.

Se solicitan exámenes de laboratorio y una ecografía abdominal, que muestran como resultados importantes:

- Lipasa: 530 U/L. Amilasa: 480 U/L.

- PCR: 4.5 mg/dL

- Leucocitos: 12,500 mm<sup>3</sup>, Segmentados: 88%, Abastionados: 0%

Ecografía abdominal: Vesícula biliar con pared de 4mm, presencia de múltiples cálculos en su interior de aprox. 0.7 mm, colédoco con diámetro 6 mm.

Con esta evaluación integral se realiza el diagnóstico de una pancreatitis aguda leve de etiología por litiasis biliar. Por lo que se decide hospitalizar, reposo gástrico e iniciar la terapéutica con:

- Hidratación endovenosa con Dextrosa 5 % 1000cc cada 12 horas y NaCl 9 % 1000 cc cada 24 horas.
- Analgesia con tramadol por vía subcutánea 50 mg cada 8 horas

Al transcurrir 48 horas post hospitalización la paciente refiere disminución del dolor abdominal, por lo que se decide iniciar tolerancia oral con dieta blanda hipograsa, no se observa alguna complicación y se tramita el alta con indicaciones médicas y planificación de cita por consultorio externo por el servicio de cirugía para la programación de una colecistectomía laparoscópica.

## 1.2 Rotación EN Cirugía General

### ➤ Caso clínico n.º 1

Paciente de sexo femenino de 34 años, natural de Lima, con antecedente de diabetes *mellitus* tipo 1 desde hace 20 años, en tratamiento con insulina regular, metformina y glibenclamida, niega alergias a medicamentos, niega otras patologías.

Ingresa al servicio de emergencia y refiere un tiempo de enfermedad de 5 días, presentando distensión abdominal, constipación, dolor difuso tipo cólico de moderada intensidad (6/10) actualmente con náuseas y vómitos en 4 oportunidades, refiere cursar en la madrugada con escalofríos y sensación de alza térmica.

Al examen físico se encuentra: Funciones vitales: T = 36.8 °C, FR = 18 por minuto, FC = 86 por minuto, SatO<sub>2</sub> = 97 %, PA = 110/75 mmHg.

Piel y TCSC: Tibia, hidratada y elástica, llenado capilar < 2 segundos, No ictericia, no palidez, no edemas. Mucosas hidratadas.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos regulares de buena

intensidad. No soplos audibles.

Abdomen: Globuloso, blando, depresible. Ruidos hidroaéreos incrementados. Dolor difuso a la palpación. Timpanismo incrementado. No signos peritoneales.

Sistema nervioso central: Despierta, lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona. Escala de coma de Glasgow 15/15 (ocular: 4, verbal: 5, motora: 6). No signos de focalización.

Se solicitan exámenes de laboratorio para dirigir la sospecha diagnóstica, con los siguientes resultados:

Hemograma: Leucocitos: 8 610 mm<sup>3</sup>, segmentados: 84.5%, abastionados: 2%. Hemoglobina: 13.5 g/dL. Plaquetas: 385 000 mm<sup>3</sup>.

PCR: 10 mg/dL. Urea: 15 mg/dL. Creatinina: 0.3 mg/dL.

Resto de exámenes sin alteraciones.

Con estos hallazgos se pensó en un síndrome doloroso abdominal por una obstrucción intestinal. Por lo que se solicita una radiografía de abdomen en bipedestación en la cual se observan múltiples niveles hidroaéreos y dilatación del colon sigmoideos, confirmando así el diagnóstico de obstrucción intestinal. Previo a la programación para el ingreso a sala de operaciones para la realización de una laparotomía exploratoria, se realiza un manejo médico que consta de una descompresión gástrica a través de una sonda nasogástrica con hidratación intravenosa, además del uso de antibióticos ya que por la misma obstrucción ocurre la detención del tránsito intestinal, acumulándose contenido que propicia a la proliferación bacteriana con fármacos que cubran bacterias anaerobias y Gram – (2), en este caso se utilizó la cobertura con Vancomicina 500 mg EV cada 12 horas y Meropenem 1 g EV cada 8 horas.

Durante el acto operatorio se encuentran bridas y adherencia a nivel ileal aproximadamente a 50 centímetros de la válvula ileocecal las cuales provocan la distensión y edema del asa proximal además de presencia de líquido en cavidad de aproximadamente 300 cc, se procede a la liberación de bridas y adherencias junto a el lavado y aspirado de la cavidad peritoneal.

El manejo post quirúrgico se realizó con la continuación de la antibioticoterapia, control del balance hidroelectrolítico, analgesia y curaciones diarias; presentando una evolución lenta pero favorable se

realiza el alta médica con las indicaciones y los controles médicos por consultorio externo.

## **Caso clínico n.º 2**

Paciente de sexo masculino de 40 años, natural de Lima, niega otras patologías, niega alergia a medicamentos, niega intervenciones quirúrgicas previas. Refiere desde hace 10 horas dolor abdominal en cuadrante superior tipo cólico después de ingesta de "parrillada", se automedicó con escopolamina 10 mg 1 tableta la cual no surgió efecto y por el contrario el dolor fue incrementando de intensidad (8/10) por lo que decide acudir al servicio de emergencia, refiere también náuseas y vómitos en 2 oportunidades de aspecto bilioso, niega otra sintomatología.

Al examen físico preferencial:

Funciones vitales sin alteraciones.

Piel y TCSC: Tibia, hidratada y elástica, llenado capilar < 2 segundos, No impresiona ictericia, no palidez. Mucosas semihidratadas.

Abdomen: Blando, depresible. Ruidos hidroaéreos presentes. Leve dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Signo de Murphy (+), Signo de Mc Burney (-), no signos peritoneales.

Por la sospecha diagnóstica de litiasis vesicular se solicitaron exámenes de laboratorio que mostraron:

Hemograma: Hemoglobina: 13.9 g/dL, Leucocitos: 6690 mm<sup>3</sup>, Segmentados: 72%, Abastionados: 0%, plaquetas: 184 000 mm<sup>3</sup>,

Perfil hepático: Bilirrubinas totales: 1.73 mg/dL, Bilirrubina directa: 0.68 mg/dL, Bilirrubina indirecta: 1.05 mg/dL, TGO: 17 U/L, TGP: 18 U/L, Fosfatasa alcalina: 243 U/L, Gamma glutamil transferasa: 85 U/L.

Glucosa: 82 mg/dL. Urea: 31 g/dL. Creatinina: 0.6 g/dL.

Además de una imagen de ultrasonido abdominal, que revela: Vesícula de tamaño y paredes conservados, con imagen hiperecogénica de aproximadamente 1.8 mm adherida a su pared, que proyecta sombra acústica posterior, además de barro biliar. Colédoco: 5 mm. Resto de órganos evaluados sin alteraciones ecográficas.

Tras esta evaluación integral se programa a realizar una colecistectomía laparoscópica de urgencia a el paciente.

En los hallazgos en sala de cirugía se informa: Evidencia de plastrón vesicular constituido por epiplón vesicular biliar de 5 x 4 x 6 cm con paredes



engrosadas y presencia de cálculo en su interior de aproximadamente 1.5 mm. Colédoco levemente dilatado, arteria cística única. Incisión mediana transumbilical, colocación de trocares según técnica francesa. Se realiza la liberación del plastrón vesicular y una colecistectomía total. Finalizando con el clipaje del conducto y arteria cística con clips de titanio y cierre de puertos con nylon 4/0.

En la etapa post quirúrgica el paciente presenta una evolución favorable, con una adecuada tolerancia oral iniciada después de las 24 horas post colecistectomía, indicándose 48 h después el alta médica con las indicaciones respectivas, analgesia con ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 3 días y antibióticos con metronidazol 500 mg cada 8 horas por 7 días. Además del control y reevaluación por consultorio externo del servicio.

### **1.3 Rotación en Pediatría**

#### **Caso clínico n.º 1**

Paciente, varón de 3 años, madre refiere que parto fue por cesárea, inmunizaciones completas, desarrollo psicomotor adecuado, niega alergias a medicamentos, niega alguna otra patología. Es traído al servicio de emergencias pediátricas por su madre quien refiere que su hijo presenta desde hace 2 días deposiciones líquidas de color amarillento con una frecuencia de 5 cámaras al día, sin moco y sin sangre, asociado a hiporexia, irritabilidad y vómito en 1 ocasión, niega fiebre; hace 2 horas antes del ingreso menor se encuentra más quejumbroso e irritable, madre refiere que la última deposición líquida fue de moderada cantidad que rebalsa el pañal, con presencia de pequeños rastros de sangre.

Al examen clínico: Funciones vitales sin alteraciones. Aparente regular estado general. Peso: 16.5 kg.

- Ojos: Lágrimas escasas, hundidos
- Piel y TCSC: Tibia, semihidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos.  
Mucosas secas. Signo del pliegue (-).
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos y regulares de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Ligeramente distendido, ruidos hidroaéreos incrementados, blando, depresible, no dolor a la palpación profunda ni superficial, no

- signos peritoneales.
- Genito-urinario: PRU (-), PPL (-). Diuresis disminuida.
  - Sistema nervioso central: Despierto, lúcido, irritable, Reactivo a estímulos.

Asociando la anamnesis con la exploración física se realiza el diagnóstico de Enfermedad diarreica aguda de probable etiología viral y deshidratación moderada. Por lo que se decide como plan de trabajo realizar el plan B de rehidratación con sales de rehidratación oral debido a sus componentes electrolíticos (tabla 2), paracetamol en jarabe 120mg/5ml 10 ml STAT para analgesia y observación. Además, se solicita un hemograma el cual se encuentra sin alteraciones y reacción inflamatoria en heces de resultado negativo.

**Tabla 2.** Composición de las SRO

	OSMOLARIDAD REDUCIDA (2002)	ReSoMal®
GLUCOSA, mmol/L	75	125
SODIO, mEq/L	75	45
POTASIO, mEq/L	20	40
CLORO, mEq/L	65	70
CITRATO, mmol/L	10	7
OSMOLARIDAD, mOsm/L	245	224
MAGNESIO/ZINC/COBRE mmol/L		3/0,3/0,045

Fuente: Sales de rehidratación oral de osmolaridad reducida y otras sales. Mejias 2006 (19).

El menor presentó una buena tolerancia oral, por lo que luego de unas 4 horas es dado de alta del servicio, junto a las siguientes indicaciones dadas a la madre:

- SRO 200 ml cada hora, con administración pausada
- Paracetamol 10 ml cada 8 horas condicional a dolor
- Dieta blanda más líquidos a voluntad
- Suplementación con Zinc 20 mg cada 24 horas por 14 días.
- Control por consultorio externo del servicio en 48 horas
- Vigilar signos de alarma.

### **Caso clínico n.º 2**

Paciente, mujer de 7 años, sin antecedentes patológicos perinatales de

importancia, inmunizaciones completas, desarrollo psicomotor adecuado. Es traída a emergencia por madre quien refiere que su hija presenta desde hace 5 días tos seca, rinorrea y estornudos, hace 2 días se agrega episodio febril cuantificado en 39 °C por lo que le brinda con “antalgina” 9 ml vía oral disminuyendo en ese momento la fiebre; hace 1 día se agrega malestar general, tos se vuelve productiva, persiste fiebre y encuentra a la menor con agitación y sensación de falta de aire, además de “silbido de pecho” por lo que decide traerla al nosocomio. Dentro de los antecedentes patológicos de la menor se encuentra que fue diagnosticada de asma bronquial hace 1 año, lleva tratamiento con salbutamol en inhalador solo para episodios agudos. Su hermano mayor presenta el mismo diagnóstico, utiliza corticoides inhalatorios desde hace 2 años.

Al examen clínico se encuentra principalmente: Funciones vitales: T = 38.3 °C, FC = 105 por minuto, FR = 26 por minuto, SatO2 = 93 %, FiO2 = 21%.

- Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, regular estado general, de hidratación y nutrición. Polipneica, amplexación torácica levemente aumentada.
- Sistema respiratorio: Se observa leve uso del esternocleidomastoideo. Murmullo vesicular disminuido en bases de ambos hemitórax, espiración prolongada, presencia de sibilantes difusos al final de la espiración y discretos subcrépitos en ambas bases pulmonares.

Con la presencia de estos datos se tiene como probables diagnósticos a una neumonía bacteriana adquirida en la comunidad y/o un episodio de crisis asmática leve. Se empleo para la valoración de la crisis asmática el “Pulmonary index score” (tabla 1)

**Tabla 3.** Pulmonary score

Puntuación	Frecuencia respiratoria		Sibilancias	Uso de esternocleidomastoideo
	< 6 años	≥ 6 años		
0	< 30	< 20	No	No
1	31-45	21-35	Final espiración	Incremento leve
2	46-60	36-50	Toda la espiración (estetoscopio)	Aumentado
3	> 60	> 50	Inspiración y espiración sin estetoscopio**	Actividad máxima

Se clasifica según el puntaje:

- Crisis leve: 0 – 3 puntos
- Crisis moderada: 4 – 6 puntos
- Crisis grave: 7 - 9 puntos

La paciente obtuvo 3 puntos, clasificándose como una crisis leve.

En cuanto al diagnóstico de neumonía se solicitan algunos exámenes de laboratorio con resultados: Hemograma: Leucocitos: 10 040 mm<sup>3</sup>, Segmentados: 87 %, Abastionados: 0 %, Hemoglobina: 13.8 g/dL, Plaquetas: 237 000 mm<sup>3</sup>. PCR: 17.30 mg/dL.

Siendo el *Estreptococo pneumoniae* el principal agente (3) en este grupo pediátrico, requiere de una cobertura antibiótica empírica. Se decide ingresar a la paciente a hospitalización debido a que madre refiere dificultad en acercarse a el hospital por lejanía de su hogar.

Por lo tanto, el plan terapéutico fue el siguiente:

- Dieta blanda (1000 cc en 3 tomas) + líquidos a voluntad
- Salbutamol MDI 0,1mg/puls, 3 pulsaciones cada 2 horas
- Bromuro de ipratropio MDI 200mcg/puls, 4 pulsaciones cada 2 horas
- Hidrocortisona 100 mg EV cada 6 horas
- Ceftriaxona 1 g EV cada 12 horas
- Metamizol 1 g condicional a fiebre.
- Posición semisentada.
- Control de funciones vitales y balance hidroelectrolítico.

Se reevalúa a la paciente en el transcurso de los días encontrándose estabilización del cuadro clínico, sin alteraciones en las funciones vitales ni en exámenes de laboratorio de control, por lo que se decide dar de alta médica con las indicaciones específicas (budesonida MDI 200 mcg/puls. 1 pulsación cada 12 horas hasta reevaluación) además de indicar la reevaluación por consultorio externo de pediatría en 2 días.

#### **1.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia**

##### **Caso clínico n.º 1**

Paciente, mujer de 21 años, segundigesta con 16 semanas de edad gestacional, acude al servicio de emergencias de gineco-obstetricia del HJAT en donde refiere que desde hace 5 días presenta malestar general, cefalea de leve intensidad, náuseas, vomito en 1 ocasión de contenido alimentario,

sensación de alza térmica, ardor al miccionar y dolor en zona pélvica y lumbar tipo cólico de moderada intensidad (6/10). Niega alergias, niega otras patologías, no intervenciones quirúrgicas previas.

Antecedentes gineco-obstétricos:

- Fórmula obstétrica: G2P1001. FUR: 16/10/22. FPP: 23/07/23.
- G1: parto vaginal, de sexo femenino, peso: 3 200 kg, talla: aprox. 48 cm, sin interurrencias.
- G2: actual.
- EG: 16 semanas por ecografía del 1er trimestre.

Funciones vitales: T= 38.2 °C, FR = 20 rpm, FC = 132 lpm, PA = 100/70, SatO2 = 97%, FiO2 = 21%.

Al examen físico preferencial se encuentra:

- Abdomen: Altura uterina de 13 cm, latidos cardíacos fetales en 160 por minuto.
- Tacto vaginal: No presencia de sangrado vaginal ni pérdida de líquido amniótico, a la especuloscopia no se observan cambios cervicales.
- Genito urinario: PRU (-) PPL bilateral (+).

Se solicitan exámenes de laboratorio que muestran como resultados: Hemograma: hemoglobina: 14 g/dL, leucocitos: 7860 mm<sup>3</sup>, segmentados: 82.8%, bastonados: 0%, plaquetas: 150 000 mm<sup>3</sup>. Examen completo de orina: Leucocitos: 20-25 por campo, hematíes: 1 por campo, nitritos: positivos, gérmenes: ++.

Con los hallazgos en la evaluación clínica y de ayuda con laboratorio se realiza el diagnóstico de una infección urinaria de la gestante, además se solicita un urocultivo y antibiograma para poder observar si hay presencia de resistencia a antibióticos. Se decide hospitalizar a la paciente para realizar el siguiente plan terapéutico:

- Suero fisiológico 500 cc cada 8 horas por 1 día.
- Ampicilina 1 g EV cada 6 horas
- Gentamicina 160 mg IM cada 24 horas
- Metamizol 1 g IM STAT
- Paracetamol 500 mg VO cada 8 horas
- Control de funciones vitales y observación de signos de alarma.

La paciente evoluciona favorablemente en el transcurso de los días, se estabilizan las funciones vitales, así como la normalización del examen de

orina, al recibir los resultados de urocultivo se encuentra *Escherichia coli* sensible a betalactámicos y aminoglucósidos, por lo que el tratamiento surgió efecto. Se decide dar de alta médica con las respectivas indicaciones y reevaluación por consultorio externo, así como indicar acudir a sus controles prenatales.

## **Caso clínico n.º 2**

Paciente de sexo femenino de 24 años se presenta a consulta del servicio de ginecología, refiere presentar desde hace aproximadamente 3 meses dolor abdomino-pélvico tipo punzada asociado a alteraciones en su régimen catamenial, con mayor cantidad de sangrado y de mayor duración. Niega otras patologías, niega alergia a medicamentos, niega cirugías previas.

Dentro de los antecedentes personales se encuentra:

- FUR: 28/09/22. GOP0000. RC: 7/30.
- MAC: Método del ritmo.
- Menarquia: 10 años
- Acné en rostro desde los 14 años
- Antecedentes familiares sin importancia.

Al examen clínico preferencial se encuentra: Funciones vitales estables.

Peso: 62 kg. Talla: 1.54 cm. IMC: 26.14 kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso)

En piel de rostro se encuentra acné facial en región frontal y mejillas. Además, hirsutismo en zonas de comisura labial, mentón, cuello y espalda.

Se solicitan los siguiente exámenes laboratoriales, con resultados:

Glucosa sérica: 98 mg/dL, colesterol total: 180 mg/dL, triglicéridos: 102 mg/dL, FSH: 3.8 mUI/ml, LH: 8.9 mUI/ml, relación LH/FSH: 2.34, estradiol 75 pg/mL, testosterona total 115 ng/dL (VN: 10-60 ng/dL), DHEA-S: 350 µg/dL (VN: 25-240 µg/dL), TSH: 3.27 UI/L, T4L: 1,22 ng/dl.

Además, se solicita una ecografía transvaginal en la que se encuentra: Ovario derecho: Morfología sin alteraciones, medidas 22x28 mm, con presencia de imágenes anecoicas en su interior de aproximadamente 7 mm de tamaño. Resto sin alteraciones.

Se asocia de manera integral estos hallazgos y se diagnostica un síndrome de ovario poliquístico.

Se plantea así el manejo terapéutico, iniciando con la consejería en realizar cambios en los estilos de vida, además de realizar una interconsulta a el servicio de nutrición. El manejo farmacológico se realizó con anticonceptivos orales

(drospirenona y etinilestradiol), programándose citas periódicas junto a evaluación por el servicio de endocrinología.

## **CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

El presente trabajo se realizó en el Hospital José Agurto Tello de Chosica, fundado el 30 de diciembre del año 1986, ubicado en el Jr. Arequipa n.º 214, en el distrito de Chosica, es una entidad adscrita al Ministerio de salud, con un nivel de complejidad II-2. Brinda una atención integral de salud enfatizada en la atención recuperativa, preventiva, promocional y de rehabilitación a la población, además de la gestión de los servicios de salud (4).

Actualmente, cuenta con una cartera de servicios en las especialidades de Medicina Interna, Cardiología, Cirugía general, Dermatología, Endocrinología, Epidemiología y Salud Ambiental, Gastroenterología, Geriatria, Ginecología y Obstetricia, Infectología, Neumología, Neurología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Pediatría, Neonatología, Psiquiatría, Urología, Traumatología y Ortopedia. Y con los servicios: Central de Esterilización, Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, Centro Obstétrico, Centro Quirúrgico, Consulta Externa, Diagnóstico por Imágenes, Emergencia y Cuidados Críticos, Enfermería, Farmacia, Hospitalización, Medicina de Rehabilitación, Patología Clínica, Nutrición y Dietética. Con un horario de atención en el servicio de emergencia las 24 horas del día en las principales especialidades de Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Neonatología y Traumatología. Además, tiene la capacidad de referencias a hospitales de mayor complejidad en situaciones de un diagnóstico y/o manejo más especializado.

El departamento de Medicina Interna cuenta con un área de hospitalización con la disponibilidad de 12 camas. En cuanto a el área de emergencia maneja principalmente diagnósticos como neumonías, complicaciones de diabetes *mellitus*, crisis hipertensivas, infecciones urinarias, enfermedad diarreica aguda, pancreatitis aguda y celulitis. En la rotación, en el área de hospitalización, se me permitió realizar tareas correspondientes al internado médico, que fueron: toma de muestra de análisis de gases arteriales, paracentesis, toracocentesis, evolución de los pacientes ingresados, realización de referencias y altas médicas.

El departamento de Cirugía está equipado con un área de hospitalización con disponibilidad de 17 camas, compartidas con el servicio de traumatología. En la de emergencia se cuenta con equipos para el manejo de suturas pequeñas, además de una área de observación. Se desarrolló procedimientos como las suturas de heridas menores, evaluación de pacientes con la supervisión del médico de turno y el manejo de enfermedades ambulatorias. Respecto a las visitas médicas se realizó



una evaluación diaria de los pacientes post operados y llenado de historias clínicas en los que tenían cirugías ya programadas, los casos más comunes eran diagnósticos de apendicectomías no complicadas, colecistectomías y post quirúrgicos de hernias. En el área de hospitalización la función era de evolucionar a los pacientes, en donde se realizaba un análisis clínico y laboratorio con respecto al día anterior, así como el ajuste de las indicaciones terapéuticas, además de realizar procedimientos menores (colocación y retiro de sondas, curaciones diarias, entre otros).

La rotación en Pediatría se realizó en las áreas de hospitalización y servicio de emergencia. El área de hospitalización contaba con 8 camas, las patologías más comunes en ambas áreas fueron: crisis asmáticas, diarreas agudas, neumonías, faringoamigdalitis y rinofaringitis agudas.

Respecto a la rotación en el servicio de Ginecología y Obstetricia se realizó las labores respectivas en las áreas de emergencia y de hospitalización. La atención se centró en las emergencias médicas (como abortos, infecciones urinarias de la gestante, hemorragias ginecológicas, síndromes de flujo vaginal, entre otros), así como ayudar en el manejo de partos ya sean eutócicos o las programadas para cesáreas.

La etapa hospitalaria del internado médico se llevó a cabo desde el 1 de junio del 2022 hasta el 31 de octubre del mismo año, al concluir estos 5 meses se realiza el traslado de las prácticas al primer nivel de atención, por reglamentos del Minsa, en centros de salud por 5 meses más.

El Centro de Salud Moyopampa inició sus actividades como un centro de atención primaria de categoría I-2, el 15 de octubre de 1972, ubicado en Av. Independencia S/N Cuadra 5 AAHH Moyopampa en el distrito de Chosica. Actualmente, se cataloga como un centro de salud de categoría I-3, con la siguiente cartera de servicios: Atención médica general, obstetricia, enfermería, psicología, nutrición, odontología, programa de control de tuberculosis, descarte de COVID-19, además cuenta con personal especializado en el manejo de pacientes VIH y su respectivo tratamiento antirretroviral (5). Las actividades realizadas fueron la atención supervisada de pacientes en consulta externa, llenado de formatos de referencias, hojas FUA y HIS, así como el llenado de las solicitudes laboratoriales o de imágenes, entre otros formatos.

## CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

### 3.1 Rotación De Medicina Interna

#### Caso clínico n.º 1.

La neumonía adquirida en la comunidad se define como la infección e inflamación del parénquima pulmonar, este proceso genera un infiltrado inflamatorio en el espacio pulmonar, lo cual se denomina como “consolidación”, dificultando el intercambio gaseoso. El paciente debe presentar la clínica particular (tos productiva, fiebre, disnea, etc.) sin haber estado hospitalizado o 48 horas antes del ingreso hospitalario (6). Su etiología en el grupo etario de adultos mayores es principalmente bacteriana, generalmente por el *estreptococo pneumoniae* (7).

Para la confirmación del diagnóstico se utiliza datos encontrados en la anamnesis y examen físico, con la ayuda de imágenes y exámenes auxiliares de laboratorio.

Criterios que ayudan al adecuado diagnóstico son (8):

Signos de dificultad respiratoria, estertores y aumento de las vibraciones vocales a la palpación.

Síntomas: Fiebre, tos con expectoración, disnea, etc.

Signos de respuesta inflamatoria sistémica, como:

. Fiebre > 38 °C o hipotermia < 36 °C. FC > 90 lpm.

. FR > 30 rpm.

. Leucocitosis < 12 000 mm<sup>3</sup> o leucopenia < 4 000 mm<sup>3</sup>.

Radiografía de tórax: Infiltrados alveolares, intersticiales o de cualquier tipo en más de 1 lóbulo.

Ausencia de alguna enfermedad que explique la clínica.

La paciente presentaba estos criterios por lo que es catalogada como una NAC, siguiendo con la clasificación es acorde a escalas o puntajes que predicen la mortalidad y a su vez permite la decisión del lugar de tratamiento. En este particular se decide utilizar el CURB 65 que evalúa variables: Confusión, urea, frecuencia respiratoria, presión arterial y edad >65 años. (9). El puntaje obtenido fue de 3 puntos requiriendo la hospitalización para un adecuado manejo antibiótico empírico con fármacos que cubran *estafilococo aureus*, *estreptococo pneumoniae* y anaerobios, el esquema de 1ra línea es de: Ampicilina/Sulbactam 3 gramos IV c/6h + Claritromicina 500 mg IV c/12h + Vancomicina o Linezolid. (10), la cual es utilizada de manera apropiada en la paciente, surgiendo efecto

en su evolución clínica favorable.

### **Caso clínico n.º 2**

La paciente presenta el diagnóstico de pancreatitis aguda leve, la cual se define como una patología gastrointestinal en la que ocurre un trastorno a nivel intracelular del calcio de las células pancreáticas, lo que ocasiona cambios inflamatorios agudos a nivel del parénquima del páncreas y el tejido peripancreático, que puede ocasionar complicaciones locales y sistémicas. (11). Su principal etiología, como en el caso clínico, es la presencia de cálculos biliares hasta en un 40%. Su diagnóstico debe tener de forma obligatoria 2 de los siguientes criterios (12):

Dolor abdominal en epigastrio, súbito y persistente, que irradia hacia la espalda.  
Amilasa o lipasa séricas con elevación de más de 3 veces su basal.

Hallazgos imagenológicos (TAC o RMN) sugestivos de pancreatitis aguda.

Presentando la paciente 2 de estos criterios, clasificándose como leve al no comprometer falla de órganos, realizándose el manejo terapéutico con:

Hidratación endovenosa en las primeras 24 horas (para reducir la mortalidad y morbilidad asociadas). Analgesia, que puede requerir el uso de opioides.  
Nutrición, las guías actuales recomiendan iniciar en las 1ras 24 horas la nutrición enteral en la pancreatitis aguda leve para proteger la mucosa gástrica (13).

## **3.2 Rotación De Cirugía General**

### **Caso clínico n.º 1.**

En este caso se relata una obstrucción intestinal por bridas y adherencias, las obstrucciones intestinales se definen como la detención completa y persistente del tránsito intestinal (ya sea en el intestino delgado o grueso), pueden ser de causa mecánica, cuando hay un obstáculo intraluminal o parálisis cuando hay un detenimiento del peristaltismo (14).

Es requerido en esta situación un tratamiento quirúrgico de urgencia, ya que se busca evitar complicaciones peritoneales e isquémicas, a través de una laparotomía que permite una completa exploración abdominal y la liberación de las bridas y adherencias; sin restar importancia al manejo prequirúrgico con el reposo digestivo, hidratación endovenosa, descompresión nasogástrica, manejo del dolor y antibioticoterapia empírica (por la posible proliferación bacteriana al no haber eliminación de los desechos intestinales) (15).

### **Caso clínico n.º 2.**

En el 2do caso se tiene a un paciente con el diagnóstico de colecistitis aguda

calculosa, patología que ha incrementado en frecuencia en los últimos años, siendo la principal causa la litiasis biliar, siendo los factores que determinan su progresión son el grado y duración de la obstrucción. (16).

Se usa los criterios de la Guía de Tokio-2018, para el respectivo manejo (17):

Signos de inflamación local:

Signo de Murphy

Masa palpable/Dolor/Sensibilidad en hipocondrio derecho.

Signos de inflamación sistémica:

Fiebre

PCR elevado

Leucocitosis

Hallazgos en imágenes

Hallazgos propios de colecistitis aguda

Con estos criterios se tiene:

Sospecha diagnóstica: 1 criterio de A + 1 criterio de B

Diagnóstico definitivo: 1 criterio de A + 1 criterio de B + C

Con el diagnóstico confirmado se indica la realización de una colecistectomía laparoscópica, debido a sus beneficios evidenciados que son una menor estancia hospitalaria y menor incidencia de infecciones en el sitio operatorio (18). Durante el acto operatorio no surgieron complicaciones, se traslada a el paciente a el área de hospitalización con tratamiento para el manejo del dolor con tramadol 50 mg subcutáneo cada 12 horas y antibióticos: Ceftriaxona 1 gramo EV cada 12 horas y Metronidazol 500 mg EV cada 12 horas. La evolución fue favorable en las 48 horas post cirugía por lo que se decide dar de alta médica con analgesia y culminación de antibióticos ambos por vía oral. Además de control por consultorio externo.

### **3.3 Rotación de Pediatría**

#### **Caso clínico n°1.**

Se relata el caso de un paciente con una enfermedad diarreica aguda, la cual es definida como la aparición de 3 o más deposiciones, blandas o líquidas, en 24 horas y una duración menor de 14 días. Siendo la etiología viral la principal en los niños < 5 años (19).

En la evaluación integral del paciente, basado en las GPC del Minsa, se determina una deshidratación moderada, iniciándose el plan B de rehidratación con el uso de Sales de Rehidratación Oral con 50 ml/kg de peso (20), como

resultado 825 ml pautándose 200 ml cada hora, el menor presentó una adecuada tolerancia oral y una buena respuesta a la terapia de rehidratación, disminuyendo así el volumen de las diarreas, dando de alta al paciente explicando a la madre los cuidados en el hogar así como las medidas de higiene para evitar cuadros futuros similares.

### **Caso clínico n.º 2.**

Se presenta el caso de un paciente con diagnósticos: Crisis asmática y neumonía adquirida en la comunidad.

El asma bronquial se define como una patología crónica respiratoria obstructiva su etiopatogenia es de carácter ambiental y genético, produciendo clínica como: taquipnea, espiración prolongada, tos seca, uso de musculatura accesorio, disnea, entre otros. Generalmente las crisis son desencadenadas por alérgenos o infecciones respiratorias virales (21), como este caso en particular.

Se establece el diagnóstico en base a la anamnesis y la exploración física, identificando factores de riesgo vital y el adecuado tratamiento según el grado de obstrucción (dado en este caso por el *Pulmonary score*), que, según la GPC del asma bronquial del MINSA, se administra de 2 a 4 pulsos de salbutamol en aerocámara con reevaluación a los 15 minutos, además del uso de corticoides por su efecto antiinflamatorio (22).

En cuanto a la NAC pediátrica, es la infección aguda del parénquima pulmonar originada fuera del entorno hospitalario en los 7 días previos o si está internado, los síntomas aparecen en las 1ras 48 horas. La etiología principal en el grupo etario escolar es de causa bacteriana por estreptococo pneumoniae. Su diagnóstico es clínico (fiebre, crépitos, tos productiva, etc.), una radiografía de tórax sería una prueba de elección, sin embargo, no es necesaria en niños previamente sanos (23). Establecido el diagnóstico se realizó el manejo con cobertura antibiótica empírica parenteral en este caso con ceftriaxona 1 gramo EV cada 12 horas. La respuesta al tratamiento en conjunto es favorable, por lo que se da de alta con indicaciones médicas y controles posteriores.

### **3.4 Rotación en Gineco-Obstetricia**

#### **Caso clínico n.º 1.**

Se aborda en este caso el diagnóstico de una infección urinaria, específicamente una pielonefritis aguda (PA) en una gestante. Las infecciones urinarias pueden dividirse en: Bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis agudas; con una incidencia de hasta el 10% en toda embarazada. Se originan por los cambios

funcionales del embarazo como la dilatación ureteral y la compresión uterina a los uréteres. Los agentes mayormente involucrados son las enterobacterias, en especial la *Escherichia coli* hasta en un 80 %. Requiere un diagnóstico y manejo precoz para evitar las posibles complicaciones materno-fetales (24). La clínica (fiebre, náuseas, vómitos) y el examen físico, así como el apoyo laboratorial con el examen de orina (piuria, presencia de gérmenes y nitritos) permitieron realizar el diagnóstico de una ITU alta (PA), por lo que el manejo fue hospitalario basado en fluidoterapia con suero fisiológico 500 cc c/8horas y la antibioticoterapia empírica con Ampicilina 1g EV c/6horas + Gentamicina 160 mg IM c/24 horas (25). Los resultados de urocultivo obtenidos muestran como microorganismo a *E. coli* sensible a los antibióticos administrados, asimismo la paciente presenta una buena respuesta terapéutica con lo que se decide su alta médica y respectivas indicaciones.

### **Caso clínico n.º 2.**

El síndrome de ovario poliquístico (SOP), diagnóstico de esta paciente, es un trastorno endocrino-metabólico frecuente en las mujeres en edad fértil, por lo que es necesario un manejo conjunto ginecológico, nutricional y endocrinológico (26). El diagnóstico se realiza en la asociación de características clínicas, laboratoriales y ecográficas; en este caso se utilizan los criterios de Rotterdam que son (27):

- Oligo o anovulación
- Signos clínicos y/o bioquímicos de hiperandrogenismo
- Ovarios poliquísticos en ecografía

La paciente cumple con estos criterios. Siguiendo con el tratamiento, según el COGA (Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología), al no tener deseos de gestación se administran anticonceptivos orales y antiandrogénicos con drospirenona (28), además de la consejería en los cambios de estilo de vida e interconsultas con los servicios de endocrinología y de nutrición y dietética.

## **CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

El internado es el último año de la carrera profesional de Medicina Humana, el cual tiene una gran importancia en la formación del estudiante, ya que permite llevar los conocimientos adquiridos en los 6 años anteriores a la práctica clínica, en donde intervienen también la enseñanza de los asistentes médicos, lo cual en conjunto permite la consolidación de estas enseñanzas. Además de ser una etapa fundamental, se puede corroborar que en ciertas ocasiones pacientes lo visto en la parte teórica no tiene similitud a la parte práctica, y que, al ser un hospital adjudicado al Minsa, una entidad estatal, existe en muchas circunstancias una gran escasez de recursos lo que fuerza a el personal de salud a trabajar con lo que se tenga disponible, además de que como estudiante permite desarrollar una capacidad resolutive que adiciona a la experiencia médica. Se vio también como es la realidad de la atención médica en Perú, en donde se evidencia como nuestro sistema presenta muchas barreras impidiendo llevar una buena calidad de atención a cada paciente.

Como interno de medicina se me brindó la oportunidad de participar en el abordaje de muchas patologías, tanto en el procedimiento de diagnóstico así como en la terapéutica, en cada rotación de los 4 grandes servicios, lo cual me permitió adquirir mayor conocimiento y aptitudes, así como desarrollar habilidades comunicativas con los pacientes y el personal de sanitario. Y a su vez la gran importancia de desarrollar y practicar en cada día la ética profesional (principios bioéticos).

En la rotación de medicina se pudo aprender el manejo de emergencias de patologías comunes a través de la supervisión de un médico asistencial. En el área hospitalaria se realizaba el monitoreo de los pacientes internados en conjunto al personal de enfermería, además de ayudar en la realización de labores como interconsultas, llenado de solicitudes de laboratorio e imágenes, llenado de historias clínicas y entre otras actividades realizadas también durante el pase de la visita médica. En la rotación de cirugía general se abordó el manejo correcto de las principales emergencias quirúrgicas y en el reconocimiento de si es necesario una intervención quirúrgica, hecho que ayudará durante la realización del Serum. En el área hospitalaria se apoyó en los procedimientos menores como curaciones diarias, evoluciones clínicas y el llenado de formatos pre y post quirúrgicos.

En el área de Pediatría se evidenció el abordaje de patologías comunes como: Infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas agudas, celulitis y urticarias.

Además de observar y aprender la adecuada atención inmediata del recién nacido mediante la tutoría del especialista de turno. En la rotación de Gineco-Obstetricia, se pudo atender las necesidades sanitarias, cumpliendo con el objetivo en la observación y apoyo tanto en el manejo de gestantes en sus controles prenatales, atención de partos y emergencias ginecológicas y obstétricas.

La 2.<sup>a</sup> mitad del internado se realizó en el primer nivel de atención, durante 5 meses. Durante esta etapa se aprendió el manejo de patologías muy comunes en la comunidad, lo cual simula a la situación que realizara el médico egresado durante el Serum. Permitiendo conocer, además del abordaje de las enfermedades, el llenado de formatos que solicita el Minsa (como los FUA, por ejemplo), el dirigirse a los pacientes haciendo hincapié a la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Por lo tanto, durante este internado se encontró experiencias provechosas que serán de utilidad durante el desarrollo del servicio rural y al ejercer la labor como un profesional de salud, siempre con la capacidad de aprendizaje continuo y el desarrollo de conocimientos actualizados en este ámbito.



## **CONCLUSIONES**

El internado médico constituye una etapa fundamental en la adquisición de capacidades, habilidades y destrezas para el desempeño futuro como médico.

En el ámbito hospitalario se pudo aprender el manejo de diversas patologías en las distintas especialidades, el trato al paciente y el trabajo en equipo multidisciplinario, sin restar importancia a la aplicación de los principios bioéticos de la medicina.

Las prácticas en un primer nivel de atención muestran también un enfoque distinto, permitiendo entender y comprender las necesidades sanitarias de la comunidad, además de ejercer una atención integral en salud enfocada en la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Ambas experiencias permitieron adquirir distintas habilidades que se ejercerán de manera adecuada durante el servicio rural.

## RECOMENDACIONES

Al ser una etapa fundamental en la formación de los futuros médicos debe de regresar a un periodo de duración de 12 meses, distribuido equitativamente no solo de forma hospitalaria sino también en el nivel primer de atención, ya que ambas repercutirán de la mejor manera en las aptitudes de todo estudiante de medicina huma.

Las facultades de medicina deben brindar una mayor capacitación de los internos, con una asesoría personalizada, adaptada según la necesidad de cada estudiante para el correcto desarrollo como futuro profesional de salud. Asimismo, el incentivo por la investigación científica, guiada y asesorada, puesto que desarrolla una parte fundamental en la adquisición de nuevos conocimientos, además que permite mantenerse actualizado según la progresión de la ciencia médica.

Asegurar a nivel nacional el bienestar del interno tanto a nivel de salud mental como física, proporcionando entornos saludables que permita desarrollar el máximo potencial y no limitar la capacidad de aprendizaje.

## FUENTES DE INFORMACION

1. Martínez-Vernaza S. Mckinley E. Soto M. Neumonía adquirida en la comunidad: una revisión narrativa. Univ Med. [Internet]. 2018. [citado 30 marzo 2023]. 59 (4). Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/59-4%20\(2018-IV\)/231056644010/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/59-4%20(2018-IV)/231056644010/)
2. Ruiz F. Síndrome de obstrucción intestinal. Rev del Hosp Gen “La quebrada” [Internet]. 2003 [citado 30 marzo 2023]. 2 (1): 36 – 43. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/quebra/lq-2003/lq031i.pdf>
3. Visbal L. Galindo J. Orozco K. Vargas M. Neumonía adquirida en la comunidad en pediatría. Rev Salud Uninorte [Internet]. 2007 [citado 30 Marzo 2023] 23 (2): 231 – 242. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v23n2/v23n2a10.pdf>
4. [Internet]. Cdn.gob.pe. 2021 [citado 30 marzo 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hospital-jose-agurto-tello-de-chosica/institucional>
5. MINSA. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este. Informe anual. [Internet]. 2018 [citado 30 marzo 2023]. Disponible en: [http://www.dirislimaeste.gob.pe/virtual/Transparencia/Informacion\\_adicional/INFO\\_RME%20MEMORIA%20ANUAL%202018.PDF](http://www.dirislimaeste.gob.pe/virtual/Transparencia/Informacion_adicional/INFO_RME%20MEMORIA%20ANUAL%202018.PDF)
6. Aleaga Y. Serra M. Cordero G. Neumonía adquirida en la comunidad: aspectos clínicos y valoración del riesgo en ancianos hospitalizados. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 Sep. [citado 30 Marzo 2023]. 41(3): 413-426. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000300003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000300003)
7. Resano P. Neumonías adquiridas en la comunidad. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada [Internet] 2018. [citado 30 marzo 2023]. 64(12): 3751-3762. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541218302294>
8. Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax. Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos. [internet]. 2004. [citado 30 marzo 2023]. 8(1): 8-44. Disponible en: <http://www.revistainfectio.org/index.php/infectio/article/view/438/443>
9. Macfarlane J. CURB-65 [Internet]. Disponible en: <https://www.mdcalc.com/curb-65score-pneumonia-severity>
10. Mandell L. Wunderink R. Anzueto A. Bartlett J. Campbell G. Dean N. et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis.

- [internet]. 2007. [citado 30 marzo 2023]. 44(2): 1537-6591. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17278083/>
11. Garber A. Frakes C. Arora Z. Chahal P. Mechanisms and Management of Acute Pancreatitis. *Gastroenterol Res Pract* [internet]. 2018. [Cited March 30, 2023]. 1(8). Available in: <https://www.hindawi.com/journals/grp/2018/6218798/>
  12. Mandalia A. Wamsteker E. DiMagno M. Recent advances in understanding and managing acute pancreatitis. *F1000 Research* [internet] 2019 [Cited March 30, 2023]. 7 (959). Available in: <https://doi.org/10.12688/f1000research.14244.2>
  13. Rawla P. Sunkara T. Thandra K. Gaduputi V. Pancreatitis inducida por hipertrigliceridemia: revisión actualizada del tratamiento actual y estrategias preventivas. *Clin J Gastroenterol* [internet] 2018. [citado 30 marzo 2023]. 11(6): 441-448. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29923163/>
  14. Vázquez J. Protocolo diagnóstico y terapéutico del síndrome de obstrucción intestinal. *Medicine* 2004; 9 (6): 421-6.
  15. Gil I., Moreno M. Deus J. Mozota J. Garrido A. Rivas M. Obstrucción intestinal. *Med Integr.* [internet] 2001. [citado 30 marzo 2023]. 38(2): 52-56. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-obstruccion-intestinal-13015326>
  16. Longo D. Kasper D. Jameson J. Fauci S. Hauser S. Loscalzo J. Harrison: Principios de Medicina Interna. 2018. 20ª edición. México: Ed. McGraw-Hill. pp. 2621-4.
  17. Yokoe M. Hata J. Takada T. et al. Directrices de Tokio 2018: criterios de diagnóstico y clasificación de la gravedad de la colecistitis aguda (con videos). *J Pancreat Hepatobiliar* [internet] 2018. [citado 30 marzo 2023] 25: 41. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis/abstract/22>
  18. Manterola C. Pineda V. VIAL M. Efectividad del tratamiento laparoscópico de la colelitiasis y la coledocolitiasis: Revisión global de la evidencia. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2007 Jun [citado 30 marzo 2023]. 59 (3): 198-207. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262007000300006](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262007000300006)
  19. Academia Americana de Pediatría. Parámetro de práctica: el manejo de la gastroenteritis en niños pequeños. *Ped.* [Internet]. 1996 [citado 30 marzo 2023]. 97 (3): 424 – 35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8604285/>
  20. MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño. Lima-Peru. [Internet]. 2017 [citado 30 marzo

- 2023]. Disponible en:  
[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666\\_RM\\_N\\_C2\\_B0\\_755-2017-MINSA.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf)
21. Moral L. Asensio O. Lozano L. Asma: aspectos clínicos y diagnósticos. *Protoc diagn ter ped* [Internet]. 2019. [Citado 30 marzo 2023]. 2: 103 – 105. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/07\\_asma\\_clinica\\_diagnostico.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/07_asma_clinica_diagnostico.pdf)
22. Hospital de emergencias pediátricas. Guía de práctica clínica del asma bronquial en niños. MINSA [Internet]. 2018 [Citado 30 marzo 2023]. Disponible en: <http://www.hep.gob.pe/application/webroot/imgs/catalogo/pdf/136735110401%20G PSEU%20ASMA%20BRONQUIAL.pdf>
23. Úbeda I. Croche B. Hernández A. Neumonía: Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. *Guía-ABE* [Internet]. 2020 [citado 30 Marzo 2023]. Disponible en: <http://www.guia-abe.es>
24. Víquez M. Chacón C. Rivera S. Infecciones del trato urinario en mujeres embarazadas. *Rev Med Sinerg* [Internet]. 2020 [Citado 30 marzo 2023]. 5(5). Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/482/824>
25. Matuszkiewicz J. Małyszko J. Wieliczko M. State of the art paper Urinary tract infections in pregnancy: old and new unresolved diagnostic and therapeutic problems. *Archives of Medical Science* [Internet]. 2015 [cited March 30, 2023]. 11(1): 67-77. Available in: <https://www.archivesofmedicalsecience.com/State-of-the-art-paper-Urinary-tract-infections-in-pregnancy-old-and-new-unresolved,53289,0,2.html>
26. Sir T. Preisler J. Magendzo A. Síndrome de ovario poliquístico: Diagnóstico y manejo. *Rev Med Clin Las Condes* [Internet]. 2013 [citado 30 marzo 2023]. 24 (5): 818 – 826. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-sindrome-ovario-poliquistico-diagnostico-manejo-S0716864013702293>
27. Merino P. Schulin-Zeuthen C. Codner E. Diagnóstico del Síndrome de Ovario Poliquístico: nuevos fenotipos, nuevas incógnitas. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2009 [citado 30 marzo 2023]; 137(8): 1071-1080. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000800012](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000800012)

28. Raudrant D. Rabe T. Progestágenos con propiedades antiandrogénicas. *Drugs* [Internet]. 2003 [Citado 30 marzo 2023]. 63(5): 463-92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12600226/>