



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**TRAYECTORIA DEL INTERNADO MÉDICO 2022-2023 EN EL
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO Y EL CENTRO DE
SALUD CRUZ DE MOTUPE**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
ANDREA ALEJANDRA ALVAREZ PEÑA**

**ASESOR
URSULA MARIA PAREDES MARTINEZ**

**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/>



**TRAYECTORIA DEL INTERNADO MÉDICO 2022-2023 EN EL
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO Y EL CENTRO DE SALUD
CRUZ DE MOTUPE**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
ANDREA ALEJANDRA ALVAREZ PEÑA**

**ASESORA
DRA. URSULA MARIA PAREDES MARTINEZ**

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

A todas las personas que ayudaron a que se pueda llevar a cabo este trabajo, a mis padres Karin y Carlos, a quienes quiero mucho, a mi familia que estuvo siempre apoyándome.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la fuerza y guiar mi camino, a mis padres por ser mi punto de apoyo, a mi pequeño hermano por darme ánimos, y a mi novio por estar presto a ayudarme en todo el proceso.

INDICE

PORTADA	i
JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	vii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCION	xii
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación en cirugía general	1
Caso clínico n.º 2 Apendicitis	3
1.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia	4
Caso clínico n.º 3 amenaza de aborto	5
Caso clínico n.º 4 Enfermedad pélvica inflamatoria	5
1.3 Rotación en medicina interna	7
Caso clínico n.º 5 cólico biliar	7
Caso clínico n.º 6 pancreatitis	8
1.4 Rotación en pediatría	9
Caso clínico n.º 7 Hipoglicemia neonatal	10
Caso clínico n.º 8 Manejo de diarrea aguda	11
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	12
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	14
3.1 Rotación en Cirugía	14
Caso clínico n.º 1 Politraumatismo	14
Caso clínico n.º 2 Apendicitis	15
3.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia	16
Caso clínico n.º 3 Hemorragia de la primera mitad del embarazo	16
Caso clínico n.º 4 Enfermedad Pélvica Inflamatoria	16
3.3 Rotación en Medicina Interna	18
Caso clínico n.º 5 Cólico biliar	18
Caso clínico n.º 6 Pancreatitis.	18
3.4 Rotación en Pediatría	19
Caso clínico n.º 7 Hipoglicemia neonatal	19

Caso clínico n.º 8 Diarrea Aguda	20
CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRITICA DE LA EXPERIENCIA	22
CONCLUSIONES	24
RECOMENDACIONES	25
FUENTES DE INFORMACION	26

RESUMEN

Introducción: En el presente trabajo se redacta la reflexión y experiencia vivida en el internado médico desarrollado en el Hospital Nacional Dos de Mayo y en el Centro de Salud Cruz de Motupe. El internado médico, es el 7° año y último de la carrera de medicina humana,

Objetivo: Formarnos como profesionales capacitados para enfrentar casos clínicos más frecuentes, desarrollar el pensamiento clínico y adquirir nuevas destrezas, todo ello para una buena toma de decisiones.

Material y Métodos: estudio cualitativo, observacional, descriptivo, transversal. En este trabajo se narran algunos de los casos clínicos más frecuentes en el día a día del interno de medicina. A razón de la pandemia por COVID-19, las directivas del internado médico cambiaron, desde ese momento, se ofertan plazas en centros de salud de primer nivel, donde el interno de medicina rotaba 5 meses en dicho establecimiento y 5 meses en la sede hospitalaria. Este es un estudio descriptivo

Resultados: el presente trabajo cuenta con 8 casos clínicos. caso clínico n.º1: mujer de 28 años, diagnóstico al ingreso politraumatismo: a descartar TEC y descartar trauma abdominal cerrado, diagnóstico final policontusa y traumatismo abdominal cerrado.

Caso clínico n.º2 varón de 16 años, diagnóstico al ingreso dolor abdominal agudo, diagnóstico final apendicitis aguda.

Caso clínico n.º3 mujer de 23 años, diagnóstico al ingreso hemorragia de la primera mitad del embarazo, amenaza de aborto a descartar gestación anembrionada, diagnóstico final paciente es referida con diagnósticos de ingreso.

Caso clínico n.º4 mujer de 25 años, diagnóstico al ingreso síndrome doloroso abdominal a descartar EPI, diagnóstico final síndrome doloroso abdominal EPI estadio II.

Caso clínico n.º 5 mujer de 30 años diagnóstico al ingreso síndrome doloroso abdominal, diagnóstico final cólico biliar por litiasis vesicular

Caso clínico n.º6 mujer de 39 años, diagnóstico al ingreso síndrome doloroso abdominal a descartar pancreatitis, ITU y gastroenteritis, diagnóstico final pancreatitis aguda leve con criterios APACHE II: 4 puntos, obesidad grado I.

Caso clínico n.º 7 RN varón de 4 horas, diagnóstico final hipoglicemia neonatal.

Caso clínico n.º8 varón de 4 años, diagnóstico al ingreso síndrome diarreico agudo, diagnóstico final diarrea aguda infecciosa sin signos de deshidratación.

Conclusiones: En este año académico se pudo conocer más a fondo la realidad del país mediante las visitas domiciliarias, guardias diurnas en el centro médico y el funcionamiento del hospital. Se puso a prueba las destrezas adquiridas durante estas rotaciones médicas.

Palabras clave: internado médico, casos clínicos, apendicitis, politraumatizado

ABSTRACT

Introduction: In the present work the reflection and experience lived in the medical internship developed in the Dos de Mayo National Hospital and in the Cruz de Motupe Health Center is written. The medical internship is the 7th and last year of the human medicine career,

Objective: To train ourselves as trained professionals to face more frequent clinical cases, develop clinical thinking and acquire new skills, all for good decision making.

Material and Methods: qualitative, observational, descriptive, cross-sectional study. This paper narrates some of the most frequent clinical cases in the daily life of the medical intern. Due to the COVID-19 pandemic, the directives of the medical internship changed, from that moment, places are offered in first-level health centers, where the medicine intern rotated 5 months in said establishment and 5 months in the hospital headquarters . This is a descriptive study

Results: the present work has 8 clinical cases.

clinical case no. 1: 28-year-old woman, diagnosed with polytrauma on admission: to rule out TEC and rule out blunt abdominal trauma, final diagnosis of polycontusion and blunt abdominal trauma.

Clinical case No. 2, 16-year-old male, diagnosed with acute abdominal pain on admission, final diagnosis with acute appendicitis.

Clinical case No. 3, 23-year-old woman, diagnosed on admission with bleeding in the first half of pregnancy, threatened abortion to rule out anembryonic pregnancy, final diagnosis, patient is referred with admission diagnoses.

Clinical case No. 4, a 25-year-old woman diagnosed on admission with abdominal pain syndrome to rule out PID, final diagnosis of stage II abdominal pain syndrome PID.

Clinical case No. 5, a 30-year-old woman diagnosed on admission with abdominal pain syndrome, final diagnosis of biliary colic due to gallbladder lithiasis

Clinical case No. 6, a 39-year-old woman diagnosed on admission with abdominal pain syndrome to rule out pancreatitis, UTI and gastroenteritis, final diagnosis of mild acute pancreatitis with APACHE II criteria: 4 points, grade I obesity.

Clinical case No. 7 male NB, 4 hours old, final diagnosis of neonatal hypoglycemia.

Clinical case No. 8, 4-year-old male, diagnosed on admission with acute diarrheal syndrome, final diagnosis of acute infectious diarrhea without signs of dehydration.

Conclusions: In this academic year it was possible to learn more about the reality of the country through home visits, day shifts at the medical center and the operation of the hospital. The skills acquired during these medical rotations were put to the test.

Keywords: medical internship, clinical cases, appendicitis, polytraumatized

Apr 19, 2023 6:53 PM GMT-5

- **13% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes su-

perpuestas, para cada base d13% Base de datos de Internet 2%

Base de datos de publicaciones

Base de datos de Crossref Base de datos de contenido publi-
cado de Crossr

- **Excluir del Reporte de Similitud**

Base de datos de trabajos entregados

Material

bibliográficoMaterial citado Mate-

rial citado

Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



DRA. URSULA PAREDES MARTINEZ

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-3378-5017>

INTRODUCCION

En el Perú, el último año de la carrera de medicina humana se basa en el año de practicas profesionales, este año se denomina el internado médico, año donde los futuros médicos adquieren habilidades y conocimientos para enfrentar la vida laboral, éste es imprescindible para la titulación y futura colegiatura del médico.

El internado médico se compone de 4 rotaciones médicas: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Gineco-obstetricia. En este año, los estudiantes tienen labor práctica en el hospital y labor académica, que incluye seminarios, conversatorios, revisión de revistas o casos clínicos y la preparación para el Examen Nacional de Medicina(1).

La plaza designada a cada alumno es ofertada por la universidad de acuerdo con las plazas que otorga el MINSA y los distintos convenios que tiene la casa de estudios con distintas clínicas (1).

Luego de adjudicar a la plaza hospitalaria, se realiza la inducción al internado, donde facilitan la adaptación al ambiente hospitalario, esto se realiza días previos al inicio del internado, la casa de estudios asigna a un tutor en cada sede hospitalaria y centros de salud, donde el alumno puede ser guiado y así poder velar por el aprendizaje de cada uno(1).

La pandemia por el virus SARS-CoV-2 inició en el año 2019 y cambio por completo el estilo de vida de los seres humanos, afectando así en todos los ámbitos a los ciudadanos. Específicamente, para los internos de medicina del año 2020 significó un cese brusco de sus actividades, para retomar luego de meses el año académico. Afrontando una realidad desconocida en donde la docencia ya no era una de las prioridades de un sistema de salud colapsado, sin tomar en cuenta a los cientos de internos que decidieron abandonar el internado y retomarlo en mejores condiciones(2).

El internado medico de este año tenía como disposición rotar 5 meses en establecimientos de salud y 5 meses en hospitales MINSA de manera que cada

alumno tenia la oportunidad de rotar en ambos lugares el mismo periodo de tiempo(3)

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

En el año del internado médico, los alumnos ponen a prueba todos los conocimientos adquiridos hasta este momento, no obstante, es la etapa donde se adquiere el pensamiento crítico para la toma de decisiones y no solo en el ámbito académico, de modo personal, el internado ayuda al autoconocimiento, la resiliencia y la capacidad de respuesta que podemos tener frente a situaciones que están fuera de nuestro control, se comprende la organización y el funcionamiento de un hospital y centros de salud, también notamos la diferencia que hay entre estos mismos(4).

1.1 Rotación en cirugía general

Dentro del desarrollo de las actividades del internado, la autora logro adquirir habilidades para el diagnóstico, manejo y prevención de las patologías quirúrgicas más frecuentes, estas permitieron consolidar los conceptos previos que se tuvo en ciencias básicas, como en clínica. En el servicio de cirugía se aprende el abordaje de patologías frecuentes como lo son las apendicitis agudas, colecistitis aguda, hernias inguinales, cólico biliar, obstrucción intestinal alta y baja; en la emergencia, durante las guardias, se aprende a diferenciar las patologías que son quirúrgicas de las que no lo son. Se pudo aplicar la escala de Manchester en cuanto al triaje y manejo del politraumatizado, lo cual es un punto muy importante, sobre todo para el SERUMS. En la parte práctica se desarrolla la habilidad de suturar heridas simples, colocación de sonda vesical(2).

A continuación, se hará la presentación de 2 casos clínicos de esta especialidad:

Caso clínico n.º 1 Politraumatismo

En la guardia diurna un paciente femenino de 28 años es traída por SAMU a emergencia porque presenta múltiples traumas en cráneo, tórax, abdomen y miembro superior izquierdo, causado por el impacto de dos vehículos en las

avenidas Aviación y México. Se realiza la inspección primaria correspondiente, según el ATLS por las siglas Advance Trauma Life Support.

A vía aérea permeable

B ventilación espontánea, amplexación conservada, tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

C piel tibia, húmeda, elástica, llenado capilar menor a dos segundos, palidez moderada, pulso 98 por minuto, presión arterial 120/70 mmHg.

D Glasgow 15/15, no signos de focalización, no signos meníngeos.

E paciente con soluciones de continuidad en región frontal y parietal izquierda, hombro y flanco izquierdos.

Se solicita exámenes auxiliares como: Rx de cráneo, Rx de tórax, ecografía abdominal, hemograma completo, examen completo de orina y por último interconsulta a neurocirugía. En la segunda evaluación se realiza la ampliación de la historia clínica del paciente, refiere antecedente patológico de migraña y portadora de un dispositivo intrauterino.

Al examen físico: paciente ventila espontáneamente, sin apoyo oxigenatorio, temperatura de 36.7 °C, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, presión arterial de 100/65 mmHg, saturación de oxígeno 98%. AREN, AREH, AREG.

Cráneo: normocéfalo, se aprecia solución de continuidad en región frontal de 2x2 cm y parietal izquierda de 4x3 cm, cuello cilíndrico, simétrico, no deformidades.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

TYP: amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Abdomen: plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, se aprecia dolor a la palpación en flanco izquierdo y solución de continuidad en zona lateral al flanco izquierdo.

Neurológico: despierto, orientado en tiempo, espacio y persona.

Manejo: se le realiza una sutura para afrontar la herida en región parietal y frontal. En cuanto a los resultados de laboratorio se encuentran con valores normales, resultado de imágenes: Rx tórax sin alteraciones, en la ecografía abdominal, se evidencia liquido libre con lesión en región hepática, examen de orina no patológico. Se le solicita una TAC abdominal para descartar trauma abdominal cerrado: donde se evidencio lesión subcapsular no expansiva (5%) con manejo conservador, se queda en observación por un periodo de 48 horas y se vuelven a solicitar exámenes de control en 1,4,6 y 12 horas, en lo que la reevalúa neurocirugía para descartar traumatismo encéfalo craneano, siendo así que el diagnostico al ingreso de la paciente fue politraumatismo: a descartar TEC y descartar trauma abdominal cerrado. Tras los controles y descartes previos, el 1º diagnóstico de egreso fue paciente policontusa y el 2º traumatismo abdominal cerrado.

Caso clínico n.º 2 Apendicitis

Paciente adolescente de sexo masculino de 16 años, es traído por familiar por constante dolor abdominal que inicio hace 10 horas, además paciente refiere que el dolor inicio “en el ombligo” y fue migrando hacia la fosa iliaca derecha, familiar refiere no haber ingerido alimentos desde que inicio el dolor. Niega medicación habitual y niega antecedentes patológicos.

A la primera inspección paciente luce con facie dolorosa, presenta náuseas y vómitos.

Al examen físico: paciente ventila espontáneamente, sin apoyo oxigenatorio, temperatura de 36.7 °C, frecuencia cardiaca 113 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 19 respiraciones por minuto, presión arterial de 100/90 mmHg, saturación de oxígeno 97%. AREN, AREH, AMEG.

Cráneo: normocéfalo, cuello cilíndrico, simétrico, no deformidades.

Cardiovascular: taquicardia, ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

TYP: amplexación conversada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, se aprecia dolor a la palpación en fosa iliaca derecha y resistencia muscular marcada en cuadrante inferior derecho a comparación del izquierdo. Punto Mc Burney (+), se observa rebote (+) en fosa iliaca derecha.

Neurológico: despierto, orientado en tiempo, espacio y persona.

Diagnóstico de ingreso: dolor abdominal agudo

Se solicitan exámenes de laboratorio: hemograma completo: leucocitosis con desviación izquierda, grupo y factor RH: O+, reactantes de fase aguda: PCR 34, bioquímica y electrolitos: Sin alteración y ecografía abdominal donde se describen signos ecográficos compatible con apendicitis aguda, estos fueron el diámetro apendicular mayor de 7mm, diámetro de pared mayor a 2mm, Mc Burney ecográfico (+).

Al confirmar el diagnóstico de apendicitis aguda, se procede a terminar los exámenes prequirúrgicos, siendo así que el paciente entra a sala para una apendicetomía laparoscópica de emergencia. El informe quirúrgico lo detalla como apéndice cecal necrosada, no perforada y fondo de saco de recto vesical con liquido libre, paciente es dado de alta a los 2 días con diagnostico de egreso: apendicitis aguda.

1.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Esta es una de las rotaciones mas importantes para los internos, ya que una de las situaciones frecuentes en el SERUMS es la atención de parto, control del embarazo y manejo de patologías relacionadas a este. Tanto en las rotaciones hospitalarias como en centros de salud, la autora de este texto logro desarrollar habilidades en cuanto la promoción, prevención y manejo de diversas patologías de esta rama, como por ejemplo el saber a que pacientes se les puede dar chance de parto vaginal o si van a cesárea, el tiempo en que una puérpera sale de alta, el manejo de hemorragias de I, II y III trimestre de embarazo, el retiro de puntos de cesárea en el centro de salud, el control del embarazo y el manejo de las claves: roja, azul y amarilla en el centro de salud y como referir a la paciente(5).

A continuación, se narran 2 casos clínicos de esta especialidad

Caso clínico n.º 3 amenaza de aborto

Acude al tópico de medicina en el Centro de Salud una paciente femenina de 23 años primigesta de 11 semanas 6 días, refiriendo sangrado rojo rutilante y dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio, refiere a su vez disuria, niega fiebre, niega náuseas, niega cefalea.

Funciones vitales: temperatura 36.8 °C, frecuencia respiratoria 23 respiraciones por minutos, frecuencia cardíaca 93 latidos por minuto, saturación de oxígeno 97%, presión arterial 120/80 mmHg. Fórmula obstétrica: G1P0000, latidos cardíacos fetales ausentes, no percibe movimientos fetales, controles prenatales hasta la fecha: 01 control.

Al examen físico tiene 12cm de altura uterina, no aplica maniobras de Leopold, no se escucha latidos fetales, se observan rastros de sangre en ropa interior.

Piel y mucosas: tibia, húmeda, hidratada y elástica, llenado capilar menor de dos segundos

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

TYP: amplexación conversada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Abdomen: altura uterina 12 cm, dinámica uterina ausente, maniobras de Leopold: no aplica por edad gestacional.

Genitourinario: puño percusión lumbar positiva derecha, puntos renoureterales medios positivos, a la especuloscopia se observa cuello cervical dilatado, sangrado rojo rutilante escaso y abundante flujo vaginal de coloración verdosa con extensión en paredes vaginales.

Al no contar con ecógrafo en el centro de salud, la paciente es referida de emergencia al hospital de San Juan de Lurigancho con diagnósticos de hemorragia de la primera mitad del embarazo; amenaza de aborto: a descartar gestación anembrionada; infección de tracto urinario probable.

Caso clínico n.º 4 Enfermedad pélvica inflamatoria

Acude a emergencias del servicio de ginecología y obstetricia del hospital, paciente de 25 años, tiempo de enfermedad: 1 semana, paciente refiere dolor

pélvico intenso (7/10) con predominio del lado izquierdo, fiebre cuantificada en dos oportunidades T: 38.4 °C, sensación nauseosa, niega vómitos, además presenta episodios de deposiciones sueltas sin moco, sin sangre, 5 veces al día, por lo que se automedica ibuprofeno 400mg cada 8 horas, refiere que cede el dolor mas no las diarreas. Niega episodios similares.

Antecedentes ginecológicos: FUR: 18/12/2022. G1P1011: G1 parto eutócico 2017, G2 aborto espontaneo 2021, inicio de RS: 16 años, poliandria: 5, MAC: niega

Antecedentes quirúrgicos: niega. Antecedentes patológico: sífilis tratada en 2020, TBC(-), COVID(+ 2020), HTA(-), DM2(-).

Al examen físico: paciente en posición antálgica, facie dolorosa, temperatura 37.8°C, frecuencia cardiaca: 110 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 17 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 97%, presión arterial: 110/70 mmHg.

Piel y mucosas: tibia, húmeda, hidratada y elástica, llenado capilar menor de dos segundos

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

TYP: amplexación conversada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos (+), blando y depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio y ambas fosas iliacas, no masas palpables, no signo de rebote.

Ginecológico: genitales externos se aprecia flujo verdoso, maloliente, en labios mayores. Tacto vaginal: dolor a la movilización cervical, tacto bimanual doloroso.

Se piden exámenes de laboratorio: hemograma completo: leucocitosis con desviación izquierda, grupo y factor O+, bioquímica y electrolitos: no patológico. Examen de orina: leucocituria, nitritos negativos, ecografía transvaginal: signos ecográficos compatibles con salpingitis bilateral, saco de Douglas ocupado por liquido libre.

El diagnóstico de ingreso de la paciente fue: síndrome doloroso abdominal, a descartar EPI. La paciente se hospitaliza, se hidrata por vía periférica, se indica NPO, analgesia, antieméticos, y antibioticoterapia: clindamicina 900 mg cada 8h vía endovenosa, gentamicina 1.5mg/ kg cada 8h vía endovenosa. Se monitorean funciones vitales y signos de alarma y se reevalúa a las 48h.

El diagnóstico de egreso fue: síndrome doloroso abdominal: EPI estadio II según escala de MONIF.

1.3 Rotación en medicina interna

La rotación en medicina interna fue llevada en dos momentos, la primera en el centro de salud Cruz de Motupe y la segunda en el ámbito hospitalario, aquí afirmamos que son lugares donde lo que se ve es muy diferente, la población que llega a un centro de salud no tiene la misma necesidad que en el ámbito hospitalario, ya que en el nosocomio, los pacientes están más ansiosos, desesperados y buscan ser atendidos si o sí, caso contrario al centro de salud donde se hace más promoción y prevención de la enfermedad, la población es en la mayoría adulto mayor o pediátrica, se aprende también las indicaciones básicas en cuanto a posología de medicamentos, a sacar dosis pediátricas y el manejo del día a día de patologías que no son emergencia, pero que si no las frenamos a tiempo pueden serlo(4).

Caso clínico n.º 5 cólico biliar

Acude por emergencia en el hospital, paciente femenino de 30 años, con tiempo de enfermedad 2 días, con dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho (8/10) que incrementa con la deambulacion, refiere que el cuadro inició tras consumir "chambar" y se agregan nausea y vómitos. Antecedentes quirúrgicos: niega. Antecedentes patológicos: litiasis vesicular desde 2020. Niega transfusiones, Niega medicación habitual.

Al examen físico: paciente en posición antálgica, facie dolorosa, temperatura 36.8°C, frecuencia cardiaca: 97 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 19 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 98%, presión arterial: 110/70 mmHg. AREG, AREN, AREH, IMC: 29.87. Peso 69 Kg. Talla: 152 cm.

Piel y mucosas: tibia, húmeda, hidratada y elástica, llenado capilar menor de dos segundos

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

TYP: amplexación conversada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos (+), blando y depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, se palpa reborde hepático a 3cm del reborde costal derecho. no masas palpables, no signo de rebote.

Neurológico: Glasgow 15/15, orientada en tiempo, espacio, persona y lugar.

El diagnostico de ingreso fue síndrome doloroso abdominal. En esta paciente se solicita hemograma completo: leucocitos 16 000, Hb 12.1, plaquetas: 230000. Bioquímica: urea 12, creatinina: 0.63. Examen de orina no patológico. Serológico negativo. En el manejo, se le hidrata por vía periférica, se administra metamizol 1g por vía endovenosa, dimenhidrinato 50mg + hioscina 20 mg vía endovenosa. Pasadas dos horas, en la reevaluación, paciente refiere que el dolor, náuseas y vómitos han cesado, por lo que se da el alta al paciente con indicaciones de dieta blanda, evitando comidas, copiosas y sacar cita por el consultorio de cirugía general. El diagnostico de egreso del paciente fue: cólico biliar por litiasis vesicular.

Caso clínico n.º 6 pancreatitis

En la visita médica de medicina interna, paciente femenino de 39 años con tiempo de enfermedad 3 días, con dolor abdominal tipo cólico que inicia en epigastrio (6/10), no irradiado, acompañado de deposiciones líquidas, aproximadamente 8 cámaras por día, niega sensación de alza térmica, presenta náuseas y vómitos en 3 ocasiones. Antecedentes quirúrgicos: cesárea por síndrome de HELLP en 2015. Antecedentes patológicos: niega. Al examen físico: facie dolorosa, temperatura 36.7 °C. frecuencia cardiaca: 98 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 19 respiraciones por minuto. Saturación de oxígeno: 98%. IMC: 30.9. Peso: 82 Kg Talla: 163 cm. AREG, AREN, AREH.

Piel: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, signo del pliegue negativo, no cianosis, no edemas, no ictericia en conjuntivas ni mucosas.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

TYP: amplexación conversada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos (+), blando y depresible, doloroso a la palpación profunda localizado en mesogastrio, no visceromegalia, no circulación colateral, no masas palpables, signo de rebote negativo, signo de Murphy negativo.

Neurológico: Glasgow 15/15, orientada en tiempo, espacio, persona y lugar, no signos de focalización, no signos meníngeos.

El diagnóstico de ingreso fue: síndrome doloroso abdominal. A descartar gastroenteritis, descartar pancreatitis descartar infección de tracto urinario.

Para el manejo se solicita hemograma completo: leucocitos: 10000 mg/dl, Hb: 11.1 mg/dl, plaquetas: 174000 mg/dl; bioquímica: amilasa en 350 u/L, lipasa en 498 u/L, albumina 3.0 g/dl, bilirrubina 19,3 g/dl, bilirrubina indirecta 12.5 g/dl, urea: 13, creatinina: 0.4; examen de orina: no patológico; radiografía de tórax: campos pulmonares sin alteraciones, silueta cardiaca conservada; ecografía abdominal: vías biliares conservadas, pared vesicular 1.8 mm, imágenes conservadas, no se aprecia páncreas. Se le coloca a la paciente una vía endovenosa periférica, por lo cual la hidratan, permanece en NPO y se le administra tramadol como analgesia, en la reevaluación, la paciente presenta notable mejoría, por lo que se inicia tolerancia oral al día siguiente, llegando así a la mejoría del dolor y fue dada de alta. El diagnóstico de egreso fue: pancreatitis aguda leve con criterios de APACHE II: 4 puntos y Obesidad grado I.

1.4 Rotación en pediatría

En esta rotación, las habilidades desarrolladas están enfocada al diagnóstico, manejo y prevención adecuadas a patología pediátricas y neonatológicas, siendo así que se vieron patologías y atención del recién nacido, problemas del niño y adolescente. En cuanto a las actividades realizadas, están: atención inmediata del recién nacido, RCP del recién nacido, hipoglicemia, manejo de dificultad respiratoria, emergencias y urgencias pediátricas como el manejo de diarrea aguda infecciosa, intoxicación, entre otros.

Caso clínico n.º 7 Hipoglicemia neonatal

En la visita médica se aprecia recién nacido varón pretérmino de 4 horas de vida, somnoliento, con pobre reflejo de succión. Antecedente de parto eutócico a las 36 semanas de gestación, pesando 2400 gramos, dentro del percentil 10. Madre con antecedente de diabetes Mellitus pregestacional controlada. Funciones Vitales: Temperatura: 37.0 °C. Frecuencia respiratoria: 53 respiraciones por minuto. Frecuencia cardíaca: 150 latidos por minuto. Deposiciones: meconial. Orina: sí. Tolerancia oral: mala. AREG.

Piel: Rosada, tibia, elástica. Llenado capilar menor a dos segundos.

Cabeza: se aprecia aumento de volumen en zona occipital de 3x2 cm. Fontanela: Fontanela anterior normotensa.

Cara: Simétrica. Ojos: pupilas isocóricas, no secreciones.

Boca y paladar: Sin lesiones e íntegro.

Orejas: Bien implantadas.

Cuello: Simétrico cilíndrico.

Tórax: Simétrico, amplexación conservada

Sistema Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, buena intensidad, no soplos y pulsos periféricos presentes.

Abdomen: globuloso, blando y depresible, no visceromegalia.

Locomotor: Moviliza 4 extremidades, rango articular conservado, columna vertebral sin alteraciones.

Caderas: Barlow y Ortolani: Negativo.

Genitales y ano: Genitales masculinos, testículos descendidos en escroto y ano permeable.

Neurológico: Flácido, Hipotónico y poco reactivo a estímulo.

Se le solicita glucosa en sangre: 39 mg/dl, se hace examen de glucosa seriados durante una hora para ver el comportamiento de glucemia, el ultimo resultado fue de 55mg/dl con lo que se concluye una hipoglicemia transitoria. El diagnóstico del paciente fue hipoglicemia neonatal.

Caso clínico n.º 8 Manejo de diarrea aguda

Madre acude a centro de salud con su niño de 4años, con tiempo de enfermedad: 3 días, acude por presentar sensación de alza térmica, no cuantificada, menor refiere dolor abdominal, señalando mesogastrio, además madre agrega que al regresar de una parrillada, su hijo presento episodios de diarrea sin moco ni sangre (6 cámaras al día) , con flatos de muy mal olor, por lo que madre, un día antes del ingreso le administra bactrim 5ml cada 12 horas, sin ver mejoras. Al examen físico: paciente luce irritable, lloroso, mucosa oral seca, temperatura 37.6 °C, frecuencia cardiaca: 98 latidos por minutos, frecuencia respiratoria: 19 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 97%.

Piel: Caliente, húmeda, llenado capilar menor de 2 segundos, signo del pliegue negativo, no cianosis, no edemas, no palidez.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

TYP: amplexación conversada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos incrementados, se ausculta timpanismo, blando y depresible con dolor a la palpación en mesogastrio, no masas palpables, no signo de rebote.

Se le solicito hemograma completo: Leucocitos normales, Hb 10.2 mg/dl, reacción inflamatoria en heces: no se observan leucocitos, no glóbulos rojos. Por lo que se aplica el plan de rehidratación A, donde se maneja con líquidos caseros o SRO, reposición volumen a volumen, se explica a la madre que, por cada evacuación, el menor debe beber 50ml de SRO. Se le indica paracetamol 15mg/kg/dosis cada 8 horas. Se explican signos de alarma. El diagnóstico del paciente fue: diarrea aguda infecciosa sin signos de deshidratación. Intoxicación alimentaria y anemia.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El internado 2022 se llevo a cabo en el Hospital Nacional Dos de Mayo fue inaugurado el 28 de Febrero de 1875 ubicado en el distrito de Cercado de Lima, frente al Parque Historia de Medicina Peruana, situado a la altura de la cuadra 13 de la avenida Grau. Considerado como un hospital histórico de la ciudad de Lima, perteneciente al MINSA. El nombre lo lleva en alegoría a la victoria del combate del Callao en la guerra con Chile, el 2 de Mayo de 1866, este hospital desde el inicio tenía un enfoque académico y docente. En la actualidad es catalogado como un hospital de nivel III-1, tiene como misión “Ofrecer servicios de salud de calidad, con énfasis en patologías de alta complejidad, priorizando la atención de la población más vulnerable y excluida, en todas las etapas de vida” a sí mismo la visión del hospital es “Ser un hospital acreditado, líder en atención integral en patología de alta complejidad con potencial humano comprometido en brindar atención de calidad, contribuyendo a la inclusión social, facilitando la investigación y la docencia(6)”.

El Centro de Salud Cruz de Motupe, ubicado en el distrito de San Juan de Lurigancho en el departamento de Lima, en la Avenida Central S/N-Grupo 5 este pertenece al Asentamiento humano Cruz De Motupe a la altura del paradero 8 de la avenida Wiesse. Actualmente posee una categoría de I-3 y llega a corresponder a la DIRIS Lima Centro. El presente establecimiento de salud “tiene el deber de apoyar la integridad personal, favoreciendo la salud, previniendo las enfermedades y avalando la atención integral de salud de todos los habitantes de Lima; ofreciendo y conduciendo los lineamientos de políticas de salud en concertación con los actores sociales y los sectores públicos”. A su vez el establecimiento cuenta con los servicios de medicina, enfermería, obstetricia, psicología, nutrición, laboratorio clínico y farmacia(7).

Finalmente, se debe tener en consideración que el internado médico sigue cursando por una etapa resquebrajada y con restricciones debido a la pandemia por COVID-19, sin embargo, la coyuntura sanitaria también ha servido para fortalecer los establecimientos de salud del primer nivel de atención,

promoviendo medidas de prevención y promoción, lo que anteriormente no se lograba desarrollar en el ambiente hospitalario del internado(5,8).

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En el presente apartado, se realizará una descripción breve de las patologías presentadas en los casos clínicos a modo de comparación con el manejo actual.

3.1 Rotación en Cirugía

Caso clínico n.º 1 Politraumatismo

El paciente politraumatizado es todo aquel que presenta una o más lesiones traumáticas que pueden generar un riesgo vital en el accidentado, la epidemiología nos dice que la gran parte de afectados, son del sexo masculino, en dos picos de edad: a los 20 años y en torno a los 70-80 años, la primera es causada por accidentes de tránsito y armas de fuego; la segunda instancia se da por caídas y accidentes de tránsito. El politraumatismo es la primera causa de muerte en menores de 40 años. El manejo del paciente politraumatizado se basa en la guía internacional de soporte vital avanzado en trauma (ATLS), este consta de 6 etapas: la valoración primaria y resucitación; valoración secundaria; triaje y categorización; derivación y transporte; reevaluación continua y cuidados definitivos(9,10).

De forma adicional, los exámenes auxiliares y de imágenes son muy importantes, ya que estos podrán ayudarnos a tomar la decisión si el paciente es candidato para ingresar a sala de operaciones y cuan estable o inestable se encuentra. Así mismo las enseñanzas adquiridas en este tipo de casos es importantísima, de modo que en pacientes inestables solo usaríamos ecografía FAST y en aquellos que estén hemodinámicamente estables, se pueden realizar tomografías especializadas. Quienes realizan la primera evaluación siempre es un profesional especializado en el campo del cual aprendemos las principales técnicas de reconocimiento, en el desarrollo de la historia clínica, se debe tener conocimiento de cómo fue el suceso, a modo de tener en claro qué lesiones pudo causar, según la dinámica del evento, para así detectar cualquier daño importante, aun sin presentar sintomatología(9).

Es de suma importancia hacer la reevaluación neurológica del paciente, junto con el estado de consciencia para descartar algún daño cerebral, tanto como el trauma abdominal y determinar si el paciente entra a cirugía de control de daños o se brinda un manejo no invasivo. A raíz de todo el examen físico y resultados de exámenes auxiliares se podrá determinar el manejo adecuado para cada paciente politraumatizado.

Caso clínico n.º 2 Apendicitis

La apendicitis aguda es una de las patologías más frecuentes en abdomen agudo quirúrgico, la edad más frecuente de presentación es entre 20 y 30 años, la clínica es variable siendo lo más frecuente presentar dolor abdominal migratorio, esto quiere decir que inicia en un punto del abdomen y va cambiando el lugar del inicio del dolor, asociado a hiporexia o anorexia, náuseas, constipación, diarrea y/o fiebre(11).

La fisiopatología de la apendicitis nos dice que esta se genera por la disminución de la Luis apendicular debido a fecalitos, parásitos, o linfomas, sarcoma de Kaposi, etc. El evento por el cual ocurre el hecho inicia con la inflamación de la pared apendicular, seguida de una congestión vascular e isquemia, pasando a ser una perforación, a su vez se pueden generar colecciones de pus, llegando así a una peritonitis generalizada. El punto de mayor dolor se denomina: punto Mc Burney, otros signos indicativos son: Blumberg positivo que quiere decir dolor a la descompresión brusca del cuadrante inferior derecho. Rovsing positivo que indica dolor en la fosa iliaca contralateral al dolor. Signo del Psoas que se traduce como dolor en fosa iliaca derecha debido al movimiento de extensión de cadera derecha(11,12).

Para el diagnóstico y manejo se usa la escala de Alvarado modificada, que tiene como criterio: el dolor migratorio en fosa iliaca derecha, anorexia, nausea, vómitos, dolor a la palpación, signo de rebote positivo en fosa iliaca derecha, leucocitosis y temperatura mayor de 37.5 °C. vemos que, de acuerdo con la puntuación obtenida, el manejo puede ser conservador, si el puntaje oscila entre 0 y3, los puntajes superiores son quirúrgicos(13).

Por último, es recomendado que toda apendicetomía vaya al servicio de patología, para tener conocimiento de la causa definitiva de esta patología.

3.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 3 Hemorragia de la primera mitad del embarazo

Se sabe que el sangrado vaginal durante el primer trimestre del embarazo aqueja al 25 % de gestantes, siendo esta una causa de muerte materna evitable, según la Oficina General de Epidemiología, en el Perú se producen de forma anual un promedio de 30 muertes maternas por aborto(14).

El aborto es la interrupción del embarazo con un producto menor a 22 semanas o con un peso menor a 500 g. éste puede ser espontaneo o inducido, en condiciones inseguras o seguras(15). El diagnóstico en primera instancia es sintomático, para luego llegar a la causa de fondo. Las patologías que se incluyen en la hemorragia de la primera mitad son las siguientes: aborto, embarazo ectópico y enfermedad del trofoblasto. Como pasos iniciales se debe evaluar el estado hemodinámico de la paciente, reconocer los criterios de sepsis para así evitar la muerte materna, se debe hacer uso de exámenes auxiliares tanto de laboratorio como de imagen para evaluar la viabilidad del feto y proceder con la interrupción del embarazo, si el caso lo apremia. En términos generales, la hemorragia de la primera mitad se maneja conociendo la causa y patología de fondo, si estas no se corrigen el riesgo seguirá existiendo(16).

Por último se debe tener en cuenta que las hemorragias de la primera mitad están asociadas a resultados adversos en el embarazo, como: bajo peso al nacer, muerte fetal, parto pretérmino, y muerte perinatal.

Caso clínico n.º 4 Enfermedad Pélvica Inflamatoria

La enfermedad pélvica inflamatoria, es una patología polimicrobiana que se origina en el tracto genital superior (cuello uterino, útero, trompas de Falopio y ovarios). En la historia natural de esta patología, se observa el mecanismo ascendente, iniciando con cervicitis, luego endometritis, salpingitis, ooforitis, hasta culminar en una pelviperitonitis. La etiología es encabezada por la causa infecciosa, siendo los patógenos: clamidia y gonococo, los más frecuentes con factor de riesgo: relaciones sexuales recientes. Otros patógenos causantes son los anaerobios, en caso de legrados o colocación del dispositivo intrauterino en el primer mes. Los factores de riesgos se dan frecuentemente en mujeres

menores de 35 años, haber presentado alguna enfermedad de transmisión sexual, tener múltiples parejas sexuales, estado socioeconómico bajo y EPI previa(17).

En cuanto a la clínica, es frecuente tener flujo vaginal amarillo verdoso, el síntoma cardinal es el dolor abdominal inferior que puede generar dispareunia o disuria. El 15% de mujeres puede complicarse con un absceso tubo ovárico, siendo común en el cuadro crónico. Otra complicación es el hidrosalpinx que llega a ser la obstrucción de las fimbrias tubáricas, acompañado de la dilatación de trompas con líquido no purulento, usualmente es asintomático, pero podría causar dolor pélvico crónico e infertilidad(17)

El Gold estándar para el diagnóstico es la toma de cultivo por vía laparoscópica, aunque no se hace de rutina, en el país ésta es una patología muy común por lo que se usa los criterios de HAGER para el diagnóstico, éste los divide en criterios mayores (dolor abdominal bajo, dolor a la movilización anexial, antecedente de contacto sexual reciente) y criterios menores (fiebre, leucocitosis, VSG elevado y tener exudado cervical positivo para gonococo), dos criterios mayores positivos o 1 criterio mayor y 2 menores dan el diagnóstico de EPI. Para conocer el estadiaje y el manejo recomendado, usamos la escala de MONIF que nos da los siguientes estadiajes: I salpingitis bilateral aguda, II salpingitis aguda con ooforitis más pelviperitonitis, III salpingitis con pelviperitonitis, más masa anexial dolorosa, IV rotura de absceso tubo ovárico con peritonitis generalizada(17,18).

El tratamiento según la Norma Técnica nos indica que el esquema de tratamiento con antibiótico vía parenteral en hospitalización es con clindamicina 900 mg IV c/ 8h más gentamicina en dosis de carga 2 mg por kilo y luego 1.5 mg por kilo cada 8h. Posteriormente se evalúa a las 48h, si la paciente evoluciona favorablemente pasamos a tratamiento vía oral con clindamicina 450 mg c/ 6h u optar por metronidazol 500 mg c/12h, e iniciar el tratamiento con doxiciclina 100 mg c/ 12h por 14 días(19).

En este caso se debe evaluar a la paciente con un enfoque general de dolor abdominal agudo y así tener en cuenta las patologías de causa abdominal y ginecológicas, sin olvidar los antecedentes y factores de riesgo de la paciente.

3.3 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 5 Cólico biliar

La litiasis vesicular es una patología frecuente en la población mundial en 11.13%, esta patología predispone a la morbimortalidad en todo el mundo, predomina más en el sexo femenino con una proporción de 2:1, con respecto a los hombres(20). Un síntoma cardinal de esta patología es el cólico biliar, el manejo de esta patología se basa en administrar analgésicos o antiespasmódicos, este síntoma es de duración limitada, es criterio de hospitalización si viene asociado a ictericia y coluria, con alteración en los exámenes auxiliares alterados(21,22).

En este caso se cumplió con el manejo del cólico biliar y además el paciente tenía antecedente de litiasis vesicular, el manejo fue ambulatorio y lo adecuado es tener el abordaje quirúrgico para no volver a presentar cólico biliar y que no progrese a una colecistitis aguda. Si ésta inflamación se perpetúa, puede generar isquemia y necrosis de pared vesicular, por lo cual generará complicaciones como colecistitis gangrenosa o perforación y absceso pericolecisto.

Caso clínico n.º 6 Pancreatitis.

La pancreatitis es una patología inflamatoria del páncreas, que tiene altos índices de morbilidad y mortalidad. La mayor parte de la población afectada solo cursa con pancreatitis leve y en pocos casos esta evoluciona a necrosis pancreática o disfunción orgánica. La mayor parte del tiempo se presenta como una emergencia y con frecuencia requiere hospitalización. La clínica típica empieza con dolor abdominal severo que no calma, es de inicio súbito con irradiación a espalda, asociado a vómitos, al examen físico es característico el dolor en epigastrio, estos síntomas son poco específicos ya que pueden confundirse con colecistitis o perforación de úlcera gástrica, teniéndose en cuenta como diagnósticos diferenciales(23).

Para el diagnóstico es imprescindible exámenes auxiliares como enzimas pancreáticas y exámenes de imágenes como la tomografía axial computarizada. Se usa la clasificación de Atlanta para definir a la pancreatitis en: leve, si no presenta falla de órgano ni complicaciones locales o sistémicas; moderada, si presenta falla de órgano pero que resuelve en menos de 2 días; severa, cuando

la falla de órgano persiste más de 48 horas. El sistema APACHE II se usa para predecir la severidad de la pancreatitis aguda; en nuestro caso clínico la paciente tenía un puntaje de 4, se considera pancreatitis severa con puntaje mayor a 8(24).

El manejo depende del grado de severidad, teniendo en cuenta si el paciente presenta o no complicaciones. Se debe individualizar cada caso, pero como medida general es necesario mantener al paciente en NPO, administrar analgésicos y de ser necesario oxigenoterapia. Todo este proceso se realizó en nuestro caso clínico.

3.4 Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 7 Hipoglicemia neonatal

En la hipoglicemia neonatal es el trastorno metabólico más frecuente en los recién nacidos al inicio de la adaptación a la vida extrauterina, este trastorno puede dejar secuelas irreparables si no se corrige, como daño cerebral y deterioro cognitivo(25). Es importante poder anticiparse a la aparición del trastorno, evaluando a todos los recién nacidos con riesgo a desarrollarlo, recién nacidos con pesos extremos para la edad gestacional, aquellos que sufrieron asfixia perinatal. Ya que la clínica puede ser asintomática al inicio o presentarse con síntomas neurogénicos como los son: temblores, taquipnea, irritabilidad o sudoración; o con síntomas neuroglucopénicos, como: mala succión, hipotonía, somnolencia, llanto débil. La fisiología del caso se describe de la siguiente forma: el feto al recibir un aporte continuo de nutrientes a través de la placenta, siendo reguladas por el metabolismo materno y con poca regulación endocrina fetal, al salir al medio extrauterino, no logra regular la carga del principal combustible, que es la glucosa, sumado a que se expone a periodos de alimentación enteral, alternada con periodos de ayuno. La caída de glucosa en las primeras horas de vida genera la liberación de catecolaminas que estimulan la lipólisis. Se sabe que la producción de glucosa en el neonato es de casi 6-9 mg/kg/min y el consumo de glucosa por el metabolismo cerebral supone el 60 a 80 % en niños que han sido afectados por asfixia perinatal, algún tipo de estrés, es así como se produce la hipoglucemia neonatal(26).

La Guía Técnica: Guía Práctica Para la Atención del Recién Nacido en MINSA, nos dice que el manejo adecuado parte del diagnóstico a través de la valoración de glicemia con 2 valores consecutivos menor a 40 mg/dl. Siendo nuestro caso clínico un paciente con 1 sola glicemia alterada, se concluyó que el neonato tenía evolución favorable, el manejo se basó en cuidados primarios como: asegurar la lactancia materna adecuada y precoz, pudo regular los niveles de glicemia en el neonato(27)

Caso clínico n.º 8 Diarrea Aguda

La diarrea en pediatría es un tópico muy frecuente e importante, ya que es una causa importante de muerte infantil. Según la OMS se estima que cada año, alrededor de 1,300 millones de casos de diarreas, se dan en niños menores de 5 años de países en vías de desarrollo, así mismo esto genera cerca de 4 millones de muertes y de estas, el 50 – 70% son por deshidratación(28). El tipo de diarrea puede ser osmótica o secretora y cada una tiene una fisiopatología diferente, la primera nos traduce un soluto en el lumen, alterando la absorción intestinal de agua, generando mayor secreción de líquidos a la luz intestinal; estas son generadas por virus como el rotavirus. La diarrea secretora inicia al consumo de alimentos contaminados con bacterias, llegando al lumen, estas se unen con las vellosidades y secretan toxinas que activan mediadores como AMPc, lo que provoca alteración en la salida del agua y salida de esta a la luz intestinal(29).

El diagnóstico es clínico, se puede ayudar de la reacción inflamatoria en heces, este nos da indicativos si la infección es de causa bacteriana, dado que evalúa si hay restos de sangre y presencia de leucocitos. En este caso, no fue necesario, ya que en la anamnesis la madre del menor refiere que tuvo un antecedente alimenticio y la clínica sugiere más una intoxicación alimentaria que una infección bacteriana.

En cuanto al manejo, es importante conocer los grados de deshidratación, ya que estos nos van a indicar el tipo de manejo que se brindara al paciente, entre estos están el plan A, plan B y plan C. en este caso se uso el plan A, en el que hay pérdidas de líquidos sin deshidratación. Este plan se puede realizar en casa para la prevención de la deshidratación y desnutrición, a su vez no restringe la alimentación y así no se pone en riesgo la vida del menor. La reposición del

liquido perdido es volumen a volumen, esto nos quiere decir que, por cada evacuación del paciente, se debe administrar de 50 a 100 ml de líquidos, este puede ser algún liquido casero como panetela o sales de rehidratación oral(30).

CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRITICA DE LA EXPERIENCIA

El internado medico es la etapa culmen de la carrera de medicina humana, que se vio afectada en la fase 2020, siendo así que, en la actualidad, tenemos una estructura diferente al del primer internado en pandemia, no solo ello, actualmente esta etapa sigue en reformación, donde se quiere mejoras para el interno y su salud mental. La autora del presente texto, durante este proceso, tuvo la oportunidad de asistir en procedimientos que por cuestión de la virtualidad había perdido en la etapa de pregrado, se pudo afianzar conocimientos de ciencias básicas, teniendo participación en las 4 rotaciones fundamentales, todos con los implementos de bioseguridad necesarios(1,8).

En este tiempo se pudo apreciar no solo un cambio en el equipo de salud, si no también de los pacientes y familiares de estos, quienes estaban más concientizados de lo mucho que ayuda que hagamos un cambio, por muy mínimo que sea, como el del lavado de manos, el uso de mascarilla, etc.

Asimismo es importante recalcar que toda muestra de valoración que tenga el hospital hacia el interno es sumatoria para el sentido de pertenencia y cariño que le toma el interno a su sede hospitalaria, ya que los alumnos del ultimo año pasan muchas horas de su vida dentro del ámbito laboral, es importante que se tenga buen ambiente laboral, sobre todo en la relación que se tiene con los residentes, médicos asistentes y licenciadas de enfermería; porque todo esto ayuda a la salud mental y hace más llevadera la carga laboral que se tiene, sobre todo porque es el primer contacto que tiene el interno con la vida laboral(31).

Otra reflexión que se puede derivar de esta etapa es la forma de estudio, cada alumno se vuelve autodidacta y corre por cuenta propia el seguir estudiando, no solo por el querer adquirir nuevos conocimientos, si no porque de esta forma podrás ayudar a ese paciente que, durante más de 4 años de carrera, fue un paciente imaginario. En el internado se logra comprender al paciente y aprender a ser más empático. Es importante recalcar la parte humana de la medicina, en la cual muchas veces un solo “gracias” del paciente te puede alegrar el día, así como su contra parte, en la que sabes que la vida de las personas llega a su fin;

aunque sea la ley de la vida, genera sentimientos encontrados, pero es ahí donde reside la resiliencia.

En el Hospital Nacional Dos de Mayo, se pudo abordar diversas patologías, que permitieron alcanzar un logro muy importante en la vida del estudiante de medicina, aprobar el ENAM, aunque no se haya terminado de abarcar todas las patologías, debido a que la medicina es muy extensa, cada caso clínico que se pudo ahondar y revisar en la práctica clínica, sirvió para el desarrollo del examen, ya que las preguntas están enfocadas a las patologías mas frecuentes en la vida del interno de medicina(1).

CONCLUSIONES

El internado medico está compuesto de 4 rotaciones: Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y Cirugía. En nuestra casa de estudios, las actividades se dividen en académicas y asistencial; en la primera se tienen conversatorios, revisión de revistas, revisión de casos clínicos vía zoom. La segunda esta enfocada a la participación en la sede hospitalaria y centros de salud(1).

El internado medico enfocado en centros de salud y sedes hospitalarias, ayuda mucho al estudiante a tener un campo más amplio de la vida laboral, ya que el siguiente paso, el SERUMS, es similar a la rotación en centros de salud, donde hemos pasado por campañas de salud, donde se genera la promoción y prevención de diversas enfermedades.

Es importante que la sede hospitalaria tenga la gran parte de rotaciones, por que esto será beneficioso para el futuro médico, ya que a corto plazo ayudara a superar el ENAM, pero a largo plazo genera un aspecto más amplio en cuanto al enfoque de patologías.

Es adecuada la protección que ofrecen al interno de medicina, tanto en la sede hospitalaria como en el centro de salud y no solo por las charlas preventivo, promocionales y el equipo de bioseguridad que ofrecen; las sedes hospitalarias, al tener más tiempo a los internos, se preocupan por la alimentación de éste, ya que ofrecen desayuno, almuerzo y cena al estudiante que lo necesite, un punto importante para aquellos que no tienen la condición económica, ni el tiempo de salir a comprar un almuerzo, ya que el comedor de los hospitales al ser grande, es muy eficiente en cuanto a tiempos y sobre todo, ofrecen una dieta balanceada al personal.

Para el desarrollo de un buen internado, es necesario que se tenga un tutor, quien puede ayudarnos en este camino, no solo en el ámbito académico, el tutor es quien te recibe en el hospital y con quien puedes confiar si necesitas ayuda en algún problema o situación difícil.

RECOMENDACIONES

Se espera que este trabajo sea de gran ayuda para futuros colegas que están próximos a realizar el internado, ya que el propósito inicial de esta etapa es general el pensamiento crítico para la toma de decisiones correctas en la vida laboral.

Hay que recordar que, al empezar la vida laboral, el proceso de adaptación es difícil, pero no solo debe centrarse en sí mismos, ya que se está tratando con vidas humanas, los pacientes deben ser tratados con respeto y explicar todo procedimiento que se realice.

Tener en cuenta que no siempre se tendrá un clima laboral tranquilo o amistoso, pero esos son los retos que supone el internado, poder manejar situaciones no tan cómodas.

El fin de la carrera universitaria, no supone que estemos preparados para afrontar gran cantidad de patologías, esto solo es el inicio de una etapa donde tendremos que estar en constante actualización y cambios(32).

Por último, así como el internado es la primera experiencia en el campo laboral, los internos de medicina deben ser considerados como un personal de salud más, al que le corresponden sus derechos laborales, un estipendio mensual, seguro de salud, etc.

FUENTES DE INFORMACION

1. USMP. Resolución Rectoral N° 1262-2019. 2019. [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: https://medicina.usmp.edu.pe/wp-content/uploads/2022/08/DIRECTIVA_UNIDAD_INTERNADO_MEDICO.pdf
2. Tapia Villanueva RM, Núñez Tapia RM, Syr Salas Perea R, Rodríguez-Orozco AR. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano. *Educ Médica Super.* diciembre de 2007;21(4):0-0.
3. MINSA. Resolución Ministerial N°258-2022. 2022. [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/covid/boletin/RM-258-2022-MINSA.pdf>
4. Elizalde J. La importancia de la medicina crítica en el internado de pregrado. *Med. crít. (Col. Mex. Med. Crít.).* 2018 Jun; 32(3): 120-120. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092018000300120&lng=es.
5. Arroyo-Ramirez FA, Rojas-Bolivar D. Medical internship during the COVID-19 pandemic: the problem of pre-professional medical practitioners in the face of Peruvian legislation. *Acta Med Peru [Internet].* 2020 Dec.30 [cited 2023 Apr. 19];37(4). Available from: <https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/1852>
6. Hospital Nacional Dos de Mayo. Informe de Transferencia de Gestión. 2022. [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1751525/DGOS%20-%20Hospital%20Nacional%20Dos%20de%20Mayo.pdf>
7. Centro De Salud Cruz De Motupe en San Juan De Lurigancho | MINSA [Internet]. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/lima-centro/centro-de-salud-cruz-de-motupe-san-juan-de-lurigancho/>
8. Aragón R, Vargas I, Miranda M. COVID-19 por SARS-CoV-2: la nueva emergencia de salud. *Rev. mex. pediatr.* [revista en la Internet]. 2019 Dic [citado 2023 Abr 19] ; 86(6): 213-218. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522019000600213&lng=es. Epub 03-Dic-2020.
9. Escalona Cartaya JA, Castillo Payamps RA, Pérez Acosta JR, Rodríguez Fernández Z. Algunas consideraciones en torno a la atención del paciente politraumatizado. *Rev Cuba Med Mil.* junio de 2017;46(2):177-89.

10. Advanced Trauma Life Support [Internet]. ACS. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.facs.org/quality-programs/trauma/education/advanced-trauma-life-support/>
11. Hernández J, León J, Martínez M, Guzmán J, Palomeque A, Cruz N, *et al.* Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cir Gen.* Marzo de 2019; 41(1): 33-38.
12. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Manejo de Apendicitis Aguda. 2018. [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: http://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/Guia_de_Practica_Clinica_Diagnostico_y_Manejo_de_Apendicitis_Aguda.PDF
13. Moris D, Paulson EK, Pappas TN. Diagnosis and Management of Acute Appendicitis in Adults: A Review. *JAMA.* 2021 Dec 14;326(22):2299-2311. doi: 10.1001/jama.2021.20502. PMID: 34905026.
14. MINSA. La Mortalidad Materna en el Perú. 2013. [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2896.pdf>.
15. Pacora-Portella P. Aborto terapéutico: ¿realmente existe?. *Acta méd. peruana* [Internet]. 2014 Oct [citado 2023 Abr 19]; 31(4): 234-239. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172014000400006&lng=es.
16. Guevara Ríos E. Hemorragias de la primera mitad del embarazo. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 24 de abril de 2015;56(1):10-7.
17. Jennings LK, Krywko DM. Pelvic Inflammatory Disease. [Updated 2023 Mar 13]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499959/>
18. Goje O. Enfermedad pelviana inflamatoria. 2021. [citado el 19 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/vaginitis-cervicitis-y-enfermedad-pelviana-inflamatoria/enfermedad-pelviana-inflamatoria>
19. MINSA. Norma Técnica para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú. 2009. [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969122/rm_263-2009_minsa.pdf
20. Lund J. Surgical indications in cholelithiasis: prophylactic cholecystectomy elucidated on the basis of long-term follow up on 526 nonoperated cases. *Ann Surg.* febrero de 1960;151(2):153-62.
21. Pérez-Baltodano A, Bermúdez-Coto M, Centeno-Rodríguez M, Vargas-Alpizar W. Íleo biliar. *Acta Médica Costarric.* enero de 2005;47(1):53-6.

22. Pérez Huitrón MA, Ocaña Monroy JL, Pérez Huitrón MA, Ocaña Monroy JL. Colecistitis crónica litiásica agudizada: una consulta frecuente en la guardia médica. Rev Fac Med México. agosto de 2018;61(4):35-7.
23. Garro Urbina V, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. Rev Medica Sinerg. 1 de julio de 2020;5(7):e537.
24. Surco Y, Huerta Mercado J, Pinto J, Piscocoya A, De Los Ríos R, Prochazka R, et al. Predicción precoz de severidad en pancreatitis aguda. Rev Gastroenterol Perú. julio de 2012;32(3):241-50.
25. Thompson-Branch A, Havranek T. Neonatal Hypoglycemia. Pediatr Rev. abril de 2017;38(4):147-57.
26. Fernández J, Couce M, Fraga J. Hipoglucemia Neonatal. 2008. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/18_1.pdf
27. MINSA. Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido. 2007. [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1027_DGSP198.pdf
28. OMS. Informe de la OMS señala que los niños menores de 5 años representan casi un tercio de las muertes por enfermedades de transmisión alimentaria [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/03-12-2015-who-s-first-ever-global-estimates-of-foodborne-diseases-find-children-under-5-account-for-almost-one-third-of-deaths>
29. Corteguera R, L R. Fisiopatología de la diarrea aguda. Rev Cuba Pediatría. junio de 1999;71(2):86-115.
30. INS. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/es/acerca-del-ins/publicaciones/menu-del-dia/guia-de-practica-clinica-para-el-diagnostico-y>
31. Ruiz N. Clima Laboral y su Relación con el Desempeño de los Servidores Civiles del Hospital Luis Heysen Inchaustegi - EsSalud, Lambayeque-Perú, 2019. 2021. [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: https://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/2912/RuizNils_Tesis_materia_2021.pdf?sequence=1
32. Sánchez M, Álvarez A, Flores T, Arias J, Saucedo M. El Reto del Estudiante Universitario ante su Adaptación y Autocuidado como Estrategia para Disminuir Problemas Crónicos Degenerativos. 2019. [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n4/e7.html>