



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN HOSPITAL  
MARÍA AUXILIADORA 2022-2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
ROSA GABRIELA CAPCHA BAZÁN**

**ASESOR  
JOSE LUIS GERÓNIMO**

**LIMA - PERÚ  
2023**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN HOSPITAL MARÍA  
AUXILIADORA 2022-2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR:  
ROSA GABRIELA CAPCHA BAZÁN**

**ASESOR:  
DR. JOSE LUIS GERÓNIMO**

**LIMA - PERÚ  
2023**

## JURADO

Presidente: Dr. Fernano Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres, por su apoyo incondicional durante estos años de la carrera, por demostrarme que con esfuerzo y dedicación es posible alcanzar aquellos objetivos que me proponga en mi vida profesional.

## ÍNDICE

<b>PORTADA</b>	<b>i</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>iii</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vii</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>x</b>
<b>CAPÍTULOS</b>	
<b>CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	<b>1</b>
1.1 Rotación en Pediatría	1
1.2 Rotación en Medicina Interna	4
1.3 Rotación en Cirugía	7
1.4 Rotación en Gineco-Obstetricia	10
<b>CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	<b>14</b>
3.1 Rotación en Pediatría	14
3.2 Rotación en Medicina Interna	15
3.3 Rotación en Cirugía	18
3.4 Rotación en Gineco-Obstetricia	20
<b>CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>24</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>25</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>26</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>27</b>

## RESUMEN

**Introducción:** El internado médico se realiza durante el último año de la carrera profesional de medicina humana, donde los estudiantes tienen la posibilidad de poner en práctica todos los conocimientos adquiridos durante los 6 años de estudios previo. Hasta el 2020 la duración era de un año, de enero a Diciembre. Debido a la pandemia, se suspendió para retomarse el 2021, hasta la fecha no se logra regularizar la manera en la cual se realizaba, por lo que éste año la duración del internado médico aún mantiene su corta duración, con horarios limitados y con restricciones en algunas sedes como Essalud.

**Objetivo:** Presentar un conjunto de vivencias durante el internado médico en las diferentes áreas en el Hospital María Auxiliadora, Pediatría, Medicina Interna, Cirugía y Ginecología y Obstetricia. Así como una breve descripción de las tareas que realizan los internos, de como se maneja cada área y de los posibles problemas y dificultades durante este último año de la carrera de medicina humana.

**Metodología:** Se ha analizado cada uno de los casos clínicos, evaluando cada uno de los datos según su relevancia para tener el diagnóstico mas acertado, pasando por un diagnóstico probable hasta la confirmación del mismo, para luego proceder con el tratamiento adecuado.

**Resultados: Pediatría:** Caso 1: Paciente varón de 5 años, diagnóstico inicial: Artralgia de cadera derecha, síndrome doloroso abdominal, anemia microcítica hipocrómica, diagnóstico final: Anemia Falciforme, crisis venooclusiva en miembro inferior izquierdo. Caso 2: Paciente varón de 2 meses con diagnóstico inicial: Síndrome coqueluchoide: d/c infección por SARSCOV-2 y lactante menor, diagnóstico final: Síndrome coqueluchoide, lactante menor. **Medicina Interna:** Caso 1: Paciente masculino de 83 años con diagnóstico inicial: ACV isquémico vs hemorrágico, Fibrilación auricular de reentrada ventricular controlada e hipertensión arterial x hcl, diagnóstico final: ACV isquémico con transformación hemorrágica, IRA tipo 1, FARVC y HTA x hcl. Caso 2: Paciente mujer de 71 años con diagnóstico inicial de: D/C pancreatitis aguda, litiasis vesicular, sobrepeso, HTA x hcl, diagnóstico final: Pancreatitis aguda, litiasis vesicular, sobrepeso, HTA x hcl. **Cirugía:** Caso 1: Paciente varón de 33 años con diagnóstico inicial: Abdomen agudo quirúrgico: d/c apendicitis aguda, diagnóstico final: Apendicitis aguda complicada, sobrepeso. Caso

2: Paciente masculino de 60 años con diagnóstico inicial: Colelitiasis, diagnóstico final: Colelitiasis. **Gineco-Obstetricia:** Caso 1: Paciente mujer de 27 años de 36 semanas de gestación con diagnóstico inicial de: Multigesta de 35 semanas por ecografía del I trimestre, fase latente de labor de parto pretérmino y Enfermedad hipertensiva del embarazo, diagnóstico final: Gestante de 35 semanas, Expulsivo, Preeclampsia con signos de severidad, Eclampsia. Caso 2: Paciente mujer de 27 años gestante de 37 semanas con diagnóstico: Primigesta de 36 semanas por ecografía de I trimestre, Ruptura prematura de membranas, Fase activa de labor de parto.

**Conclusiones:** El internado médico es un periodo importante para el aprendizaje de todo médico, en el cual todos los conocimientos adquiridos durante la carrera se pone en práctica.

**Palabras clave:** internado médico, MINSA, medicina humana, rotaciones, experiencia profesional.

## ABSTRACT

**Introduction:** Medical internship is carried out during the last year of the human medicine degree, where students have the possibility of putting into practice all the knowledge acquired during the 6 previous years of study. Until 2020, the duration was one year, from January to December. Due to the pandemic, it was suspended and resumed in 2021, but to date, it has not been possible to regularize the way in which it was carried out. Therefore, this year the duration of the medical internship still maintains its short duration, with limited schedules and restrictions in some locations such as Essalud.

**Objective:** To present a set of experiences during the medical internship in different areas at the Maria Auxiliadora Hospital, including Pediatrics, Internal Medicine, Surgery, and Obstetrics and Gynecology. As well as a brief description of the tasks performed by interns, how each area is managed, and possible problems and difficulties during this last year of the human medicine degree.

**Methodology:** Each of the clinical cases was analyzed, evaluating each of the data according to its relevance to have the most accurate diagnosis, going through a probable diagnosis until its confirmation, and then proceeding with the appropriate treatment.

**Results:** Pediatrics: Case 1: A 5-year-old male patient with initial diagnosis of right hip arthralgia, abdominal pain syndrome, hypochromic microcytic anemia, and final diagnosis of sickle cell anemia, venoocclusive crisis in the left lower limb. Case 2: A 2-month-old male patient with initial diagnosis of pertussis-like syndrome, SARSCOV-2 infection, and a final diagnosis of pertussis-like syndrome, and infant. Internal Medicine: Case 1: An 83-year-old male patient with initial diagnosis of ischemic vs. hemorrhagic stroke, controlled ventricular reentry atrial fibrillation, and hypertension due to hcl, and a final diagnosis of ischemic stroke with hemorrhagic transformation, type 1 acute renal injury, ventricular arrhythmia, and hypertension due to hcl. Case 2: A 71-year-old female patient with initial diagnosis of acute pancreatitis, gallstone, overweight, and hypertension due to hcl, and a final diagnosis of acute pancreatitis, gallstone, overweight, and hypertension due to hcl. Surgery: Case 1: A 33-year-old male patient with initial diagnosis of surgical acute abdomen, acute appendicitis, and

a final diagnosis of complicated acute appendicitis, overweight. Case 2: A 60-year-old male patient with initial diagnosis of cholelithiasis and a final diagnosis of cholelithiasis. Obstetrics and Gynecology: Case 1: A 27-year-old pregnant woman at 36 weeks of gestation with an initial diagnosis of multigravida at 35 weeks by first-trimester ultrasound, latent phase of preterm labor, and hypertensive pregnancy disease, and a final diagnosis of 35-week gestation, Expulsive, Preeclampsia with signs of severity, Eclampsia. Case 2: A 27-year-old pregnant woman at 37 weeks of gestation with an initial diagnosis of primigravida at 36 weeks by first-trimester ultrasound, premature rupture of membranes, active phase of labor.

**Conclusions:** The medical internship is an important period for the learning of every doctor, in which all the knowledge acquired during the degree is put into practice.

**Keywords:** medical internship, MINSA, human medicine, rotations, professional experience.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO  
EN HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 202  
2-2023**

AUTOR

**ROSA GABRIELA CAPCHA BAZÁN**

RECUENTO DE PALABRAS

**9470 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**54411 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**42 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**98.6KB**

FECHA DE ENTREGA

**May 11, 2023 2:52 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

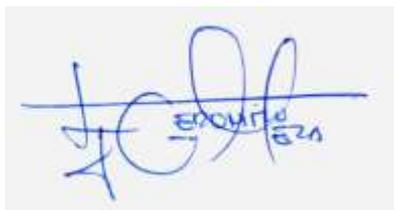
**May 11, 2023 2:53 PM GMT-5****● 14% de similitud general**

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

- 14% 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



Dr. José Luis Gerónimo Meza  
ASESOR

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9535-3674>

## INTRODUCCIÓN

El internado médico se realiza en el último año de la carrera de medicina humana, es requisito obligatorio para que los estudiantes puedan graduarse y posteriormente ejercer como médicos, asimismo es indispensable para consolidar sus conocimientos en la práctica médica.

El internado médico está centrado en el alumno de la carrera de medicina en lograr que este aprenda a través de la solución de casos médicos que vive a diario en la sede que les toque y en lograr que este pueda resolverlo de manera asertiva, en lugar de que este reciba la información de manera pasiva. La cual comprende la participación activa en el manejo de pacientes y en colaboración con diferentes servicios del equipo de salud.

El internado médico en Perú se realiza durante el 7mo año de la carrera de medicina humana, se desarrolla en 4 áreas: Medicina interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Cirugía, en estas áreas los internos se desarrollarán en el ámbito práctico y ampliarán sus conocimientos adquiridos de los años previos. (1)

En la actualidad, muchos internos desarrollaron el internado médico en 2022-2023, con un tiempo de duración de 10 meses, se desarrolló tanto en centros de salud de atención primaria y en hospitales de mayor complejidad (5 meses en cada una de las sedes) en en estos trabajan bajo la supervisión de médicos experimentados quienes los capacitan en las diferentes áreas donde se desarrolla este internado médico, para que puedan guiarlos en todo momento.

Durante el desarrollo del internado médico en centros de atención de primer nivel, el cual se desarrolló durante 5 meses, los estudiantes se enfrentarán a diversos tipos de pacientes con diferentes complejidades, y deberán desarrollar la capacidad resolutive para poder manejar los casos de menor complejidad y en caso el centro no se encuentre equipado para manejar casos más complicados analizarlos y referirlos a hospitales con mayor capacidad resolutive.

Los 5 meses restantes, se desarrolló el internado en el hospital de mayor complejidad. En este trabajo se presentarán las diferentes experiencias vividas en el Hospital María Auxiliadora en las 4 áreas mencionadas anteriormente.

## CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

En este capítulo se presentarán 8 casos clínicos de las 4 rotaciones desarrolladas durante los últimos 5 meses del internado médico en el Hospital María Auxiliadora

### I.1. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Esta fue la primera rotación del internado, esta se llevó a cabo desde el 01 de Noviembre del 2022 hasta el 09 de Diciembre del 2022, esta rotación se dividió en subrotaciones en los servicios de Emergencia Pediátrica, Hospitalización y Neonatología.

#### Caso Clínico N1:

Paciente varón de 5 años presenta un tiempo de enfermedad de 2 horas caracterizado por dolor abdominal, dolor en región dorsal, miembros inferiores y dolor en cadera derecha.

#### Antecedente:

- Apendicectomía hace 1 año.
- Anemia microcítica hipocrómica en estudios por consultorio externo.

#### Funciones Vitales:

- FC 94 lpm
- SatO<sub>2</sub>: 99%

#### Examen Físico:

Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos, palidez +/-+++. Tórax y pulmones: Amplexación conservada, murmullo vesicular se ausculta en ambos hemitórax. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Abdomen: RHA disminuidos, rigidez muscular involuntaria (+), posición antálgica, dolor difuso a la palpación profunda. SOMA: Dolor a la palpación y abducción de cadera derecha. Neurológico: Despierto, reactivo a estímulos, no signos de focalización

Se plantearon los diagnósticos de: Artralgia de cadera derecha: d/c artritis reactiva vs contusión artritis séptica posible, Síndrome doloroso abdominal: d/c obstrucción intestinal, Anemia microcítica hipocrómica: d/c hemoglobinopatía

El plan de trabajo presentado fue: Hidratación EV, Solicitud de exámenes de laboratorio: Hemograma, PCR, VSG, Perfil hepático, Coombs, reticulocitos, Rx de abdomen, Rx de cadera, se enviaron interconsultas a cirugía pediátrica, traumatología

y hematología.

Se reevalúa con resultados, en el hemograma se encuentra leucocitosis con desviación a la izquierda, por lo cual se plantea un foco infeccioso, y anemia moderada microcítica hipocrómica, por lo cual se envía interconsulta al servicio de Hematología, quienes solicitan un perfil hepático y reticulocitos, los resultados fueron bilirrubina aumentada a predominio indirecto y reticulocitos aumentados por lo cual se plantea anemia de origen hemolítico.

En la radiografía de abdomen se evidencia presencia de heces en colon derecho, izquierdo y sigmoides, por lo cual es evaluado por el servicio de cirugía pediátrica, quienes descartan la posibilidad de abdomen agudo quirúrgico y le indica un enema evacuante. En la radiografía de cadera no se encuentran hallazgos significativos.

Durante su estancia hospitalaria, vuelve a ser reevaluado por el servicio de Hematología, quienes solicitan electroforesis de hemoglobina y se evidenciaron los resultados siguientes: Hemoglobina con movilidad características de las hemoglobinas anormales S, D o G heterocigote para hemoglobina S.

Se plantearon los diagnósticos finales de Anemia Falciforme y crisis venooclusiva en miembro inferior izquierdo. El plan de trabajo fue el siguiente: Antibioticoterapia con Ceftriaxona 800 mg EV c/12 h + Vancomicina 20 mg c/6 h EV lento en 1 hora, Ácido fólico 0.5 mg VO c/12, Hidroxicarbamida 240 mg VO 1v/día, Hidroxicobalamina (1/2 ampolla 1v/semana x 4 semanas), Ibuprofeno 160 mg VO PRN dolor

Durante su hospitalización, el paciente presentó picos febriles, que cedieron con la rotación de antibioticoterapia (inicialmente recibía cefazolina). Asimismo, se resolvió espontáneamente el posible cuadro venooclusivo que presentaba. Inició el tratamiento con hidroxicarbamida posterior a su diagnóstico final, y fue dado de alta por mejoría clínica.

Antes de su alta, el paciente fue evaluado por los servicios de Oftalmología, Odontología, Inmunizaciones y Nutrición, y para el alta se otorgó las recomendaciones y transferencias para un seguimiento oportuno.

## Caso Clínico N2

Paciente varón de 2 meses procedente de San Juan de Miraflores con antecedente de soplo cardiaco en evaluación y contacto COVID-19, es traído por su madre por presentar un tiempo de enfermedad de 9 días caracterizado inicialmente por congestión nasal; 3 días antes del ingreso madre refiere que se agrega tos esporádica

y 2 días antes del ingreso se añade alza térmica no cuantificada que persiste a pesar de administración de paracetamol. La tos persiste y se presenta en accesos, por lo que acude a emergencia, donde le recetan paracetamol y limpieza de fosas nasales con suero fisiológico. 1 día antes del ingreso, los accesos de tos de tornas más exigentes y se asocian a rubicundez, se agrega hiporexia y vómitos precedidos por tos. El día del ingreso se añade respiración rápida y presenta cianosis asociada a los accesos de tos, por lo cual deciden traerlo a emergencia.

Examen físico:

Aspecto general: Aparente regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición. Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos, no cianosis, no ictericia. Tórax y pulmones: Murmullo vesicular se ausculta en ambos hemitórax, no ruidos agregados, no tirajes Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, buena intensidad, soplo sistólico II/VI. Abdomen: No distendido, RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación. Neurológico: Despierto, reactivo a estímulos, reflejo de succión (+), reflejo palmar y plantar (+)

Se plantearon los diagnósticos iniciales de: Síndrome Coqueluchoide: d/c Infección por SARS-COV-2 y Lactante mejor. El plan de trabajo fue el siguiente: Hospitalización, solicitud de hemograma, Radiografía de tórax y RT-LAMP

Se reevalúa con resultados: Hemograma : Hb:11.6, Hto: 33%, Leucocitos 9 450/ul, Abastionados 0%, Segmentados: 25%, Plaquetas 622 000/ul. RT-LAMP: negativo. Radiografía de tórax: aumento de trama parahiliar derecha, sin signos de consolidación.

Se plantearon los diagnósticos finales: Síndrome coqueluchoide, Infección por SARS-COV2 probable, Lactante menor. Y se planteó el tratamiento con: Azitromicina de 55 mg VO c/24h por 5 días, Paracetamol 11 gotas condicional a fiebre y monitoreo de la tos.

Paciente presenta evolución favorable y es dado de alta luego de 2 días de hospitalización, con las indicaciones de completar terapia 5 días de terapia antibiótica, la dosis indicada de paracetamol en caso de fiebre y las transferencias para consultorio externo del servicio de Pediatría y de Inmunizaciones para completar. Se le explican los signos de alarma y se explica continuar la lactancia materna exclusiva.

## I.2. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

La rotación de medicina interna se desarrolló desde el 09 de Diciembre 2022 hasta el 15 de enero del 2023. Esta rotación se desarrolló en el área de hospitalización con turnos de 12 horas cada 4 días en el servicio de emergencia.

### Caso Clínico N1

Paciente masculino de 83 años, procedente de Chorrillos, ingresa por emergencia raído por familiar por presentar hace 2 horas pérdida de fuerza muscular en hemicuerpo izquierdo, disartria y ptosis del párpado izquierdo motivo por el cual acude a emergencia del hospital maria auxiliadora.

Antecedentes de importancia:

- Hiperplasia benigna de próstata en el año 2021 en tratamiento con tamsulosina.
- Hipertensión arterial en tratamiento con amlodipino y losartan
- Fibrilación auricular en tratamiento con bisoprolol

Funciones vitales

- PA: 110/80
- FC: 87x
- FR: 24x
- Sat: 98%
- T:36,5

Examen físico: Piel: T/H/E. Llenado capilar < 2 segundos. No palidez. No cianosis. TyP: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. CV: RCR de buena intensidad. No soplos. Pulsos periféricos presentes. Abdomen: Blando, depresible. Ruidos hidroaereos presentes. No dolor a la palpación superficial ni profunda. SNC: LOTEPE, EG:15/15. Habla disartrica

Pares craneales:

- I: conservado
- II: Agudeza visual disminuida
- III, IV, VI: movimientos oculares conservados.
- V: reflejo ocular presente, sensibilidad conservada
- VII: asimetría facial de lado derecho
- X, Reflejo nauseoso disminuido.
- XI: ECM conservado

XII: No desviación de lengua.

Extremidades: disminución de fuerza muscular MSD: 4/5 MID: 4/5 MSI: 1/5 MII: 2/5.

Disminución de reflejos osteotendinosos en hemicuerpo izquierdo 1/4.

Se le realiza el diagnóstico de: ACV: isquémico vs hemorrágico, Fibrilación auricular de reentrada ventricular controlada e Hipertensión Arterial x HCL

Se planteó el siguiente plan: Hemograma completo, AGA y electrolitos y una TEM cerebral, los resultados fueron: Hemograma dentro de valores normales, AGA: pO<sub>2</sub> <60 mmHg. TEM cerebral: zonas de hipodensidad de lóbulo parietal derecho con hiperdensidad central probable conversión hemorrágica

Los diagnósticos finales fueron: ACV isquémico con transformación hemorrágica, IRA tipo 1, FARVC y HTA por HCL

El manejo durante su estancia hospitalaria fue: Dieta blanda suave asistida, Losartán 50 mg VO cada 12 horas, Atorvastatina. 80 mg VO cada 12 horas, Bisoprolol 5 mg VO cada 24 horas, Captopril 25 mg VO PRN a PA >160/110 mmHg y Oxigenoterapia si SatO<sub>2</sub><92%

Debido a que el paciente presentó una IRA tipo I, se le realiza una Radiografía de tórax donde se aprecia radiopacidad a nivel de tercio medio de lóbulo medio del pulmón derecho y se decide empezar antibioticoterapia con ceftriaxona 2g EV cada 24 horas y Clindamicina 600 mg EV cada 8 horas. El cuadro respiratorio evoluciona favorablemente.

Debido a cuadro de inicio presentado del ACV, se le realiza un ETT, evidenciándose insuficiencia mitral moderada. Debido a que el paciente no cumplía con los criterios para oxigenoterapia a domicilio según neumología, se decide el destete progresivo, lográndose este y se le da de alta luego de 24 horas del destete exitosos.

## Caso Clínico N2

Paciente mujer de 72 años procedente de Pisco, ingresa por emergencia, refiere que 1 día antes del ingreso, luego de comida copiosa, comienza con dolor abdominal tipo opresivo de intensidad 9/10 en hipocondrio derecho que se irradia hacia región dorsal por lo cual la paciente se automedica con hioscina 20 mg sin mejoría de síntomas. Además, refiere que se agrega náuseas, vómitos en 10 oportunidades de contenido a limantario. Niega deposiciones líquidas, niega SAT. Funciones Biológicas: Apetito disminuidos, Orina disminuida, Sueño disminuido.

Antecedentes:

- HTA diagnosticada hace 3 meses en tratamiento con Losartán
- Litiasis Vesicular (2022)
- Pancreatitis aguda (2022)

Funciones vitales:

- PA: 110/70 mmHg
- FC: 63x
- FR: 18x
- Sat: 96%
- T: 36,6

Examen Físico: Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar menor de 2 segundos. No palidez, no cianosis. TyP: Amplexación conservada. MV pasa bien por ambos campos pulmonares. No ruidos agregados. CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos. Pulsos periféricos presentes. ABD: Blando, depresible. RHA presentes. Dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Signos de murphy positivo. No signos peritoneales.

Se plantean los diagnósticos iniciales de: D/C Pancreatitis Aguda, Litiasis vesicular, Sobrepeso, HTA x HCL y se le solicitan exámenes auxiliares de Amilasa-Lipasa, Hemograma completo y ecografía abdominal. Se le reevalúa con resultados: Amilasa en 2124, Lipasa en 4940, lo cual nos confirma el diagnóstico de pancreatitis aguda, Hemograma: Leucocitos: 11.79, Hb: 12.7, Plaquetas: 253, Abast:0, Segmentados: 9585. Ecografía abdominal: Se observan multiples litos en vesícula biliar de 20 mm Los diagnósticos finales fueron: Pancreatitis Aguda, Litiasis vesicular, Sobrepeso y HTA x HCL. Durante su estancia hospitalaria el manejo fue el siguiente: NPO, Dextrosa 5% 1000cc, KCL 20% 1 amp, NaCl 20% 1 amp y Tramadol 50 mg EV.

La paciente presentó una evolución favorable, por lo cual se le decide probar tolerancia oral al 2do día de hospitalización, la cual toleró con éxito, y se cambia la terapéutica a Tramadol 50 mg SC PRN a dolor. Es dada de alta con transferencia al servicio de cirugía general para evaluar la posibilidad de cirugía electiva.

### I.3. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

La rotación de Cirugía se desarrolló desde el 16 de Enero del 2023 hasta el 21 de Febrero del 2023, esta rotación se desarrolló en los servicios de Cirugía General, Traumatología, Cirugía Plástica, Neurocirugía y Urología.

#### Caso Clínico N1

Paciente masculino de 33 años procedente de Villa María del Triunfo, quien refiere enfermedad actual de aproximadamente 2 días, caracterizado por presentar dolor abdominal tipo opresivo en cuadrante inferior derecho, inicialmente de leve intensidad, asociado a náuseas y vómitos en varias oportunidades e hiporexia. Niega alza térmica. Debido a que el dolor aumenta progresivamente hasta llegar a EVA 8/10, acude a Emergencia.

#### Funciones Biológicas:

- Apetito disminuido
- Sed, aumentada
- Deposiciones semilíquidas
- Diuresis conservada
- Sueño conservado, niega sudoración.

#### Funciones vitales:

- PA 130/90 mmHg
- FC: 100 lpm
- FR: 19 rpm
- SatO2 97%

#### Examen físico:

Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos. Tórax y pulmones: Simétrico, no amplexación conservada, murmullo vesicular se ausculta en ambos hemitórax. Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen: Globuloso por panículo adiposo, RHA presentes, poco blando, poco depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, con resistencia muscular involuntaria (+) y rebote (+) en cuadrante inferior derecho. Neurológico: Despierto, LOTEPE, Glasgow 15 puntos.

Se plantean los diagnósticos iniciales de: Abdomen agudo quirúrgico: d/c apendicitis

aguda

El plan de trabajo fue el siguiente: Se solicitan exámenes auxiliares: Hemograma, Grupo sanguíneo y factor RH, Glucosa, Úrea, Creatinina, RT-LAMP, pruebas serológicas y ecografía abdominal

Se reevalúa con resultados y los hallazgos fueron los siguientes: Hemograma: Leucocitos 19 700, Ab 0%, Seg 84%, Hb 14.2, Hcto 40%, Pqt 246 000 Grupo sanguíneo y factor RH: B+. Glucosa: 112 mg/dL. Urea 23 mg/dL. Creatinina 0.83 mg/dL. Ecografía abdominal inferior: signos ecográficos en relación a signos inflamatorios en fosa iliaca derecha sugestivos de apendicitis. Los resultados de los exámenes auxiliares coinciden con un proceso inflamatorio sistémico, que al correlacionarse con la ecografía y la clínica confirman un proceso de apendicitis aguda, que justifica los exámenes prequirúrgicos solicitados.

Los diagnósticos finales fueron: Apendicitis aguda complicada, Sobrepeso. Y el plan de trabajo planteado fue: Hidratación, Analgesia, Antibioticoterapia, Se programa para SOP: Apendilap + Drenaje Pen Rose por apendicitis aguda perforada con peritonitis focal

Se da de alta al paciente luego de 5 días hospitalizado, tiempo en el cual se realizó cambio de antibioticoterapia EV a VO, se progresó la dieta y se retiró drenaje. Se indica al paciente cita por consultorio externo en una semana.

## Caso Clínico N2

Paciente masculino de 60 años procedente de San Juan de Miraflores, refiere tiempo de enfermedad de aproximadamente un año con cuadro clínico caracterizado por dolor tipo cólico en hipocondrio derecho que inicialmente se asociaba a náuseas sin vómitos. Acude a emergencia en aproximadamente 4 ocasiones, donde se le brinda tratamiento analgésico endovenoso y alta posterior. Se realiza ecografía abdominal que evidencia litos en vesícula biliar, motivo por el cual acude por consultorio externo para cirugía electiva. Antecedente: Apendicectomía (2015)

Funciones biológicas conservadas

Funciones vitales:

- PA: 110/80 mmHg
- FC: 82 lpm
- FR: 18 rpm

Examen físico:

Peso: 70 kg Talla: 1.70m IMC: 24.2kg/m<sup>2</sup> Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos. Tórax y pulmones: Amplexación conservada, MV se ausculta en ambos hemitórax, norales. Cardiovascular: Ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen: No distendido, RHA (+), se aprecia cicatriz operatoria en fosa iliaca derecha de +-6cm transversa. Blando, depresible, Murphy (-). Neurológico: Despierto, reactivo a estímulos, LOPEP, Glasgow 1 puntos, no signosmeníngeos ni de focalización

Ingresa con el diagnóstico de Colelitiasis

Plan de trabajo fue el siguiente: Hemograma, Grupo sanguíneo y factor RH, Glucosa, creatinina, Prueba COVID-19, Pruebas serológicas, Se hospitaliza para cirugía electiva

Ingresa con resultados de laboratorio: Hemograma: Leucocitos 6 200, Seg 51%, Ab 0%, Hb 15.4, Hcto 45%, Plaquetas 282 000, Glucosa 93, Creatinina 0.76, Grupo y factor RH: O+, Prueba COVID-19: Negativa

Se le programa para SOP: Colelap, Se le brinda analgesia post operatoria con Ketoprofeno 100 mg EV c.8h, Tramadol 50 mg SC c/12 horas, Hidratación, Deambulación y antibioticoterapia profiláctica con Cefazolina 2gr.

Se da alta con indicaciones 2 días después de la intervención quirúrgica luego de evolución clínica favorable del paciente, se indica retiro de puntos en 7 días en su centro de salud más cercano.

#### I.4. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

La rotación de Ginecología y Obstetricia fue la última rotación del internado médico 2022-2023, inició el 22 de Febrero del 2023 y culminó el 30 de Marzo del 2023. Esta rotación se desarrolló en los servicios de Ginecología, Obstetricia, Centro Obstétrico y Emergencia de Gineco-Obstetricia.

##### Caso Clínico N 1

Paciente mujer de 27 años llega a emergencia referida de un centro de salud con diagnóstico de Gestante 36 semanas, por PA: 150/96, refiere presentar cefalea intermitente desde 2 días antes del ingreso que cede con Paracetamol, hinchazón en manos y pies y visión borrosa.

Funciones vitales:

- Presión arterial: 140/80
- Frecuencia cardiaca: 89 x'
- Frecuencia respiratoria: 19 x'
- Saturación de oxígeno: 99%

Antecedente GO: G4P0030

Examen físico:

- Altura uterina: 33 cm
- Dinámida uterina: 2/10/++
- Latidos cardiacos fetales: 134 x'
- Movimientos fetales: ++
- Dilatación: 3cm
- Incorporación: 85%
- AP: -3
- Membranas íntegras
- Pelvis ginecoide
- Edema +/+++, ROT ++/+++.

Se hace el diagnóstico de Multigesta 35 semanas x ecografía del primer trimestre, Fase latente de labor de parto pretérmino y Enfermedad Hipertensiva del embarazo.

En la emergencia se la ingresa a observación y se le solicitan exámenes de laboratorio: Creatinina, Hemograma, Perfil Hepático, Proteinuria 24 hrs, Grupo y Factor, Examen de orina.

Paciente presenta un episodio de convulsiones tónico clónicas, por lo cual se realiza una junta médica y se plantean los diagnósticos de: Gestante de 35 semanas, Expulsivo, Eclampsia, motivo por el cual se le programa para una cesárea de emergencia. Paciente ingresa inconsciente a SOP y posterior al procedimiento quirúrgico, debido a el estado hemodinámico de la paciente, esta ingresa a UCI, con los diagnósticos de: IRA en Ventilación mecánica, Preeclampsia con signos de severidad, Eclampsia, Puépera post cesárea y anemia moderada. donde se mantiene conectada a ventilador mecánico, terpaia antihipertensiva y cobertura con ATB.

Los hallazgos de laboratorio fueron: Creatinina: 0.83, DHL: 279, TGO: 33, TGP: 35, Proteinas cualitativas en orina: +++, Leucocitos: 7.85, Plaquetas: 175 000, Hemoglobina: 5.9 gr/Dl.

Paciente evoluciona favorablementen la UCI por lo cual se le da de alta y pasa a unidad de cuidados intermedios del servicio de GO con manejo con Enoxaparina y Paracetamol, y posteriormente sale de alta 3 días después posterior a la evaluación por cardiología y alta por la especialidad.

## Caso Clínico N 2

Paciente mujer de 27 años gestante de 37 semanas, acude a tópico de GO refiriendo presentar pérdida de líquido vaginal claro, sin mal olor hace masomenos 10 hora previas al ingreso, refiere dolor tipo contracción, no refiere sangrado, percibe movimiento fetales, no refiere síntomas premonitorios de preeclampsia.

Funciones vitales:

- Presión arterial: 110/60
- Frecuencia cardiaca: 75 x'
- Frecuencia respiratoria: 18 x'

- Saturación de oxígeno: 99%

Antecedente GO: G1P0000

Examen Físico:

- Altura uterina: 32 cm
- Dinámica uterina: esporádica
- Latidos cardiacos fetales: 140 x'
- Movimientos fetales: ++
- Dilatación: 8 cm
- Incorporación: 90%
- AP: +1
- Membranas rotas

Se plantea el diagnóstico de Primigesta de 36 semanas x ecografía del primer trimestre, RPM, Fase activa de labor de parto. Se ingresa a la paciente a centro obstétrico para monitorización materno fetal. En centro obstétrico se le administra antibioticoterapia profiláctica y manejo expectante. Se le reevalúa a la paciente y al hallarse una dilatación de 10 cm, incorporación en 100%, AP +3, se ingresa a la paciente a sala de partos por encontrarse en expulsivo y se procede a atender el parto por vía vaginal, fue un parto sin complicaciones, el producto fue un recién nacido vivo varón, paciente pasa a puerperio con recién nacido posterior a la evaluación por el servicio de neonatología y es dada de alta al día siguiente por no presentar complicaciones.

## CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado médico en el 2022-2023 lo desarrollé en el Hospital María Auxiliadora ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores, este es un hospital de tercer nivel, el cual fue inaugurado en el año 1983 durante el gobierno de Fernando Belaúnde Terry, ofreciendo asistencia a cargo de 20 médicos en consultorios externos de Gineco-Obstetricia, Medicina General, Cirugía y Pediatría. Actualmente este establecimiento cuenta con los servicios de Emergencias, Sala de Parto, Hospitalización, Diagnóstico por imágenes, centro quirúrgico, rehabilitación y laboratorio. Su jurisdicción abarca los distritos de Lima Sur, como Villa María del Triunfo, Lurín, Pachacamac, Barranco, Chorrillos, Surco, San Bartolo, Punta Hermosa, Punta Negra, Pucusana, Santa María del Mar, entre otras provincias del Sur y Departamentos de Ica, Ayacucho y Junín.

Este establecimiento tiene como misión el prevenir riesgos, proteger del daño, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes, brindándoles accesibilidad y atención de la persona desde la concepción hasta la muerte. (2)

El internado médico en el Hospital María Auxiliadora fue programado para que los internos puedan rotar en las 4 áreas de la manera más completa para su formación, incluyendo principalmente los servicios de emergencia y hospitalización.

Al ser un hospital docente, se encarga de formar futuros médicos generales a través del internado y futuros especialistas a través de los distintos programas de residencia médica que brindan, lo cual beneficia a nuestra formación gracias a la exposición a gran diversidad de pacientes y sus patologías que se presentan, brindando una formación completa tanto en el ámbito teórico como práctico, aprendiendo a manejar diferentes patologías según guías actualizadas y recursos disponibles en el establecimiento.

## CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

### III.1. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

#### Caso Clínico 1

La anemia falciforme es un trastorno hereditario, el cual afecta la función y la forma de los glóbulos rojos. Es aquella resultante de una mutación en el gen que codifica la hemoglobina. Los genotipos incluyen: homocigoto HbSS y un compuesto heterocigótico HbS $\beta$ thal. (3)

Usualmente estos son redondos y flexibles, lo cual les facilita el transporte a través de los vasos sanguíneos. A diferencia de aquellas personas con anemia falciforme, en las cuales los glóbulos rojos se tornan rígidos y curvados causado por la hemoglobina anormal, pareciendo una hoz o forma de media luna, estos pueden generar problemas en el flujo sanguíneo a nivel de vasos sanguíneos pequeños, reduciendo el flujo sanguíneo y la oxigenación a órganos y tejidos.

La clínica de la anemia falciforme varía según la gravedad y se caracteriza por: anemia, ictericia, cansancio, crisis de dolor, esta sucede cuando los glóbulos rojos alterados bloquean el flujo sanguíneo a los tejidos, causando dolor intenso en el área afectada, estas obstrucciones repetidas pueden generar daño a diferentes órganos hasta problemas de salud graves como accidentes cerebrovasculares, síndrome torácico agudo y pérdida de visión.

El diagnóstico de la anemia falciforme se realiza: . El diagnóstico y tratamiento precoz y regular mejora la calidad de vida de los pacientes.

El manejo de la anemia falciforme es sintomático. El manejo de dolor, transfusiones sanguíneas hasta trasplante de médula ósea en casos graves.(4)

#### Caso Clínico 2

El coqueluche, también conocido como tos ferina, es una enfermedad infecciosa, muy contagiosa, la cual afecta principalmente a los pulmones y las vías respiratorias. Es

causada por una bacteria gram negativa, Bordetella pertusis, y es transmitida por vía respiratoria, usualmente se presenta en lactantes y niños. (5)

Usualmente se presenta en 3 estadios: Estadio catarral (1-2 semanas), Estadio paroxístico (2-6 semanas) y el estadio convalescente (semanas a meses). El estadio uno se caracteriza por asejarse a un cuadro de resfriado común, el estadio dos y tres, las que se presenta con tos intensa, paroxística caracterizada por una inspiración enérgica o “grito de gallo” al inhalar luego de toser. Los lactantes pueden no presentar este cuadro característico de tos, usualmente presentan apnea o cianosis, hasta vómitos.

En lactantes, puede ser peligrosa debido a que puede causar complicaciones graves como neumonía o convulsiones.

El coqueluche se puede prevenir con la vacuna contra la tos ferina, la cual forma parte de la vacuna combinada contra el tétanos, difteria y tos ferina (Tdap) y la vacuna contra la tos ferina acelular (DtaP) en niños. (6)

El tratamiento del coqueluche es sintomático acompañado de antibióticos, en casos muy graves, puede requerirse hospitalizar al paciente para oxigenoterapia y manejo de soporte. Los antibióticos de elección son los macrólidos, Azitromicina 10 mg/kg/día por 3 días. (7)

Las complicaciones del coqueluche incluyen: Otitis media, neumonía por bordetella pertusis, hemoptisis, atelectasia, convulsiones.

### III.2. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

#### Caso Clínico 1

Un accidente cerebrovascular o ACV, es una afección médica en la cual se ha producido una interrupción del flujo sanguíneo, puede ser isquémico, producido por la obstrucción del flujo cerebral debido a un coágulo, o hemorrágico, debido a la ruptura de un vaso sanguíneo.

Los síntomas varían dependiendo del área del cerebro que ha sido afectada, síntomas generales pueden incluir, debilidad o adormecimiento repentino en la cara, brazo o pierna, disartria, dislalia, dificultad visual, mareos, pérdida de equilibrio, cefalea intensa.

Para el reconocimiento precoz de un ACV utilizamos el acrónimo FAST: Facial weakness, Arm weakness, Speech problems (disartria), Time (activar el sistema de emergencia).

El diagnóstico de ACV se realiza mediante una Tomografía cerebral sin contraste, donde se diferenciará de ACV isquémico vs hemorrágico y se localizará la lesión. La ausencia de lesión no nos descarta un ACV isquémico, debido a que esta se evidenciará en la tomografía sin contraste de 6 a 24 horas posterior al inicio de síntomas. Para evaluar cambios isquémicos, nos podemos ayudar con la resonancia magnética, el cual nos detecta estos cambios de 3-30 minutos de iniciados los síntomas. (8)(9)

Otros exámenes adicionales que nos podrían ayudar con el diagnóstico y el manejo del paciente son los siguientes: Glucosa sérica, Hemograma completo, Electrolitos, Perfil de coagulación, examen de orina para drogas, niveles de alcohol en sangre.

El manejo inicial de un paciente con sospecha de ACV es el siguientes: Evaluación inicial del ABCDE, recolectar una buena historia clínica, descartar otras causas (hipoglicemia, hipoxia), EKG, otros exámenes laboratorios, si se resolvieron los síntomas sospechamos de un TIA y se solicita una resonancia magnética dentro de las 24 horas y si no se encuentran hallazgos significativos, se confirma el TIA y se inicia manejo de prevención secundaria: antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes, entre otros. En caso que los síntomas persitan , se sospecha e un ACV, se solicita una tomografía sin contraste para poder difereciar de un evento isquémico vs hemorrágico. Si no hay hallazgos compatibles con hemorragia y nos encontramos en < 6 horas de iniciados los síntomas, se puede optar por trombólisis y posteriormente manejo de soporte y terapia con antiagregantes plaquetarios. En caso de encontrar hallazgos compatibles con hemorragia, podemos optar por manejo quirúrgico, manejo de la presión arterial, detener anticoagulación y manejo de soporte.

Es sumamente importante reconocer los síntomas de un ACV para que se pueda dar tratamiento precoz y reducir el daño cerebral y mejorar el chance de que el paciente recupere mayor funcionalidad. (9)(10)

## Caso Clínico 2

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio del páncreas el cual puede suceder debido a diferentes etiologías, principalmente cálculos biliares o uso de alcohol. Esta inflamación se debe a la activación intrapancreática de las enzimas, secundaria a la obstrucción del conducto de salida o daño directo a las células acinares pancreáticas. Aumenro de la actividad enzimática proteolítica o lipolítica la cual genera destrucción del parénquima pancreático y posterior inflamación del páncreas.

El cuadro clínico se caracteriza por dolor epigástrico irradiado a región lumbar que aumenta posterior a la ingesta de alimentos, asociado a náuseas y vómitos. Al examen físico se encuentran dolor abdominal a la palpación, abdomen distendido, pueden encontrarse cambios a nivel de la piel como el signo de Cullen o el Signo de Grey Turner. (11)(12)

El diagnóstico se realiza con 2 de 3 criterios mencionados: Cuadro clínico característico, hallazgos de laboratorio de amilasa y lipasa sérica elevada 3 veces su valor normal, y el estudio de imágenes, con hallazgos compatibles con un proceso inflamatorio pancreático (ecografía abdominal: páncreas aumentado de tamaño, líquido peripancreático, conducto biliar distendido, hallazgo de cálculos biliares. TAC abdominal con contraste: aumento de tamaño del páncreas con edema parenquimal, fluido peripancreático, también se pueden encontrar signos sugerentes de complicaciones como áreas de necrosis pancreática). Se utilizan varios scores para poder predecir la severidad y el pronóstico, como loa grados de severidad de Atlanta la cual nos clasifica la severidad entre leve, moderado y severo dependiendo de si han presencia de falla orgánica, tenemos los criterios de Ranson, la cual es antigua y estimaba la severidad y pronóstico de pancreatitis, pero solo es útil posterior a las 48 horas. Tenemos el score de BISAP en la cual evluamos el BUN (>8.9 mmol/L),

alteración del estado de conciencia, presencia de SIRS, edad (>60 años), Efusión pleural en rayos-X, un BISAP >2 nos indica pancreatitis severa. (12)(13)

El manejo inicial de la pancreatitis es principalmente el manejo de soporte, con NPO, fluidoterapia, analgesia y antieméticos, y el progreso de la dieta a nutrición enteral temprano. Se debe manejar la causa primaria para prevenir la recurrencia. (14)(15)

Las complicaciones de la pancreatitis pueden ser localizadas o sistémicas, las localizadas pueden ser pancreatitis necrotizante, pseudoquistes pancreáticos, necrosis de pared, y las sistémicas pueden ser sepsis hasta shock. Las complicaciones se asocian significativamente a alta morbimortalidad. (16)

### III.3. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

#### Caso Clínico 1

La apendicitis aguda es la inflamación aguda del apéndice, usualmente debido a la obstrucción del lumen intestinal, esto puede se puede presentar por hiperplasia de tejido linfóide, fecalito, neoplasias o parásitos. Esta puede ser complicada o no complicada.

- Apendicitis no complicada: inflamación del apéndice sin evidencia de un fecalito, tumor o complicaciones (perforación, gangrena, absceso o masa)
- Apendicitis complicada: apendicitis asociada a perforación, gangrena, absceso, masa o tumor.

El cuadro clínico característico es dolor abdominal que migra del epigastrio al cuadrante inferior derecho de inicio brusco y que aumenta de intensidad con el transcurso de las horas, anorexia, náuseas, fiebre y dolor a la palpación en cuadrante inferior derecho, los puntos dolorosos característicos son los siguientes: (17) (18) (19)

- Mc Burney: dolor a nivel del cuadrante inferior derecho, trazando una línea desde el ombligo hasta la espina iliaca anterosuperior derecha, a nivel de la unión de 1/3 lateral y los 2/3 medial de esta.

- Rebote: O Blumberg, a nivel de fosa iliaca derecha, este es un signo de irritación peritoneal
- Rovsing: dolor a nivel de fosa iliaca derecha posterior a la palpación en la fosa iliaca izquierda
- Signo del Psoas: esta se puede evidenciar al flexionar la cadera derecha con la pierna derecha en extensión contra resistencia o a la extensión pasiva de la cadera derecha con el paciente ubicado sobre el lado izquierdo
- Signo del obturador: dolor en fosa iliaca derecha al movimiento de rotación interna pasiva de la cadera derecha con la rodilla flexionada.

A nivel de laboratorio hay alteración de leucocitos (leucocitosis) y de neutrófilos (neutrofilia), tanto el examen físico como los hallazgos de laboratorio son suficientes para realizar el diagnóstico de apendicitis. Se hace uso de estudios de imágenes siempre y cuando sea dudoso y se requiera de esta prueba para confirmar, como una ecografía abdominal o una tomografía abdominal sin contraste (de elección). (18) (19) El score de Alvarado, es un score de 10 puntos, el cual nos estima la posibilidad de apendicitis. Este Score incluye Migración del color, anorexia, náusea/vómitos, dolor en fosa iliaca derecha, rebote, fiebre, leucocitosis y desviación izquierda (MANTRELS). Un Score de Alvarado >7, nos indica una alta probabilidad de que sea apendicitis. (20)

El manejo de elección actualmente es el quirúrgico, indicado dentro de las primeras 24 horas de realizado el diagnóstico. Se opta por una apendicectomía de emergencia en caso el paciente presente de complicaciones sistémicas, esta se debe realizar en menos de 8 horas de haberse realizado el diagnóstico. El manejo no quirúrgico, el cual incluye reposo, antibióticos y analgésicos, es útil en caso de una masa apendicular (flemón) o un absceso apendicular. (21)(22)(23)

## Caso Clínico 2

La Colelitiasis se refiere a la presencia de litos en la vesícula biliar, esto se debe a la sobresaturación de colesterol, lo que genera éstasis biliar, altera la circulación de los

ácidos biliares, favoreciendo a la formación de estos litos. Los factores de riesgo para desarrollar colelitiasis son: obesidad, resistencia a la insulina, dislipidemias, mujeres, multiparidad o gestación, entre otros. (24)(25)

Usualmente es asintomática, puede ser sintomática, generándose el cólico biliar, este es un dolor tipo cólico a nivel del cuadrante superior derecho, se presenta generalmente postprandial y puede irradiar al epigastrio, hombro derecho y espalda, este dolor se acompaña con náuseas, vómitos y dispepsia. (26)

El estudio de imágenes inicial en estos casos es la ecografía abdominal superior, para evidenciar la presencia de estos cálculos.

El manejo de pacientes asintomáticos es expectante, se evalúa la posibilidad de una colecistectomía profiláctica. En los pacientes con colelitiasis sintomática no complicada, principalmente se maneja el cólico biliar, se recomienda cambios de estilo de vida para prevenir la recurrencia y el manejo no quirúrgico y se le deriva al servicio de cirugía general para la evaluación de posibilidad quirúrgica. (27) En caso el paciente con colelitiasis presente complicaciones como colangitis, pancreatitis entre otros, se hospitaliza el paciente para su manejo. El manejo del cólico biliar es el siguiente: NPO, Analgesia (AINES de primera línea), antiespasmódicos (escopolamina), fluidoterapia y antieméticos en caso los vómitos sean profusos. El manejo quirúrgico de elección es la colecistectomía laparoscópica electiva, en casos de colelitiasis sintomática. (28)

Las complicaciones incluyen colecistitis (aguda, crónica), coledocolitiasis, colangitis, pancreatitis aguda, fístula entero-biliar, síndrome de Mirizzi, entre otros.

#### III.4. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

##### Caso Clínico 1

Las enfermedades hipertensivas del embarazo, son de las complicaciones más comunes que se presentan durante la gestación o el periodo postparto temprano. Existen 4 tipos de enfermedades hipertensivas: (29)

- Hipertensión crónica: hipertensión diagnosticada antes de la gestación o durante las primeras 20 semanas de embarazo (30)
- Hipertensión Gestacional: Hipertensión inducida por la gestación con PA: >140/90 en 2 tomas separadas por al menos 4 horas, sin proteinuria o disfunción orgánica. Diagnosticada posterior a las 20 semanas de gestación.
- Preeclampsia: hipertensión gestacional asociada a proteinuria o disfunción de órgano blanco. Si se presenta previo a las 20 semanas de gestación, es sugestivo de enfermedad trofoblástica
- Eclampsia: se manifiesta como convulsiones tónico-clónicas en ausencia de otras causas, asociada a un trastorno hipertensivo gestacional
- Síndrome de HELLP: es una forma de preeclampsia que se presenta con hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia, puede ocurrir sin hipertensión o proteinuria. (31)

La etiología no es muy conocida y los factores de riesgo asociados son: trombofilia (SAF), edad <20 años o >35 años, Diabetes Mellitus o Diabetes Gestacional, Hipertensión crónica, obesidad, Nuliparidad, Gestación múltiple, historia previa de preeclampsia.

La preeclampsia sin signos de severidad es usualmente asintomática, puede asociarse a síntomas no específicos como cefalea, visión borrosa, dolor en epigastrio o cuadrante superior derecho, edema, proteinuria e hipertensión.

La preeclampsia con signos de severidad se caracteriza por hipertensión severa (PA >160/110 mmHg, proteinuria, oliguria, cefalea, visión borrosa o escotomas, dolor en epigastrio o cuadrante superior derecho, edema pulmonar. (32)

La eclampsia se presenta mayormente en el intraparto o el postparto, asociado a preeclampsia con signos de severidad, como convulsiones tónico clónica generalizadas.

Estos usualmente son diagnosticados durante los controles prenatales, los cuales incluyen exámenes de laboratorio de rutina, presión arterial y exámenes de orina.

El manejo depende la severidad, usualmente si son de bajo riesgo se maneja con monitoreo de presión arterial, tratamiento antihipertensivo, y terminar la gestación a las 37 semanas para evitar la progresión a preeclampsia severa.

Manejo de preeclampsia con signos de severidad se basa en manejo de presión arterial, sulfato de magnesio como profilaxis para eclampsia, monitoreo materno-fetal y terminar la gestación dependiendo de la viabilidad del producto, si es mayor a 34 semanas terminar la gestación, si es menor de 34 semanas se debe administrar corticoides para maduración pulmonar (Betametasona) y manejo expectante. (29) (33)

En pacientes que presentan eclampsia hay que manejar las convulsiones, administrar sulfato de magnesio y en caso no haya respuesta se puede usar anticonvulsivantes. La eclampsia es indicación para terminar la gestación de manera inmediata.

Las complicaciones maternas incluyen: desprendimiento prematuro de placenta, coagulación intravascular diseminada, ACV, síndrome de distress respiratorio agudo, hematoma hepático subcapsular, muerte materna. Las complicaciones fetales suceden debido a la insuficiencia placentaria como RCIU, parto pretérmino, hipoxia fetal y muerte fetal. (33)

## Caso Clínico 2

La ruptura de membranas ocurre de manera espontánea durante la primera fase del trabajo de parto, pueden ser:

- Ruptura prematura de membranas: se presenta previo al inicio de trabajo de parto
- Ruptura prematura de membranas prolongada: mayor a 18 horas previo al inicio del trabajo de parto, puede presentarse en gestación a término o pretérmino
- Ruptura prematura de membranas pretérmino: se presenta previo al inicio del trabajo de parto y previo a las 37 semanas de gestación

Se puede presentar de 2 maneras:

- Completa: ruptura completa de membranas con salida de líquido amniótico
- Parcial: ruptura incompleta de membranas con filtrado lento del líquido amniótico

El cuadro clínico se caracteriza por salida de líquido claro por vía vaginal de manera brusca. Se puede hacer uso de ciertos test para detectar líquido amniótico como el test de Fern o el test de nitrazina. A la ecografía se puede evidenciar oligohidramnios. El manejo depende de la edad gestacional, el estado fetal y si hay signos de infección. Se debe monitorear el bienestar materno-fetal, realizar estudios de laboratorio para descartar infecciones. (34) (35)

En pacientes con edad gestacional mayor o igual a 37 semanas usualmente se recomienda inducción del trabajo de parto y manejo expectante de 12-24 horas en partos no complicados y sin signos de infección. (35)

## CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico como ya mencioné líneas arriba es de suma importancia para cerrar la preparación dentro de la carrera de medicina humana, debido al desarrollo netamente práctico donde aplicamos y reforzamos los conocimientos teóricos que fueron obtenidos a lo largo de la carrera.

Debido a la pandemia de COVID-19, la Universidad impartió educación virtual y por ello perdimos el contacto con los pacientes y la experiencia que pudimos haber tenido debido a la falta de oportunidad de ejercer la parte práctica tan importante para nosotros. Motivo por el cual este año de internado fue de vital importancia, donde no solo consolidamos conocimientos sino el tener la oportunidad de tener el contacto directo con el paciente y ver la diversidad de casos fue mas que beneficioso para culminar ésta etapa básica, porque la formación del médico no solo es la teoría, sino el poder empatizar con los pacientes y el poder establecer una buena relación médico-paciente, ya que esta es muy importante al tratar personas y el poder agudizar el criterio en base a nuestra formación ha sido enriquecedor.

En el Hospital María Auxiliadora los internos pudimos aprovechar cada día al máximo, debido a la gran cantidad de pacientes que se manejan y la disposición de los médicos residentes y médicos especialistas de aportar a nuestro aprendizaje, tomándose el tiempo de resolver cualquier duda y guiarnos en el diagnóstico y el manejo de las diferentes patologías que se presentaban.

El tiempo programado para realizar el internado en un hospital de mayor complejidad en el caso de muchos internos, fue muy limitado, debido a la programación de 5 meses en centros de salud de primer nivel y 5 meses en hospitales de mayor complejidad, lo cual hizo que la experiencia se sienta muy acelerada, debido al corto tiempo de rotación en cada servicio.

## CONCLUSIONES

Es importante realizar el internado médico en una sede hospitalaria, debido a que nos mantenemos en contacto constante con pacientes, nos permite aplicar nuestra capacidad resolutive y nos prepara para poder atender de manera adecuada las diferentes patologías que se nos puedan presentar en nuestra práctica médica.

Además de toda la experiencia que tenemos en el internado en una sede hospitalaria, también nos es mucha utilidad durante la preparación para el Examen Nacional de Medicina, debido al estar en constante exposición a los temas más comunes que son presentados en forma de caso clínico en el examen.

Es un año de suma importancia para todos, dado que debido a la exposición a los diferentes servicios de salud, nos permite tener un mejor panorama para así poder escoger con mayor convicción que camino queremos seguir para nuestra formación en el futuro.

La experiencia del internado médico en centros de salud de primer nivel de atención es importante debido a que nos prepara para el serum, al exponernos a las patologías más comunes y a los procesos administrativos que serán nuestro día a día en nuestro servicio rural.

El internado médico no solo nos brinda conocimientos, también nos permite poner en práctica diferentes valores y virtudes, debido a la gran gama de personas con las cuales tenemos contacto diariamente, valores y virtudes como paciencia, empatía, responsabilidad, tolerancia, entre otros.

## RECOMENDACIONES

Aún siendo importante el desarrollo del internado médico en un centro de primer nivel, este no reemplaza la experiencia y los conocimientos que uno obtiene al desarrollar el internado en una sede hospitalaria. Por lo cual se debería considerar disminuir el tiempo programado en un centro de salud de primer nivel y darle mayor importancia al desarrollo del internado en una sede hospitalaria.

Se debería mejorar la relación de los internos con los tutores de cada área, ya que estos son los que nos guían y evalúan en cada servicio, en muchas ocasiones estos no tienen un contacto tan directo con los internos durante el tiempo que se programó en cada servicio y no forman parte directa en su formación.

Las sesiones académicas deberían ser más frecuentes, actualizadas y deberían ser orientadas de tal manera que puedan ser más provechosas para el interno tanto como para la práctica como al momento de su preparación para rendir el ENAM.

Se debería concientizar sobre la importancia de mantener la salud física y mental durante el desarrollo del internado, que los internos puedan acceder al comedor del establecimiento, tengan acceso a una red de soporte o alguien con quien poder hablar de las diferentes dificultades que puedan estar presentando muy aparte del desarrollo del internado médico.

Finalmente considero que es importante para el interno poder escoger una rotación en la especialidad de su preferencia, con el fin de que este se pueda desarrollar en un área de interés y facilitarle la elección de una especialidad a futuro.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Plataforma digital única del Estado Peruano. Resolución Ministerial N° 622-2020MINSA [Sitio Web]. Gob.pe. Plataforma digital única del Estado Peruano. [Publicado el 14 de agosto del 2020 - citado el 24 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1097726-622-2020-%20minsa>
2. Plataforma digital única del Estado Peruano. Reseña Histórica del Hospital Maria Auxiliadora [Sitio Web]. Gob.pe. Plataforma digital única del Estado Peruano. [Publicado el 20 de mayo del 2022 - citado el 24 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hma/institucional>
3. American Society of Hematology. Sickle Cell Disease and Thalassemia [Internet]. Hematology.org. [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.hematology.org/about/history/50-years/sickle-cell-disease-thalassemia>
4. Quinn CT. Sickle cell disease in childhood: from newborn screening through transition to adult medical care. *Pediatr Clin North Am.* 2013;60(6):1363-81.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Pertussis. [citado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/pert.pdf>
6. Centers for Disease Control and Prevention. Pertussis and Postexposure Antimicrobial Prophylaxis. [citado el 14 de abril de 2023] <https://www.cdc.gov/pertussis/pep.html>
7. Yeh S. Pertussis Infection in Infants and Children: Treatment and Prevention. In: Post TW, ed. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate; 2021. [citado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pertussis-infection-in-infants-and-children-treatment-and-prevention>.
8. Easton JD, Saver JL, Albers GW, et al. Definition and evaluation of transient ischemic attack: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Nursing; and the

- Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease.. *Stroke*. 2009; 40(6): p.2276-93. DODI: 10.1161/STROKEAHA.108.192218. [citado el 14 de abril de 2023].
9. Goerlick PB. Enfermedades cerebrovasculares. En: Jameson JL, Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 20a edición. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2019: p. 24489-2463. [citado el 14 de abril de 2023].
  10. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2018; 49(3). DOI: 10.1161/STR.0000000000158. [citado el 14 de abril de 2023].
  11. Banks, et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2012; 62(1): p.102-111. DOI: 10.1136/guyjnl-2012-302729. [citado el 14 de abril de 2023].
  12. Quinlan JD. Acute pancreatitis. *Am Fam Physician*. 2014; 90(9): p.632-639. [citado el 14 de abril de 2023].
  13. Walls R, Hockberger R, Gausche-Hill M. *Rosen's Emergency Medicine: Concept and Clinical Practice*. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Elsevier Health Sciences; 2018. [citado el 14 de abril de 2023].
  14. Leppäniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, et al. WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World J Emer Surg*. 2019; 14(1):27. DOI: 10.1186/s13017-019-0245-9. [citado el 20 de abril de 2023].
  15. Crockett SD, Wani S, Gardner TB, et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. *Gastroenterology*. 2018; 154(4): p.1096-1101e1. DOI: 10.1053/j.gastro.2018.01.023. [citado el 20 de abril de 2023].
  16. Tenner S, Baillie J, Dewitt J, Vege SS. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. 2013; 108(9): p.1400-1415; quiz 1416. DOI: 10.1038/ajg.2013.218. [citado el 20 de abril de 2023].

17. Martin RF. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis. In: Post TW, ed. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate. [citado el 20 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
18. Snyder MJ, Guthrie M, Cagle S. Acute Appendicitis: Efficient Diagnosis and Management.. *Am Fam Physician*. 2018; 98(1): p.25-33. PMID: 29939147. [citado el 20 de abril de 2023].
19. Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, et al. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2010; 50(2): p.133-164. DOI: 10.1086/649554. [citado el 20 de abril del 2023].
20. Coleman JJ, Carr BW, Rogers T, et al. The Alvarado score should be used to reduce emergency department length of stay and radiation exposure in select patients with abdominal pain.. *The journal of trauma and acute care surgery*. 2018; 84(6): p.946-950. doi: 10.1097/TA.0000000000001885. [citado el 02 de mayo de 2023].
21. Salminen P, Paajanen H, Rautio T, et al. Antibiotic Therapy vs Appendectomy for Treatment of Uncomplicated Acute Appendicitis: The APPAC Randomized Clinical Trial.. *JAMA*. 2015; 313(23): p.2340-8. DOI: 10.1001/jama.2015.6154. [citado el 02 de mayo de 2023].
22. Schuster KM, Holena DN, Salim A, Savage S, Crandall M. American Association for the Surgery of Trauma emergency general surgery guideline summaries 2018: acute appendicitis, acute cholecystitis, acute diverticulitis, acute pancreatitis, and small bowel obstruction. *Trauma surgery & acute care open*. 2019; 4(1): p.e000281. DOI: 10.1135/tsaco-2018-000281. [citado el 02 de mayo de 2023].
23. Becker P, Fichtner-Feigl S, Schilling D. Clinical Management of Appendicitis. *Visceral Medicine*. 2018; 34(6): p. 453-458. doi: 10.1159/000494883. [citado el 02 de mayo de 2023].
24. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. *J*

- Hepatol.* 2016; 65(1): p.146-181. DOI: 10.1016/j.hep.2016.03.005. [citado el 02 de mayo de 2023].
25. Afdhal NH. Epidemiology of and risk factors for gallstones. In: Post TW, ed. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate. . [citado el 02 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-of-and-risk-factors-for-gallstones>
  26. Afdhal NH. Acalculous Cholecystitis: Clinical manifestations, diagnosis, and management. In: Post TW, ed. *UpToDate* .Waltham, MA. [citado el 02 de mayo de 2023]. UpToDate. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/acalculous-cholecystitis-clinical-manifestations-diagnosis-and-management?search=acalculous%20cholecystitis&source=search\\_result&selectedTitle=1~28&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/acalculous-cholecystitis-clinical-manifestations-diagnosis-and-management?search=acalculous%20cholecystitis&source=search_result&selectedTitle=1~28&usage_type=default&display_rank=1).
  27. Goljan EF. *Rapid Review Pathology*. Elsevier Saunders; 2018. [citado el 02 de mayo de 2023].
  28. Scarcella A. *What Is the Optimal Management for Biliary Colic and Who Requires Admission?*. Springer International Publishing; 2019: p. 205-206. [citado el 02 de mayo de 2023]
  29. Espinoza J, Jimmy MD, et al. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstetrics & Gynecology*. 2020; 135(6): p.e237-e260. [citado el 02 de mayo de 2023].
  30. ACOG. ACOG Practice Bulletin No. 203: Chronic Hypertension in Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*. 2019; 133(1): p.e26-e50. [citado el 02 de mayo de 2023]
  31. About Preeclampsia and Eclampsia. [Internet]. National Institute of Child Health and Human Development. [Actualizado el 18 de noviembre de 2018, acceso el 29 de noviembre de 2020]. [citado el 02 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/preeclampsia/conditioninfo>.
  32. Davidson KW, Barry MJ, et al. Aspirin Use to Prevent Preeclampsia and Related Morbidity and Mortality. *JAMA*. 2021; 326(12): p.1186 - 1187. doi: 10.1001/jama.2021.14781. [citado el 02 de mayo de 2023].

33. ACOG. Antenatal Corticosteroid Therapy for Fetal Maturation. ACOG Committee Opinion Number 713. *Obstetrics & Gynecology*. 2017; 130(2): p.e102-e109. [citado el 02 de mayo de 2023]
34. American College of Obstetricians and Gynecologists. Prelabor Rupture of Membranes: ACOG Practice Bulletin, Number 217.. *Obstet Gynecol*. 2020; 135(3): p.e80-e97. [citado el 02 de mayo de 2023]
35. Cunningham F, Leveno K, et al. *Williams Obstetricia*. 24° Edición Editorial Mc Graw Hill Education 2019. p. 462. [citado el 02 de mayo de 2023]