

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL DE CHANCAY Y S.B.S. DR. HIDALGO ATOCHE
LÓPEZ 2023- 2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA
PRESENTADO POR
GENESIS ANDREA PAISIG CHILET**

**ASESOR
HUGO ANÍBAL ORTÍZ SOUZA**

**LIMA - PERÚ
2024**



**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 EL HOSPITAL DE CHANCAY Y S.B.S. DR. HIDALGO
ATOCHE LÓPEZ 2023- 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAREL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR
GENESIS ANDREA PAISIG CHILET**

**ASESOR
MC HUGO ANÍBAL ORTÍZ SOUZA**

**LIMA-PERÚ
2024**

JURADO

Presidente: Hector Miguel Lamilla Valdez

Miembro: Lincoln Florencio Blacido Trujillo

Miembro: Giovanna Itala Aguilar Oliva

DEDICATORIA

A mis padres por apoyarme incondicionalmente, siendo mi mayor soporte y fortaleza; agradezco su motivación en cada uno de los momentos buenos y malos.

A mi hermano Rodrigo por acompañarme durante estos años de carrera, brindándome su apoyo y aliento a seguir.

A Gianfranco por siempre darme la mano y nunca dejarme caer.

En especial a mi hijo Emiliano que es mi mayor motivo a seguir siendo cada día mejor.

A mis abuelos, Mercedes y Carlos, Marina y Alfonso por estar pendiente de mi proceso de ser profesional durante estos años, siendo parte importante en mi vida demostrándome su amor incondicional y cuidarme.

ÍNDICE

PORTADA	i
JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	9
1.1 Rotación en Ginecología y Obstetricia	9
1.2 Rotación en Medicina Interna	13
1.3 Rotación en Cirugía General	18
1.4 Rotación en Pediatría	22
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	27
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	29
3.1 Rotación en Ginecología y Obstetricia	29
3.2 Rotación en Medicina Interna	31
3.3 Rotación en Cirugía General	34
3.4 Rotación de Pediatría	36
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	39
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	43
FUENTES DE INFORMACIÓN	44
ANEXOS	47

RESUMEN

Objetivo: Describir el conocimiento, abordaje clínico y experiencias adquiridas en el internado médico mediante casos clínicos correspondientes al periodo abril 2023 a enero 2024 en el Hospital de Chancay. **Materiales y métodos:** Recopilación de dos historias clínicas por cada rotación en Gineco-Obstetricia, Medicina, Cirugía y Pediatría. Un total de ocho casos clínicos de pacientes que fueron atendidos en el centro hospitalario de Chancay. **Resultados:** Descripción de los casos clínicos más relevantes durante el internado médico, destacando el desarrollo y manejo profesional aplicado en cada rotación. En primer lugar, durante la rotación en Ginecología y Obstetricia se presenta los casos de aborto incompleto y trabajo de parto en fase expulsiva. Por otra parte, en Medicina Interna se presenta los casos de pancreatitis aguda y celulitis en miembros inferiores. Luego, en Cirugía General se presenta los casos de colecistitis aguda litiásica y apendicitis aguda. Por último, en la rotación de Pediatría se presenta los casos clínicos de neumonía viral y celulitis preseptal. **Conclusiones:** El internado es una de las etapas primordiales de la carrera médica, en la que se adquirió conocimientos y destrezas fundamentales para nuestro correcto e íntegro desarrollo profesional.

Palabras clave: Internado médico, Hospital de Chancay, gineco-obstetricia, medicina interna, pediatría, cirugía general

ABSTRACT

Objective: Describe the knowledge, clinical approach and experiences acquired in the medical internship through clinical cases corresponding to the period April 2023 to January 2024 at the Chancay Hospital. **Materials and methods:** Compilation of 2 medical records for each rotation in Gynecology-Obstetrics, Medicine, Surgery and Pediatrics. A total of 8 clinical cases of patients who were treated at the Chancay hospital center. **Results:** Description of the most relevant clinical cases during the medical internship, highlighting the development and professional management applied in each rotation. Firstly, during the rotation in Gynecology and Obstetrics, cases of incomplete abortion and labor in the expulsive phase are presented. On the other hand, in Internal Medicine cases of acute pancreatitis and cellulitis in the lower limbs are presented. Then, in General Surgery, cases of acute stone cholecystitis and acute appendicitis are presented. Finally, in the Pediatrics rotation, clinical cases of viral pneumonia and preseptal cellulitis are presented. **Conclusions:** The internship is one of the essential stages of the medical career, in which fundamental knowledge and skills were acquired for our correct and comprehensive professional development.

Keywords: Medical internship, Chancay Hospital, gynecology-obstetrics, internal medicine, pediatrics, general surgery

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL DE CHANCAY Y S.B.S.
DR. HIDALGO ATOCHE LÓPEZ 2023-

AUTOR

GENESIS ANDREA PAISIG CHILET

RECUESTO DE PALABRAS

9201 Words

RECUESTO DE CARACTERES

53215 Characters

RECUESTO DE PÁGINAS

48 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

274.0KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 27, 2024 8:35 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 27, 2024 8:36 AM GMT-5

● 20% de similitud general

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

- 20% Base de datos de internet
- Base de datos de Crossref
- 2% 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



MC. HUGO ANÍBAL ORTÍZ SOUZA
CÓDIGO ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3619-2120>
DNI: 08610015

INTRODUCCIÓN

La última etapa fundamental en la formación profesional de un estudiante de la facultad de medicina es el internado médico. Periodo en el cual ponemos en práctica los años de estudio teórico en ciencias básicas. A pesar que la pandemia de la COVID-19 nos impidió la práctica de pre-internado en los diversos centros hospitalarios reemplazándolo por métodos virtuales se asumió el compromiso y el reto de consolidar nuestras destrezas y conocimientos en este último año.

Los desafíos educativos y prácticos durante el internado médico nos permiten afianzar nuestras habilidades y destrezas dentro del campo profesional. Fortalecer estos puntos es fundamental para la formación médica, donde se abarcan las diferentes especialidades que otorga al estudiante una experiencia y orientación en su aprendizaje clínico y práctico. El desarrollo adquirido en la realización de historias clínicas, procedimientos, interpretación diagnóstica y tratamiento individualizado durante la rotación en el hospital de Chancay se plasmarán en los siguientes capítulos a tratar durante los periodos de abril 2023 y enero 2024. Este Proceso formativo y contribuyente en la vida profesional de un estudiante médico evalúa desde sus habilidades clínicas hasta el desarrollo de la ética, a cargo de la supervisión de médicos especializados.

El internado médico permite a los estudiantes de medicina ser los principales partícipes de nuestro actual sistema de salud, evidenciando las limitaciones y/o beneficios, periodo en el cual se rota por 4 áreas especializadas en Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía y pediatría.

El Hospital de Chancay y SBS es la sede hospitalaria en la cual realice mi internado médico, ubicado en el distrito de Chancay, provincia de Huaral, departamento de Lima. Es una institución de nivel II-2, que cuenta con

atención especializada de los diferentes servicios. Por motivos de la pandemia de la COVID-19 este tuvo una duración de 10 meses, el cual inició el 01 de abril del 2023 y finalizó el 31 de enero del 2024.

Este trabajo detalla y describe cada una de las experiencias del interno de medicina por cada rotación, analizando 8 casos clínicos de las patologías más frecuentes vistas en el nosocomio. Consolidando de manera adecuada los conocimientos teóricos y prácticos mediante el correcto manejo de los casos, los cuales serán cruciales para la realización del Serums (Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud). Con el objetivo destacar el impacto que tienen las prácticas médicas en la formación profesional y la responsabilidad que este implica, a pesar de las limitaciones sanitarias y académicas tras 3 años ocurrido la pandemia de la COVID-19. Nuestra preparación en centros hospitalarios nos brindará la oportunidad de enfrentarnos a situaciones complejas y a fortalecer la relación médico-paciente que contribuyen con nuestro crecimiento.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n. ° 1

Paciente mujer de 35 años que ingresa a emergencia en compañía de familiares referida del hospital de Huaral con diagnóstico de aborto incompleto presentando sangrado vaginal rotulante de regular cantidad con presencia de coágulos acompañado de dolor pélvico tipo cólico. Niega otros síntomas con funciones biológicas conservadas.

Antecedentes

- Gineco-obstétricos: menarquia 15 años, RC: 7/30, IRS: 18 años, NPS: 2, FUR: 14/02/2023, MAC: niega, G3P2012, embarazo ectópico 2016
- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: niega
- Familiares: niega
- RAM: niega

Examen físico

- Funciones vitales: presión arterial: 100/70 mmHg, FC: 88 lpm, FR: 18 rpm, temperatura: 36.5 °C, SaO2: 98%
- Apreciación general: AREG, AREH, AREN
- Piel y anexos: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos, no palidez.
- Abdomen: blando, depresible, RHA presentes, no doloroso a la palpación profunda
- Especuloscopia: coágulos abundantes en el canal vaginal, se evidencia restos
- Tacto vaginal: OCE abierto con sangrado vaginal moderado
- Resto de aparatos y sistemas sin alteraciones.

Exámenes auxiliares

Hemograma

- Leucocitos: 6 670/mm³
- Hemoglobina: 12.2 g/dL
- Hematocrito: 36.8 %
- Abastionados: 00 %
- Segmentados: 69 %
- Plaquetas: 266 000/mm³

Ecografía transvaginal

- Útero anteversoflexo, tamaño 56 x 46 x 48 mm, endometrio de 15 mm con contenido heterogéneo. Se evidencia saco gestacional sin embrión en su interior.

Impresión diagnóstica

- Aborto incompleto

Plan de trabajo

- NPO
- NaCl 0.9% EV 1000 cc
- Control de sangrado vaginal
- Completar exámenes auxiliares + prequirúrgicos
- Prepara para AMEU

Seguimiento: paciente ingresa a sala de partos para realización de AMEU bajo anestesia y bloqueo paracervical, finalizando el procedimiento sin complicaciones y se envía resto endouterinos para análisis anatopatológicos. Pasa a hospitalización con evolución favorable y es dada de alta con clindamicina 300mg VO cada 8 horas por 5 días y naproxeno 500mg VO cada 8 horas por 3 días, con control por consultorio externo de ginecología.

Caso clínico n. ° 2

Gestante de 34 años con 40 semanas 1/7 por ecografía del primer trimestre acude a emergencias por referir contracciones uterinas cada 3 minutos. Además, refiere pérdida del tapón mucoso y sensación de pujo. Niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido, niega signos de irritación cortical.

Antecedentes

- Gineco-obstétricos: menarquia 11 años, RC: 8/30, IRS: 24 años, NPS: 1, FUR: 14/08/2022, FPP: 21/05/2023, MAC: niega, G2P1001
- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: niega
- Familiares: niega
- RAM: niega

Examen físico

- Funciones vitales: presión arterial: 120/80 mmHg, FC: 82 lpm, FR: 19 rpm, temperatura: 36.8 °C, SaO2: 98%
- Apreciación general: AREG, AREH, AREN
- Piel y anexos: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos, no palidez, no edema.
- Abdomen: útero grávido, tono conservado, altura uterina 33 cm, Situación, posición y presentación: longitudinal cefálico derecho, latidos cardiacos fetales: 146 lpm. Movimientos fetales presentes.
- Genito-urinario: tacto vaginal: dilatación: 10 cm, altura de presentación: -1. Pelvis ginecoide.

Exámenes auxiliares

Cuenta con resultados: Urocultivo (13/05/23): negativo

Hemograma

- Leucocitos: 11,500/mm³
- Hemoglobina: 12 g/dL

- Hematocrito: 36.4 %
- Abastionados: 00 %
- Segmentados: 89 %
- Grupo sanguíneo B y factor RH +

Impresión diagnóstica:

- Gestación 40 semanas por ecografía del primer trimestre
- Trabajo de parto: fase expulsiva

Plan de trabajo

- Pasa inmediatamente a centro obstétrico: sala de parto
- Colocación de vía endovenosa permeable NaCl 0.9% 1000 cc – 30 gotas por minuto
- Se solicita exámenes auxiliares complementarios
- CFV

Se realiza la atención del parto eutócico obteniendo a un recién nacido vivo de sexo femenino con un peso de 3270 gr, presentación compuesta, líquido amniótico claro y alumbramiento dirigido tipo schultze. Paciente pasa a puerperio inmediato para control de funciones vitales, monitoreo de la hemorragia posparto y verificación del estado del útero para asegurar su contracción adecuada.

Tratamiento posparto

- Dieta completa + líquidos a voluntad
- NaCl 0.9% 1000cc + oxitocina 20 UI - 30 gotas por minuto
- Paracetamol 1 gr VO cada 8 horas
- Automasaje uterino
- Lactancia materna exclusiva
- Control de sangrado vagina + higiene vulvoperineal
- CFV
- Se solicita hemoglobina y hematocrito control

Seguimiento: la paciente es trasladada a piso de hospitalización materno para continuar con el tratamiento y la recuperación, con hemoglobina control de 11.8 g/dL y hematocrito en 36.2% evidenciando una anemia leve, por lo cual se le indica sulfato ferroso 300mg vía oral cada 24 horas. Posteriormente es dada de alta con indicaciones médicas y control por consultorio externo.

1.2 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n. ° 3

Paciente de sexo femenino de 18 años, procedente Aucallama, ingresa a emergencia con un tiempo de enfermedad de 24 horas por presentar dolor abdominal tipo cólico localizado en epigastrio que se irradia a zona dorsal en forma de cinturón de moderada intensidad. Se acompaña con náuseas, vómitos y distensión abdominal. Niega otras molestias.

Antecedentes

- Personales: obesidad tipo I.
- Patológicos: gastritis crónica.
- Quirúrgicos: niega
- Familiares: niega
- RAM: niega

Examen físico

- Funciones vitales: presión arterial: 100/60 mmHg, FC: 93 lpm, FR: 20 rpm, temperatura: 36.5 °C, SaO₂: 98%
- Peso: 84 kg, talla: 1.60 cm, IMC: 32.8 kg/m².
- Apreciación general: AREG, AREH, AREN
- Piel y anexos: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos, no palidez, no ictericia.
- Abdomen: blando, depresible, RHA presentes, doloroso a la palpación

profunda en epigastrio.

- Resto de aparatos y sistemas sin alteraciones.

Exámenes auxiliares

Hemograma

- Leucocitos: 16 670/mm³
- Abastionados: 00 %
- Segmentados: 84 %
- Plaquetas: 258 000/mm³
- PCR cuantitativa: negativo

Perfil hepático

- Bilirrubinas totales:2.37 mg/dl
- Bilirrubinas indirectas:1.38 mg/dl
- Bilirrubinas directas:0.99 mg/dl
- Amilasa: 2574 U/L
- Fosfatasa alcalina: 77 U/L
- TGP:187 U/L
- TGO:79 U/L

Examen de orina

- Leucocitos: 2-4 x campo
- Hematíes: 1-2 x campo
- Células epiteliales 10-12 x campo.

Ecografía abdominal

- Colecistitis aguda calculosa, más hidrocolecisto.
- Hallazgo sugestivo de pancreatitis aguda.
- Dilatación de las vías biliares D/C colangitis
- Engrosamiento de la pared gástrica
- Hallazgo hepático en relación con esteatosis hepática grado III, más hepatomegalia severa.

Impresión diagnóstica

- Síndrome doloroso abdominal: pancreatitis aguda con BISAP 1
- Colecistitis aguda calculosa

Plan de trabajo

- NPO
- NaCl 9% 1000cc I-III
- Dextrosa al 5% acompañado NaCl al 20% (2 ampollas) y KCl al 20% (1 ampolla) II- IV
- Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas
- Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas
- NaCl 9% 100cc más metamizol 1.5 gr más hioscina 2º mg EV lento cada 8 horas
- NaCl 9% 100 cc más tramadol 100mg más dimenhidrinato 50mg EV lento PRN dolor intenso
- Se hospitaliza
- CFV + BHE

Seguimiento: paciente con evolución favorable, afebril, tolera bien la dieta líquida amplia. Refiere disminución del dolor sin otras molestias, se realiza hemograma control con disminución de leucocitos y amilasa, por lo que la paciente es dada de alta con indicaciones médica para control por consultorio externo por cirugía para programación quirúrgica previo resultado de colangiografía.

Caso clínico n. ° 4

Paciente de sexo masculino de 70 años, procedente de Chancay, acude a emergencia por referir que desde hace 1 semana evidencio lesiones en los tobillos y presento sensación de picazón a causa del uso de botas de jebe por trabajar en el campo, luego nota eritema y edema de pies a predominio derecho. Niega sensación de alza térmica y otras molestias.

Antecedentes

- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: niega
- Familiares: niega
- RAM: niega

Examen físico

- Funciones vitales: presión arterial: 120/60 mmHg, FC: 72 lpm, FR: 20 rpm, temperatura: 36.1 °C, SaO2: 95 %
- Apreciación general: AREG, AREH, AREN
- Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos, no palidez.
- TCSC: edema en miembros inferiores ++/+++ con signos de flogosis.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos con buena intensidad. Soplo (-)
- Abdomen: globulosos, blando, depresible, RHA presentes, no doloroso a la palpación profunda ni superficial.
- Miembros inferiores: eritematoso, caliente con aumento de volumen en pies, pulso pedio presente, doloroso a la digitopresión y lesiones ulcerativas en zona lateral externo de los tobillos. Presencia de onicomycosis.
- Neurológico: paciente lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow 15/15.

Exámenes auxiliares

Hemograma

- Leucocitos: 9 020/mm³
- Abastionados: 00 %
- Segmentados: 68 %
- Eosinófilos: 03 %

- Plaquetas: 247 000/mm³
- PCR cuantitativa: positivo

Bioquímica

- Creatinina: 0.91 mg/dl
- Urea: 28 mg/dl
- Glucosa basal: 105 mg/dl

Impresión diagnóstica

- Celulitis de miembros inferiores
- Insuficiencia venosa periférica MMII: a descartar trombosis venosa profunda
- Ulceras varicosas

Plan de trabajo

- Dieta completa
- Vía salinizada
- Oxacilina 2 gr EV cada 6 horas
- Enoxaparina 40 mg subcutáneo cada 12 horas
- Paracetamol 1gr EV PRN dolor y/o fiebre
- Curación de herida diaria
- Se solicita ecografía Doppler
- CFV + BHE

Seguimiento: Se le realiza la ecografía Doppler donde se evidencia insuficiencia venosa periférica bilateral moderada-severa, además de adenopatía inguinal bilateral y no signos de trombosis venosa profunda. Luego de 3 días con tratamiento antibiótico con oxacilina paciente muestra una evolución estacionaria, por lo cual se rota de antibiótico a ceftriaxona 2 gr endovenoso cada 24 horas durante 14 días más con evolución favorable y evidente mejoría de las lesiones en miembros inferiores en proceso de cicatrización. Tras 17 días de hospitalización es dado de alta con indicaciones médicas y posterior control por consultorio externo de medicina en 1 semana.

1.3 Rotación en Cirugía General

Caso clínico n. ° 5

Paciente de sexo masculino de 44 años procedente de Aucallama, con antecedente de obesidad mórbida, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 48 horas, por referir dolor abdominal tipo cólico en el cuadrante superior derecho de moderada intensidad luego de consumir alimentos copiosos, que no ceden con analgésicos orales incrementándose gradualmente. Cuenta con diagnóstico previo de litiasis vesicular por ecografía abdominal hace 2 años.

Antecedentes

- Personales: obesidad mórbida
- Patológicos: litiasis vesicular
- Quirúrgicos: niega
- Familiares: niega
- RAM: niega

Examen físico

- Funciones vitales: presión arterial: 100/70 mmHg, FC: 77 lpm, FR: 20 rpm, temperatura: 36.5 °C, SaO2: 97%
- Peso: 110 kg, talla: 1.65 m, IMC: 40.4 kg/m².
- Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos, no palidez, no ictericia.
- Abdomen: globulosos, blando, depresible, RHA presentes, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho, Murphy (+).
- Resto de aparatos y sistemas sin alteraciones.

Impresión diagnóstica

- Síndrome doloroso abdominal: litiasis vesicular. A descartar colecistitis aguda

litiásica.

- Obesidad mórbida

Plan de trabajo

- NPO
- Se inicia hidratación endovenosa con NaCl
- Analgesia y antiespasmódicos por vía endovenosa
- Se solicita exámenes de laboratorio (hemograma completo. PCR cuantitativa y perfil hepático).
- Se solicita ecografía abdominal.

Se reevalúa al paciente con los resultados de los exámenes solicitados.

Exámenes auxiliares

Hemograma

- Leucocitos: 20,910/mm³
- Abastionados: 01 %
- Segmentados: 82 %
- Plaquetas: 283 000/mm³
- PCR cuantitativa: negativo

Perfil hepático

- Bilirrubinas totales:0.76 mg/dl
- Bilirrubinas indirectas:0.20 mg/dl
- Bilirrubinas directas:0.56 mg/dl
- Amilasa: 36 U/L
- Fosfatasa alcalina: 115 U/L

Ecografía abdominal

- Vesícula biliar de 10 x 4 cm, distendida con contenido de múltiples cálculos que dan sombra acústica posterior en 1/3 distal, paredes regulares engrosadas de 4.2 mm. Colédoco 4 cm. Compatible con colecistitis aguda calculosa.

Se realiza interconsulta a cirugía para evaluación y sugerencias por su especialidad. Médico cirujano de turno evalúa al paciente y analiza los exámenes auxiliares, dando pase a su servicio por diagnóstico de colecistitis aguda calculosa. Se le realizan exámenes prequirúrgicos, para programación de colecistectomía laparoscópica.

Hallazgos operatorios: Vesícula biliar de 12 x 5 cm, paredes engrosadas con múltiples cálculos en su interior de 2 cm aproximadamente.

Seguimiento: Se le agrega antibioticoterapia previa intervención quirúrgica. Pasa a hospitalización para la evaluación diaria correspondiente, manejo del dolor en la zona operatoria y se inicia tolerancia por vía oral, con evolución favorable durante la estancia hospitalaria, por consiguiente, alta médica con indicaciones y control por consultorio externo en 7 días.

Caso clínico n. ° 6

Paciente de sexo femenino de 27 años, procedente de Chancayllo, acude a emergencias con un tiempo de enfermedad de 8 horas, por presentar dolor abdominal repentino en epigastrio que se irradia luego de algunas horas a la fosa iliaca derecha empeorando con el pasar de las horas acompañado de nauseas e hiporexia. No cede con analgésicos Niega sensación de alza térmica y otros malestares. Sin antecedentes de importancia.

Examen físico

- Funciones vitales: presión arterial: 120/60 mmHg, FC: 80 lpm, FR: 20 rpm, temperatura: 36.6 °C, SaO2: 98%
- Peso: 78 kg, talla: 1.65 cm, IMC: 28.7 kg/m2.
- Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos.
- Abdomen: blando, depresible, RHA disminuidos, doloroso a la palpación profunda y superficial en fosa iliaca derecha, McBurney (+), rebote (+).
- Resto de aparatos y sistemas sin alteraciones.

Impresión diagnóstica

- Síndrome doloroso abdominal
- Abdomen agudo quirúrgico: a descartar apendicitis aguda
- Sobrepeso

Plan de trabajo

- NPO
- Se inicia hidratación endovenosa con NaCl
- Se solicita exámenes de laboratorio (hemograma completo. PCR cuantitativa y examen de orina).

Se reevalúa al paciente con los resultados de los exámenes solicitados.

Exámenes auxiliares

Hemograma

- Leucocitos: 15,690/mm³
- Abastionados: 0 %
- Segmentados: 77 %
- Plaquetas: 308 000/mm³
- PCR cuantitativa: negativo

Examen de orina

- Leucocitos: 3-5 x campo
- Hematíes: 0-1 x campo
- Células epiteliales: 8-10 x campo

Se realiza interconsulta a cirugía para evaluación y sugerencias por su especialidad. Médico cirujano de turno evalúa al paciente con leucocitosis, dando pase a su servicio por diagnóstico de apendicitis aguda. Se le realizan exámenes prequirúrgicos, para pase a sala de operaciones de emergencia para la

realización de apendicetomía laparoscópica.

Hallazgos operatorios: apendicitis cecal supurada de 8 x 2 cm con líquido inflamatorio y quiste anexial derecho de 6 x 6 cm.

Seguimiento: Pasa a hospitalización para la evaluación correspondiente, manejo del dolor en la zona operatoria y tolerancia oral, con evolución favorable, por consiguiente, alta médica con indicaciones y control por consultorio externo en 7 días.

1.4 Rotación en Pediatría

Caso clínico n. ° 7

Paciente masculino de 2 años, procedente de Quepepampa, traído a emergencia por madre con un tiempo de enfermedad de 1 día por presentar rinorrea, sensación de alza térmica cuantificada de 38 °C, tos seca exigente, agitación y dificultad respiratoria que se intensifican con el pasar de las horas. Cuenta con antecedentes de asma bronquial y hospitalizaciones previas por neumonía en el 2022.

Antecedentes

- Patológicos: asma bronquial recurrente
- Quirúrgicos: niega
- Familiares: madre rinitis alérgica y abuela materna diabética
- Neonatológicos: G2P2002. Recién nacido a término de parto eutócico. Peso al nacer: 3320 gr.
- RAM: niega
- Madre refiere que cuenta con sus vacunas completas

Examen físico

- Funciones vitales: FC: 150 lpm, FR: 30 rpm, temperatura: 38.5 °C, SaO₂: 87%

- Apreciación general: AREG, AREH, AREN, cursa con dificultad respiratoria
- Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos, no palidez, no cianosis
- Orofaringe: eritematosa
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa disminuido en bases pulmonares, sibilantes inspiratorios y espiratorios, tirajes 3 paquetes musculares. PRAM: 9 puntos. B y P: 6 puntos
- Neurológico: alerta, fuerza y tono conservado.

Impresión diagnóstica

- Síndrome febril
- Crisis asmática moderada
- D/C Neumonía viral con hiperreactividad bronquial vs neumonía atípica

Plan de trabajo

- NPO
- Vía salinizada
- Nebulización con salbutamol 15 gotas más 4 cc de suero fisiológico cada 15 min por 1 hora
- Bromuro de ipratropio inhalación con aerocámara 4 puff cada 15 min por 1 hora
- Dexametasona 4 mg EV STAT
- Metamizol 390 mg EV STAT
- Se solicita hemograma completo, PCR cuantitativa, radiografía de tórax y prueba antigénica de COVID-19

Exámenes auxiliares

Hemograma

- Leucocitos: 10,900/mm³
- Abastionados: 00 %

- Segmentados: 73 %
- PCR cuantitativa: positivo

Prueba antigénica: negativo

Radiografía de tórax: signo de atrapamiento aéreo y patrón intersticial

Se reevalúa al paciente luego de una hora de terapia con saturación de oxígeno que oscila entre 91-92%. Al examen físico murmullo vesicular pasa disminuido en bases pulmonares con sibilantes espiratorio, tiraje subcostal e intercostal y subcrepitos difusos por lo cual pasa a hospitalización.

Tratamiento

- Dieta completa más líquidos a voluntad
- Vía salinizada
- Nebulización con salbutamol 15 gotas más 4 cc de suero fisiológico cada 30 min por 2 horas, luego cada 3 horas
- Bromuro de ipratropio inhalación con aerocámara 4 puff cada 6 horas por 1 día
- Prednisona 5mg/5ml jarabe 13 ml VO cada 24 horas por 4 días
- Azitromicina 250mg/5ml jarabe 3.5 ml VO una vez al día
- Paracetamol 120mg/5 ml jarabe 8 ml PRN fiebre
- O2 por cánula binasal si saturación de oxígeno > o igual 94%
- Posición semifowler
- Monitoreo respiratorio
- Se solicita IFI viral
- CFV + BHE

Seguimiento: paciente con saturación de oxígeno de 95% y leve uso de un paquete muscular con un puntaje de 1 en la escala de Bierman y Pearson. Se realiza interconsulta a medicina física y rehabilitación con sugerencias de emplear cambios posturales y preparar para el destete progresivo de oxígeno. Evolución favorable cumplido el tratamiento por lo cual se le da alta médica con indicaciones y cita control por pediatría en 5 días.

Caso clínico n. ° 8

Paciente femenino de 7 meses de edad, procedente de Aucallama, traído a emergencia por madre con un tiempo de enfermedad de 5 días por presentar sensación de alza térmica, eritema y escozor intenso en zona orbital del ojo izquierdo. Con el transcurso de los días se evidencia un aumento de volumen en la zona afectada, además de lagrimeo constante y rinorrea acuosa de moderada cantidad.

Antecedentes

- Patológicos: lagrimeo ocular intermitente desde los 3 a 4 meses
- Quirúrgicos: niega
- Familiares: niega
- Neonatológicos: G1P1001. Parto cesárea por RCIU. Peso al nacer: 2535 gr.
- RAM: niega
- Madre refiere que cuenta con sus vacunas completas

Examen físico

- Funciones vitales: FC: 117 lpm, FR: 30 rpm, temperatura: 36.3 °C, SaO₂: 99%
- Apreciación general: AREG, AREH, AREN
- Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos, no palidez
- Cabeza: normocéfalo. Ojo izquierdo eritematoso, caliente con aumento de volumen en la región preseptal con apertura ocular 10%
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares
- Neurológico: alerta, irritable con respuesta a estímulos
- Resto de aparatos y sistemas sin alteraciones

Impresión diagnóstica:

- Celulitis preseptal del ojo izquierdo
- D/C Dacriocistocele

- D/C Estenosis del conducto lagrimal
- Lactante menor

Plan de trabajo

- Lactancia materna a libre demanda más ablactancia
- Dextrosa 5% 1000cc + NaCl 20% 40 cc + KCl 20% 10cc – 12 gotas por minuto
- Oxacilina 225 mg EV cada 6 horas
- Clindamicina 100 mg EV cada 8 horas
- Dexametasona 2mg EV STAT luego 1 mg EV cada 8 horas
- Clorfenamina 1mg EV cada 8 horas
- Paracetamol 150 mg vía oral PRN si temperatura > o igual 38° C
- Se solicita hemograma completo y PCR
- Se hospitaliza
- CFV

Exámenes auxiliares

Hemograma

- Leucocitos: 14000/mm³
- Abastionados: 00 %
- Segmentados: 39 %
- Hemoglobina: 11.6 g/dL
- Hematocrito: 36.7 %
- Plaquetas: 320 000
- PCR cuantitativa: positivo

Seguimiento: paciente con evolución favorable en relación con el tratamiento instaurado. Se solicita evaluación por oftalmología el cual sugiere referencia a institución de mayor resolución. Se da el alta con indicaciones médicas y cita por consultorio externo de pediatría.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El Hospital de Chancay y SBS Dr. Hidalgo Atoche López (HCHC), fue inaugurado el 17 de setiembre de 1971 durante el 2do gobierno del Gral. Juan Velazco A., ubicado en el distrito de Chancay, provincia de Huaral, departamento de Lima. Categorizado como un nivel II-2 a partir del 07 de junio del año 2010. Actualmente bajo la dirección del Dr. Milko Molina Morote (1).

El proceso del internado médico se desarrolló durante el 01 de abril del 2023 hasta el 31 de enero del 2024. Periodo en el cual se realizó las rotaciones por los servicios de Gineco-Obstetricia, Medicina, Cirugía y pediatría durante un tiempo de 2 meses y 15 días. A cargo de médicos residentes y asistentes especializados comprometidos con la formación del futuro médico.

El Hospital de chancay es centro de referencia para los diversos centros de salud como CS Aucallama, CS Chancayllo, CS Cerro la Culebra, CS Pampa Libre, PS Quepepampa, PS Peralvillo, PS Pasamayo, PS Cerro la Culebra y PS Palpa. (1) Con el principal objetivo de brindar adecuados servicios de salud de calidad para el paciente con tecnología actualizada y profesionales especializados en cardiología, neurología, gastroenterología, psiquiatría, neumología, urología, endocrinología, pediatría, traumatología, anestesiología, ginecología, entre otros (2). Además, cuenta con el servicio social, servicio de nutrición, servicio de farmacia, servicio de psicología y laboratorio. Este centro hospitalario cuenta con unidad de trauma shock, unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados intensivos neonatales, centro quirúrgico, tópico de emergencia, observación, hospitalización y consultorios externos. A su vez dispone de exámenes laboratoriales y de imagen fundamentales para el diagnóstico y correcto manejo de los pacientes.

El rol del interno en cada rotación enfatiza tanto la práctica clínica como los

conocimientos teóricos esenciales para la formación profesional. En la cual se realiza funciones tanto asistenciales como administrativas bajo la supervisión del médico asistente o residente a cargo de nuestra preparación, como elaboración de historias clínicas, evolución clínica, presentación de casos clínicos, manejo y seguimiento de cada uno de los pacientes. Durante la rotación en emergencia se lleva a cabo la realización de procedimientos como suturas, curaciones, toma de gases arteriales, colocación de sondas vesicales, colocación de yesos y vendajes, asistencia en sala de partos bajo la supervisión del médico. Asimismo, se fortalecen nuestra habilidades y destrezas con actividades académicas programadas en cada rotación. Todo ello con el objetivo de formar excelentes profesionales de la salud.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n. ° 1

Se evalúa a una paciente mujer de 35 años que ingresa a emergencia con diagnóstico de aborto incompleto. Refiriendo sangrado vaginal acompañado de dolor pélvico tipo cólico. A través del examen físico minucioso se confirma la presencia de un aborto incompleto, lo cual es corroborado por una ecografía transvaginal que muestra un saco gestacional sin embrión en su interior.

El aborto incompleto es la expulsión parcial del producto de una gestación durante el primer trimestre. Que presenta síntomas característicos como es el sangrado persistente que en algunas situaciones pone en riesgo la vida del paciente (3). Considerada una de las emergencias obstétricas frecuentes de atención inmediata (4). Causado por múltiples etiologías como las malformaciones genéticas, infecciones, deficiencia de hormonas, entre otras patologías. Además, puede asociarse a factores de riesgo en relación a la edad materna, antecedente de abortos previos, enfermedades crónicas y patologías uterinas (3).

El plan de trabajo incluye medidas para controlar la hemorragia uterina, completar los exámenes auxiliares y preparar a la paciente para la realización de aspiración manual endouterinos (AMEU) recomendado actualmente por ser el mejor tratamiento con evidencia científica por permitir retirar en su totalidad los restos endouterinos y evitar el riesgo de dañar las paredes uterinas (4). Además de estar indicado si el tamaño del útero es menor de 12 cm. Durante el procedimiento se debe realizar un monitoreo estricto de las funciones vitales y solicitud de transfusión sanguínea en caso sea necesario. Bajo la supervisión de la aparición de signos de alarma (3).

El tratamiento posterior incluye antibiótico y analgésico para prevenir infecciones y controlar el dolor, respectivamente. La paciente con evolución favorable es dada de alta con seguimiento en consultorio externo de ginecología.

Caso clínico n. ° 2

El siguiente caso nos describe a una gestante de 34 años en trabajo de parto a término, con contracciones cada 3 minutos, pérdida del tapón mucoso y sensación de pujo. Se identifica una dilatación completa del cuello uterino en el examen físico, lo que confirma encontrarse en la fase expulsiva del trabajo de parto. Se realiza la atención del parto eutócico inmediatamente, obteniendo un recién nacido vivo de sexo femenino con un peso adecuado.

El trabajo de parto es un proceso fisiológico complejo que involucra una serie de cambios en el útero y en la madre para permitir la expulsión del feto. Durante el trabajo de parto, las contracciones uterinas regulares y coordinadas ayudan a dilatar y borrar el cuello uterino, permitiendo así el paso del feto por el canal del parto (5). Es así, que la dilatación completa en este caso indica que la paciente está lista para el alumbramiento, y la presencia de contracciones regulares cada 3 min confirma la fase activa del trabajo de parto.

La fase expulsiva en la que se encuentra la paciente es definida como el periodo entre la dilatación completa del cuello uterino y el nacimiento del bebe en la cual la madre siente la necesidad de pujar involuntariamente debido a las contracciones expulsivas (6).

La paciente es llevada inmediatamente a sala de parto donde incluye la monitorización continua de la madre y el feto, ingresa tomando posición de litotomía donde se realiza la asepsia y antisepsia, indicándole el continuo pujo voluntario. Tomándose medidas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el alumbramiento espontaneo (6). llevándose a cabo el nacimiento sin complicaciones.

Después del parto, se inicia la fase de puerperio inmediato, donde se monitorea la recuperación de la madre y se asegura la adecuada contracción uterina para prevenir la hemorragia posparto cada 15 min por 2 horas. Se proporciona tratamiento y cuidados, que incluyen analgesia, masaje uterino, lactancia materna exclusiva y control del sangrado vaginal.

3.2 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n. ° 3

Se describe a una paciente joven con antecedentes de obesidad y gastritis crónica que ingresa a emergencia con un cuadro de dolor abdominal agudo persistente en el epigastrio de inicio súbito que se irradia en forma de cinturón acompañado de náuseas y vómitos. El examen físico revela dolor a la palpación profunda en el epigastrio y la ecografía confirma los hallazgos de pancreatitis aguda, además de evidenciar colecistitis aguda calculosa, esteatosis hepática grado III y hepatomegalia severa.

La pancreatitis aguda se define como una inflamación aguda del páncreas que inicia abruptamente debido a la activación de enzimas digestiva a nivel intrapancreático que puede ser causada por la presencia de cálculos biliares frecuentemente, entre otras causas. Se ha visto una mayor incidencia en pacientes obesos, alcohólicos y con colelitiasis (7). En este caso, la paciente presenta una colecistitis aguda calculosa, lo que indica que los cálculos biliares han migrado hacia el conducto biliar común y han obstruido la salida del jugo pancreático, desencadenando la pancreatitis aguda. Es así que la etiología obstructiva es una de las causas más frecuentes y comunes en mujeres (7). Siendo el síntoma principal el dolor abdominal persistente en epigastrio que se irradia a la espalda en cinturón (8).

Su diagnóstico depende de la presencia de al menos 2 de los siguientes hallazgos: dolor abdominal súbito en el epigastrio que se irradia a la zona dorsal,

elevación de enzimas pancreáticas (lipasa/amilasa) 3 veces su valor normal y características imagenológicas (8).

El cuadro clínico que presenta la paciente, más los hallazgos en los exámenes auxiliares, como el aumento de la amilasa y la presencia de dilatación de las vías biliares, apoyan el diagnóstico de pancreatitis aguda. Se emplea el índice de BISAP para determinar la severidad del caso obteniendo un BISAP 1 indicando ser una pancreatitis leve y de menor mortalidad.

El tratamiento inicial de la paciente incluye 3 medidas: restricción de la ingesta oral (NPO), la administración de líquidos intravenosos para mantener la hidratación y analgesia. Todo ello evaluando el estado hemodinámico de la paciente y diuresis. Además, se indica el uso de omeprazol para reducir la secreción ácida gástrica y prevenir la ulceración gástrica secundaria al estrés.

En hospitalización la paciente presenta una evolución favorable, con disminución del dolor abdominal y mejoría de los síntomas. Se realiza un control, y se observa una disminución de los leucocitos y de la amilasa, lo que indica una mejoría del cuadro clínico iniciándose la alimentación por vía oral. La paciente es dada de alta con indicaciones para control por consultorio externo de cirugía, con el fin de programar una intervención quirúrgica para resolver la colecistitis aguda y prevenir complicaciones.

Caso clínico n. ° 4

Se evalúa a un paciente de 70 años con lesiones en los tobillos, eritema, edema y ulceraciones en los miembros inferiores, predominantemente en el pie derecho, por uso de botas de jebe. Estos síntomas sugieren una condición inflamatoria de la piel y los tejidos subyacentes, lo que lleva al diagnóstico de celulitis en los miembros inferiores. Además, se sospecha de insuficiencia venosa periférica descartando trombosis venosa profunda mediante una ecografía Doppler.

La celulitis es una infección de la piel que compromete el tejido subcutáneo que puede ocasionar daño linfático, causado por áreas de la piel con daño o lesiones principalmente en MMII (9). Originado por bacterias estreptocócicas frecuentemente y *Staphylococcus aureus*. Se caracteriza por la presencia de signos de flogosis con bordes mal definidos, asociado a factores de riesgo como dermatomicosis, úlceras varicosas, insuficiencia venosa, obesidad, entre otros factores predisponentes (10).

En este caso, el uso prolongado de botas de jebe pudo haber causado irritación y microtraumatismos en la piel, lo que permitió la entrada de bacterias y desencadenó la infección. Asimismo, los diversos factores de riesgo identificados en el paciente lo predisponen a la aparición de celulitis en MMII.

El tratamiento inicial con antibióticos intravenosos, como la oxacilina, y anticoagulantes, como la enoxaparina, es apropiado para controlar la infección, sin embargo, se rota de antibiótico a ceftriaxona por no observarse mejoría, garantizando así la cobertura adecuada y previniendo las complicaciones como la propagación de la infección o la trombosis venosa profunda. Además, la ecografía Doppler revela insuficiencia venosa periférica bilateral moderada a severa, lo que sugiere una función deficiente de las venas de las piernas en el retorno de la sangre al corazón. Esto puede predisponer a la formación de úlceras varicosas y complicar la celulitis, ya que la circulación comprometida dificulta la curación de las lesiones cutáneas. Esta terapia se complementa con cuidados y curaciones diarias de la herida para promover la cicatrización y prevenir infecciones secundarias.

La evolución favorable del paciente indica una respuesta adecuada al tratamiento y seguimiento continuo para prevenir recurrencias y controlar la insuficiencia venosa periférica.

3.3 Rotación en Cirugía General

Caso clínico n. ° 5

En este caso clínico, se evalúa a un paciente de sexo masculino de 44 años con antecedentes de obesidad mórbida y litiasis vesicular que presenta dolor abdominal tipo cólico en el cuadrante superior derecho, que se intensifica después de consumir alimentos copiosos. El examen físico revela sensibilidad en el hipocondrio derecho y signo de Murphy positivo, sugiriendo colecistitis aguda litiásica como diagnóstico principal. Asimismo, el resultado de la ecografía abdominal confirma la presencia de cálculos y signos de inflamación de la pared vesicular, apoyando el diagnóstico planteado.

La litiasis vesicular es la presencia de cálculos en la vesícula biliar, y cuando estos causan inflamación de la vesícula y sobrecrecimiento bacteriano, se origina la colecistitis aguda. Asociado a factores de riesgo como la obesidad, consumo de alcohol e hipercolesterolemia. Presentando una clínica caracterizada por dolor abdominal continuo en el cuadrante superior derecho y epigastrio luego de ingerir comidas copiosas acompañado de vómitos y fiebre durante la evolución, con signo de Murphy positivo al examen físico y con resultados laboratoriales de leucocitosis y PCR elevado (11).

El diagnóstico se establece también con los criterios de Tokio en el cual obtenemos una sospecha diagnóstica si se presenta un signo local y sistémico, y se va a considerar un diagnóstico definitivo, si se cumple un ítem de los signos locales más un ítem de los signos sistémicos y un ítem de los hallazgos imagenológicos (anexo 1) (12). Además, se evalúa los grados de severidad (anexo 2), estando frente a una colecistitis aguda moderada, por ende, el tratamiento va en relación a medidas de apoyo y antibioticoterapia, seguido de la programación para la realización de la colecistectomía laparoscópica.

La intervención quirúrgica se realiza con éxito, y el paciente presenta una

evolución favorable durante su estancia hospitalaria. Finalmente, el paciente es dado de alta con indicaciones y seguimiento por consultorio externo en 7 días.

Caso clínico n. ° 6

Evaluamos a una paciente mujer de 27 años que presenta dolor abdominal repentino en el epigastrio que se irradia luego a fosa iliaca derecha, acompañado de náuseas e hiporexia. El examen físico revela dolor a la palpación en la fosa iliaca derecha, McBurney positivo y rebote positivo, planteando como diagnóstico principal apendicitis aguda. Definida como una inflamación del apéndice, generalmente causada por la obstrucción del lumen apendicular por fecalitos en adultos lo que ocasiona la proliferación bacteriana y subsecuente la inflamación, siendo una de las patológicas quirúrgicas más frecuentes (13).

El diagnóstico debe enfocarse en la presentación clínica, sintomatología, examen físico y laboratorio. Por lo cual se puede emplear la escala de Alvarado (anexo 3) para determinar la probabilidad de apendicitis aguda (14). En este caso la paciente cuenta con un puntaje de 8, indicándonos una alta probabilidad. Además, se puede solicitar estudios de imagen para prevenir apendicetomías negativas (15). Es por ello que el diagnóstico debe ser minucioso y certero para evitar el riesgo de complicaciones.

El tratamiento de elección es la apendicectomía laparoscópica, recomendada por su rápida recuperación (15). Realizado de emergencia, durante la cual se encontró un apéndice cecal supurado y un quiste anexial derecho, confirmado por hallazgos operatorios.

Después de la cirugía, el paciente presenta una evolución favorable durante su hospitalización, con manejo del dolor y tolerancia oral adecuada. Finalmente, se le da de alta con indicaciones y seguimiento por consultorio externo en 7 días.

3.4 Rotación de Pediatría

Caso clínico n. ° 7

El caso clínico presentado describe a un paciente masculino de 2 años con antecedentes de asma bronquial y hospitalizaciones previas por neumonía. Quien presenta un cuadro clínico caracterizado por rinorrea, alza térmica, tos seca exigente, agitación y dificultad respiratoria. Al examen físico, se encuentra disminución del murmullo vesicular en bases pulmonares, sibilantes en ambos tiempos y tiraje subcostal e intercostal, indicativos de una crisis asmática moderada. Además, con posible superposición de una neumonía viral o atípica con presencia de signos radiológicos compatibles.

La crisis asmática es definida como la inflamación crónica de las vías respiratorias, caracterizado por un cuadro clínico progresivo o abrupto de tos, dolor torácico, sibilancias y dificultad para respirar. Suelen asociarse a paciente con antecedente de asma infantil, en relación a factores desencadenantes como la exposición a alérgenos frecuentemente (16) (17). Es fundamental clasificarla para orientar el manejo terapéutico en relación a la gravedad del caso, debe ser instaurado inmediatamente (18).

Neumonía viral se refiere a una infección aguda del tracto respiratorio inferior causado por el virus respiratorio sincitial, influenza, adenovirus, entre otros. Su clínica puede variar desde leves hasta graves que incluyen tos, dificultad respiratoria, fiebre, rinorrea, irritabilidad, fatiga y anorexia. A diferencia de la neumonía atípica causados por Mycoplasma principalmente que presenta una clínica subaguda con cefalea, mialgia y tos seca irritativa (19). Su diagnóstico se basa en la evaluación clínica, pruebas de laboratorio y radiografía de tórax.

El paciente es evaluado según el triángulo pediátrico, el cual se ve alterado con dificultad respiratoria. Los resultados de los exámenes muestran leucocitosis, PCR positiva y hallazgos radiográficos consistentes con signos de atrapamiento

aéreo y patrón intersticial, son sugestivo de una neumonía viral asociado a una exacerbación asmática desencadenado por una infección viral respiratoria.

El tratamiento inicial incluye la terapia de rescate para mejorar la función respiratoria, como la administración de broncodilatadores (salbutamol e ipratropio) y corticosteroides (20). Se solicitan exámenes complementarios para evaluar la gravedad y la etiología de la enfermedad.

Ante la persistencia de la dificultad respiratoria, la baja saturación de oxígeno y la pobre respuesta al tratamiento, se decide hospitalizar al paciente y continuar con el manejo terapéutico, que incluye nebulizaciones más espaciadas, corticosteroides orales, antibióticos y monitoreo respiratorio continuo.

Durante la hospitalización, el paciente responde favorablemente al tratamiento, con mejoría de la saturación de oxígeno y la función respiratoria. Se realiza una interconsulta con medicina física y rehabilitación para planificar el destete progresivo de oxígeno y se le da de alta con indicaciones y seguimiento por consultorio.

Caso clínico n. ° 8

Se evalúa a una paciente lactante de 7 meses con una celulitis preseptal del ojo izquierdo, caracterizada por sensación de alza térmica, eritema, escozor intenso en la zona orbital, aumento de volumen, lagrimeo constante y rinorrea acuosa moderada. Además, nos detalla como antecedente la presencia de lagrimeo ocular intermitente desde los 3 meses de edad.

La celulitis preseptal es una infección bacteriana común en niños, especialmente en lactantes, que afecta los tejidos blandos alrededor del ojo, específicamente en la región anterior al septum orbitario. Puede ser causada por bacterias, como *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*. Debido a dacriocistitis, orzuelo, picadura de insecto, entre otros (21). Los síntomas típicos incluyen

enrojecimiento, hinchazón, dolor y calor en el área afectada, así como también fiebre y malestar general (22). En este caso, la causa probable de la celulitis preseptal podría ser por un posible cuadro de dacriocistocele o estenosis del conducto lagrimal presentado desde los 3 meses de vida.

El tratamiento de la celulitis preseptal generalmente implica el uso de antibióticos para controlar la infección, junto con medicamentos antiinflamatorios y analgésicos para aliviar los síntomas. En este caso, se administró oxacilina y clindamicina para cubrir una amplia gama de posibles patógenos bacterianos, junto con dexametasona y clorfenamina para reducir la inflamación y el malestar general. Además, se indicó el uso de paracetamol para controlar la fiebre.

Finalmente, tras cumplir el tratamiento es dada de alta con indicaciones médica y seguimiento por la especialidad de oftalmología para descartar y prevenir complicaciones.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico en el Hospital de Chancay durante el periodo 2023-2024 fue realizado ad honorem, dado que el convenio marco no se encontraba vigente. Sin embargo, este no fue impedimento para realizarlo en la institución la cual inicié con grandes expectativas. A pesar de las desventajas en la práctica clínica durante el pre-internado dada por los rezagos de la pandemia de la COVID-19, se inició esta última etapa con el compromiso y responsabilidad de afianzar todos nuestros conocimientos adquiridos durante los años previos en la carrera fortaleciendo además nuestra preparación práctica y desarrollo profesional.

El Hospital de Chancay al ser una institución docente, nos permitió contar con personal de salud comprometido con la enseñanza y formación profesional. Durante este periodo se realizó las rotaciones por Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía general y pediatría cada una durante 2 meses y 15 días, en la cual se rotó por los servicios de emergencia, hospitalización y consultorio externo. Bajo la supervisión del médico asistente o residente involucrados en nuestro desarrollo práctico.

La institución cuenta con un equipo de salud especializado e involucrado con la atención de calidad del paciente, que se ve evidenciado en la recuperación y bienestar de quienes se encuentran hospitalizados, ingresan por emergencia o acuden a los consultorios externos. Siendo participe del trabajo en equipo y desempeñando funciones en las diversas áreas sobre el manejo de los diferentes casos clínicos. Esta experiencia que nos permitió desarrollar habilidades y enfrentar desafíos. Además, fortalecer la toma de decisiones y la empatía.

La primera rotación con la que inicié fue Gineco-Obstetricia en la cual rotamos por diferentes áreas desarrollando diversas funciones. En caso que estar en

emergencia y/o centro obstétrico se realiza la atención de mujeres con patologías y gestantes. La atención de partos eutócicos o cesárea por día eran de 2 a 3 casos, supervisados por el médico especialista o residente, y en algunas oportunidades el interno de medicina podría ser el primer ayudante en las intervenciones quirúrgicas. También, se manejan casos como Hemorragia uterina anormal, abortos, embarazos ectópicos, entre otras patologías. Asimismo, en hospitalización se evalúa a las pacientes y se elabora la evolución clínica diaria siendo presentado durante el pase de visita al médico asistente a cargo.

La siguiente rotación fue el servicio de Medicina Interna, una de las especialidades con mayor complejidad y mayor número de pacientes por ende más cantidad casos clínicos en las diferentes áreas como emergencia, observación y hospitalización. En la cual el interno adquiere los conocimientos sobre el manejo de cada una de las patologías frecuente y complicaciones de las enfermedades crónicas. Asimismo, realiza procedimientos fundamentales para el seguimiento y recuperación del paciente, fortaleciendo nuestro desarrollo clínico.

La tercera rotación fue el servicio de Cirugía general, la cual se divide en dos segmentos. En traumatología tuvimos la oportunidad de identificar aquellos síntomas característicos de una fractura que con apoyo imagenológico se confirmaba el diagnóstico para el manejo adecuado del paciente y realizar procedimientos como la colocación de yeso, férulas o vendajes. En cirugía, se desarrollaron habilidades y destrezas prácticas en el manejo adecuado de las emergencias realizando suturas, curaciones, colocación de sonda, entre otros. Además de diagnosticar patologías como apendicitis y colecistitis, siendo parte del equipo quirúrgico en sala de operaciones. Al ser un servicio de alta demanda se empleó un mayor enfoque en el correcto manejo priorizando a pacientes de mayor gravedad por herida con arma blanca o fuego, politraumatizados o policontuso.

Finalmente, la cuarta rotación fue pediatría. La cual implicó un trato clínico directo con pacientes pediátrico de las patologías más comunes como crisis asmáticas, urticarias, enfermedad diarreica aguda, otitis media aguda, entras otras, participando en su evaluación y manejo bajo la orientación del médico asistente o residente. Además, de complementar nuestro desarrollo clínico con actividades académicas para consolidar conocimientos. Asimismo, los internos también rotamos por el área de neonatología en alojamiento conjunto siendo parte de la atención a los recién nacidos.

En resumen, la experiencia dada por el Hospital de Chancay, como interno de medicina en este último año crucial de la carrera, nos brindó la oportunidad invaluable para adquirir conocimientos y habilidades en el manejo de pacientes fortaleciendo nuestra formación profesional para convertirnos en médicos competentes y compasivos.

CONCLUSIONES

1. El internado médico es una de las experiencias formativas esencial en la preparación como futuros médicos, donde aplicamos nuestros conocimientos y habilidades en cada una de las rotaciones reforzando la enseñanza clínica y práctica dada por médicos asistente y residentes, participando activamente en la atención directa con el paciente.
2. Durante el internado médico, se tiene la oportunidad de rotar por las diferentes especialidades médicas que nos permiten explorar nuestros intereses y mantenernos actualizados académicamente. Asimismo, enfrentamos desafíos que fortalecen nuestro crecimiento profesional y se expone la realidad a la cual nos enfrentaremos con el sistema de salud.
3. Realizar el internado en un centro hospitalario nos permite una exposición invaluable de variedad de casos clínicos, de la cual hace una experiencia enriquecedora que prepara a los estudiantes con la práctica diaria a convertirse en médicos competentes y compasivos, listo para enfrentar y contribuir al bienestar de nuestra comunidad con empatía y trabajo en equipo.

RECOMENDACIONES

1. Establecer la realización del internado médico con una duración de 12 meses, que se acortó por la pandemia de la COVID -19, para garantizar una mayor participación del estudiante de medicina en la cual pueda reforzar sus conocimientos y la práctica clínica.
2. Recomendar a las nuevas generaciones de internos que aprovechen al máximo esta etapa formativa con la disposición de adquirir nuevas enseñanzas de los médicos a cargo. Además, de involucrarse empáticamente en la atención de los pacientes y participar en procedimientos médicos y quirúrgicos con iniciativa y proactividad.
3. Si bien el internado médico puede ser exigente emocional y físicamente, asegúrate de cuidar tu bienestar. Prioriza una alimentación saludable y tiempo para el autocuidado. Con ello, mantén siempre una actitud positiva y perseverante a cada uno de los desafíos que serán una oportunidad para crecer profesionalmente.
4. Se recomienda a la institución el mejoramiento de la infraestructura, para brindar actividades académicas en ambientes idóneos con medios audiovisuales. Asimismo, implementar mayores recursos fundamentales para la atención de calidad a los pacientes y capacitación del personal de salud.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Bienvenido al Hospital de Chancay [Internet]. Hospital. [citado el 24 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.hospitaldechancay.gob.pe/page.php?i=33&c=v2X585iMpKbkpII1cMqO2>
2. Información institucional [Internet]. Gob.pe. [citado el 24 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hchancay/institucional>
3. Guías de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive.Gob.pe. [citado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.essalud.gob.pe/ietesi/pdfs/guias/dGuias_practica_clinica_para_atencion_de_emergencias_obstetricas_nivel_capacidad_resolutiva.pdf
4. Gutiérrez Ramos M, Guevara Ríos E. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto: AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2015 [citado el 25 de febrero de 2024];61(1):57–64. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000100010
5. Trabajo de parto [internet]. [citado el 26 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org//es/topic/default?id=labor-85-P04320#:~:text=El%20trabajo%20de%20parto%20es,la%20fecha%20estimada%20de%20parto>
6. Resumen de recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Organización Panamericana de la Salud; 2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK591501/table/ch1.tab1/#:~:text=El%20per%C3%ADodo%20expulsivo%20es%20el,de%20las%20contracciones%20uterinas%20expulsivas.>
7. Vinueza Aguay GJ, Vinueza López SJ, Zambrano Zambrano ML, Leguizamo Silva CA, Leguizamo Silva KR. Pancreatitis Aguda - Revisión de la literatura. Ciencia Latina [Internet]. 2023 [citado el 28 de febrero de 2024];7(5):10687–707. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/8715>

8. Guzmán-Calderón E, Suárez Ale WH, Chávez-Rimache L, Zavaleta Jara L, Díaz Gonzales MJ, Quiroga Purizaca WG, et al. Guía de práctica clínica para el manejo de la pancreatitis aguda en el seguro social del Perú (Essalud). Rev Gastroenterol Peru [Internet]. 2023;43(2):e1523. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v43n2/1022-5129-rgp-43-02-166.pdf>
9. Villamil Manrique NF, Torres Virgüez AG, Soto Duran JE, Claros Achury AD, Sarmiento Trujillo CT, Ramírez Olaya LC, et al. Factores de riesgo para la celulitis de miembros inferiores: revisión sistemática y metaanálisis. Piel (Barc, Internet) [Internet]. 2023;38(10):619–27. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.piel.2023.05.005>
10. Flores R, Villarroel JL, Valenzuela F. Enfrentamiento de las infecciones de piel en el adulto. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2021;32(4):429–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.06.004>
11. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Manejo de la Colecistitis.Gob.pe. [citado el 02 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/RD_N290-2021-DG-HEJCU- GUIA PRACTICA COLECISTITIS.PDF
12. Guzmán Calderón E, Carrera-Acosta L, Aranzabal Durand S, Espinoza Rivera S, Trujillo Loli Y, Cruzalegui Gómez R, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la colelitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis en el Seguro Social del Perú (EsSalud). Rev Gastroenterol Peru [Internet]. 2022;42(1):58–69. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v42n1/1022-5129-rgp-42-01-58.pdf>
13. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir Gen [Internet]. 2019 [citado el 04 de marzo de 2024];41(1):33–8. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033
14. Guía de Práctica Clínica para el manejo de la Apendicitis aguda.Gob.pe. [citado el 04 de marzo de 2024]. Disponible en: https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2022/12/GPC-manejo-de-Apendicitis-aguda_Versión-corta.pdf
15. Guía de Procedimiento para el tratamiento de Apendicitis Aguda.Gob.pe.

[citado el 05 de marzo de 2024]. Disponible en:

https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2023/RD/RD_027-2023-HCH-DG.pdf

16. Calzón NP, Fernández JB. Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en Urgencias [Internet]. Aeped.es. [citado el 06 de marzo de 2024]. Disponible en:

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/04_crisis_asmatica.pdf

17. Vista de Crisis Asmática Moderada en la Escala Pediátrica de Wood Downes-Ferrés y Neumonía Adquirida en la Comunidad de Origen Bacteriano, Afectación Alveolar y de Localización Multilobar en Paciente Femenina de 4 Años de Edad. A Propósito de un Caso [Internet]. Cienclatina.org. [citado el 08 de marzo de 2024]. Disponible en:

<https://cienclatina.org/index.php/cienclata/article/view/9607/14207>

18. Asensi Monzó M. Crisis de asma. Pediatría Aten Primaria [Internet]. 2017 [citado el 08 de marzo de 2024];19:17–25. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000300002

19. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUMONÍA EN LAS NIÑAS Y NIÑOS.Gob.pe. [citado el 10 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4931.pdf>

20. Castro-Rodríguez JA. Tratamiento de la crisis asmática en pediatría. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2007 [citado el 11 de marzo de 2024];67(4):390–400. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-tratamiento-crisis-asmatica-pediatria-articulo-13110615>

21. Sánchez IG, Conejo PR. Celulitis preseptal y orbitaria. An Pediatr Contin [Internet]. 2014;12(6):284–8. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1696-2818\(14\)70205-7](http://dx.doi.org/10.1016/s1696-2818(14)70205-7)

22. Martínez Noriega AS, García Lozano AM. Actualización diagnóstica y tratamiento de Celulitis Periorbitaria en el paciente pediátrico. Ciencia Latina [Internet]. 2023 [citado el 12 de marzo de 2024];7(2):8311–30. Disponible en: <https://cienclatina.org/index.php/cienclata/article/view/5957>

ANEXOS

CRITERIOS DE TOKIO

A. Signos de Inflamación Local: (1) Signo de Murphy, (2) Masa, dolor o defensa en Hipocondrio derecho
B. Signos de Inflamación Sistémica: (1) Fiebre, (2) PCR elevada, (3) Recuento de GB elevados.
C. Hallazgo Imagenológico característico de colecistitis aguda
Diagnóstico Sospechoso: Un ítem de A más uno de B Diagnóstico Definitivo: Un ítem de A más uno de B más uno de C

Fuente: Ramos Loza CM, Mendoza Lopez Videla JN, Ponce Morales JA. APLICACIÓN DE LA GUÍA DE TOKIO EN COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA. Rev médica - Col Méd Paz [Internet]. 2018 [citado el 02 de marzo de 2024];24(1):19–26. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582018000100004

CRITERIOS DE SEVERIDAD

Grado I (Leve) No cumple criterios para Grado II o III
Grado II (Moderada) Al menos uno de los siguientes: 1. Globulos Blancos >18000 2. Masa Dolorosa Palpable en el CSD 3. Duracion de los síntomas > 72 Hrs 4. Marcada Inflamacion Local (Gangrena, enfisema, absceso pericolecístico o hepático, peritonitis biliar)
Grado III (Severa) Al menos uno de los siguientes 1. Disfunción Cardiovascular Hipotensión que requiera vasopresores 2. Disfunción Neurológica Alteraciones del estado de Conciencia 3. Disfunción Respiratoria Razón PA O2/FIO2 <300 4. Disfunción Renal Oliguria, Creatinina sérica >2mg/dL 5. Disfunción Hepática INR>1.5 6. Disfunción Hematológica Plaquetas< 100000

Fuente: Ramos Loza CM, Mendoza Lopez Videla JN, Ponce Morales JA. APLICACIÓN DE LA GUÍA DE TOKIO EN COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA. Rev médica - Col Méd Paz [Internet]. 2018 [citado el 02 de marzo de 2024];24(1):19–26. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582018000100004

Escala de Alvarado		
Variables	Hallazgos	Puntos
Síntomas	Migración del dolor (a cuadrante inferior derecho)	1
	Anorexia y/o cetonuria	1
	Náuseas y/o vómitos	1
Signos	Dolor en cuadrante inferior derecho	2
	Rebote	1
Laboratorio	Temperatura > 38,3 °C	1
	Leucocitosis > 10 000/mm ³	2
	Desviación a la izquierda de neutrófilos > 75%	1
Puntaje máximo		10

Probabilidad diagnóstica	Puntaje
Alta probabilidad	7 a 10
Probabilidad intermedia	4 a 6
Baja probabilidad	1 a 3

Fuente: Guía de Práctica Clínica para el manejo de la Apendicitis aguda.Gob.pe. [citado el 04 de marzo de 2024]. Disponible en: https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2022/12/GPC-manejo-de-Apendicitis-aguda_Version-corta.pdf