



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL CARLOS
LANFRANCO LA HOZ DURANTE EL PERÍODO
ABRIL 2019 - MARZO 2020**

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

**PRESENTADO POR
SALVADOR ALEJANDRO CUSIMAYTA SALAZAR**

ASESOR

DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA

LIMA, PERÚ

2021



Reconocimiento - No comercial

CC BY-NC

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL CARLOS
LANFRANCO LA HOZ DURANTE EL PERÍODO
ABRIL 2019 - MARZO 2020**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

SALVADOR ALEJANDRO CUSIMAYTA SALAZAR

ASESORA

DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M.E. José Antonio Galarreta Zegarra

Miembro: Dr. Luis Manuel Taxa Rojas

Miembro: Dra. Katherine Iris Gutarra Chuquin

DEDICATORIA

A Dios por guiarme y cuidarme a lo largo de este camino.
A mis padres Marino y Orfelinda por su gran amor, sacrificio y porque me han enseñado a siempre vencer mis límites.

Salvador Alejandro Cusimayta Salazar

AGRADECIMIENTO

A mis familiares y amigos que de forma directa o indirecta me dieron su apoyo para realizar este Trabajo de Suficiencia Profesional.

A la prestigiosa Universidad San Martín de Porres, su personal administrativo y docentes por compartir conocimientos y experiencias a lo largo de toda mi carrera.

Al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz por acogerme durante el internado médico y brindarme las experiencias que me sirvieron para realizar el trabajo de suficiencia profesional.

Salvador Alejandro Cusimayta Salazar

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPITULO II. CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	13
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	16
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	27
CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES	30
FUENTES DE INFORMACIÓN	32

RESUMEN

Este informe está redactado en función al desarrollo del último año de la carrera de medicina. Se describe la experiencia médica del internado médico en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el período de abril de 2019 hasta marzo del 2020, es un hospital del MINSA nivel II-2 ubicado en el distrito de Puente Piedra, en este informe se describe su organización interna y enfoque de trabajo. Además, se resalta la importancia del internado médico, el último año de pregrado en la carrera de medicina humana en la cual el interno culmina su formación integrando sus conocimientos y aplicando las competencias que podrán ser puestas en práctica luego de obtener el título académico, se describe los objetivos de cumplir con el internado médico, las habilidades y destrezas que se desarrollarán en cada rotación. Se expone un total de 8 casos clínicos vividos durante el internado, de la rotación de medicina interna se expone un caso de insuficiencia cardíaca y de hemorragia digestiva alta; de la rotación de pediatría y neonatología se expone un caso de neumonía y de enfermedad de membrana hialina; de la rotación de cirugía se expone un caso de apendicitis y un caso de colecistitis crónica calculosa; y para finalizar, de la rotación de ginecología y obstetricia se expone un caso de aborto y un caso de preeclampsia severa. Se describe el manejo realizado en el hospital y se compara el manejo con diversas guías de prácticas clínicas. Por último, se encuentra una apreciación y recomendaciones sobre la experiencia del internado.

ABSTRACT

This report is written based on the development of the last year of the medical career. The medical experience of the medical internship at the Carlos Lanfranco La Hoz hospital is described during the period from April 2019 to March 2020, it is a MINSA level II-2 hospital located in the Puente Piedra district, in this report its internal organization and work approach. In addition, the importance of the medical internship is highlighted, the last year of undergraduate in the human medicine career in which the intern completes his training integrating his knowledge and applying the competencies that can be put into practice after obtaining the academic degree, describes the goals of completing the medical internship, the skills and abilities that will be developed in each rotation. A total of 8 clinical cases experienced during the internship are exposed, from the rotation of internal medicine a case of heart failure and upper gastrointestinal bleeding is exposed; From the pediatric and neonatology rotation, a case of pneumonia and hyaline membrane disease is presented; From the surgery rotation, a case of appendicitis and a case of calculous chronic cholecystitis are exposed; and finally, from the gynecology and obstetrics rotation, a case of abortion and a case of severe pre-eclampsia are exposed. The management performed in the hospital is described and the management is compared with various clinical practice guidelines. Finally, you will find an appreciation and recommendations about the internship experience.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este informe de suficiencia profesional es sustentar el proceso de internado médico en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el período 2019 - abril hasta 2020 - marzo, demostrar la relevancia de ese año de prácticas preprofesionales del médico cirujano. Contrastar las indicaciones de los establecimientos de salud con la literatura a nivel mundial y a nivel nacional.

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, es un hospital del MINSA ubicado en el distrito de Puente Piedra, es un hospital nivel II-2 el cual permite al interno desarrollar competencias del perfil profesional. Durante la etapa del internado médico, el interno tiene mayor interacción con los pacientes a diferencia de los años que esta como estudiante en los hospitales. La principal diferencia se debe a que el interno es casi un trabajador de la institución, por tanto, tiene mayor responsabilidad en los documentos y procedimientos que le corresponde al paciente. El estudiante de medicina durante sus estudios de cursos clínicos es más limitado en las acciones que puede realizar.

En este hospital, la decisión del interno de medicina tiene gran importancia en el manejo de los pacientes, esto se debe a que es el interno de medicina es el primero en poder realizarle preguntas al paciente, las cuales debe enfocar para poder clasificar y definir el diagnóstico del paciente. Posterior a ello es el interno quien inicia el examen físico del paciente. De esta forma recoge datos clínicos del paciente y en conjunto con el médico residente o médico asistente, se toma la decisión para las pruebas complementarias, y el manejo que recibir el paciente.

También, el hospital permite al interno de medicina poner en práctica los procedimientos que ha ido aprendiendo durante la carrera como el cierre de

heridas, la colocación de férulas, colocación de sonda Foley, toma de muestras ya sea a través de una toracocentesis, paracentesis y extracción de sangre arterial entre otros procedimientos, así como la participación del interno en sala de parto o en sala de operaciones. Estos procedimientos son realizados constantemente por los internos de forma que van desarrollando una mayor destreza en su ejecución.

El interno cuenta con los conocimientos que ha aprendido durante 6 años de carrera y es en este año en el cual el interno los aplica en el manejo de los pacientes. Sin embargo, esto no es lo único que se aprende, pues los pacientes son también seres humanos, que cuenta con familiares, son personas que sienten e ignoran el manejo de los pacientes, sienten miedo y temor sobre lo que puede pasar. Por ello muchas veces es el interno es quien se encarga de aliviar no solo la patología, sino de consolar al paciente y a los familiares, explicándole la situación clínica que se encuentra. Mejorando poco a poco su empatía y su relación médico-paciente.

Estos son los motivos que resalto del internado, como parte de la vida profesional del médico, pues es el año en el cual muestra los conocimientos médicos que ha aprendido, va desarrollando la técnica necesaria para realizar procedimientos, y aumenta la empatía que tiene con los familiares y paciente. Con el paso de los meses y las rotaciones es como el interno de medicina va adquiriendo mayores competencias que le permiten convertirse en un médico cirujano, preparado para manejar a los pacientes de manera inicial.

Las rotaciones que realicé como interno fueron iniciadas en abril de 2019 con cirugía general, luego pase a gineco-obstetricia, termine el año con medicina interna. Además, durante el año 2020 empecé con la rotación de pediatría la cual fue interrumpida por la pandemia del covid-19, en la cual no se pudieron realizar los últimos 15 días debido a que, como internos, se acató la cuarentena que mando el gobierno del Perú. De esta forma mi internado no fue tan afectado por la pandemia y lo realicé en su totalidad en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

Por esa misma razón no se experimentó la diferencia del internado antes de la pandemia como después, ya que en los 2 primeros meses del 2020 no se tenían ningún caso confirmado de covid-19 en el Perú y la atención de los hospitales no presentaron cambios. A diferencia del mes de marzo en el cual

inicia a detectarse los casos de covid-19, y con ello se determina la cuarentena suspendiendo las actividades del internado.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El médico cirujano va adquiriendo destrezas en base a las 4 especialidades básicas que son requeridas en sus competencias como: medicina interna, cirugía general, pediatría y gineco-obstetricia

La rotación de medicina interna permite que el interno afine sus habilidades semiológicas al realizar el interrogatorio a los pacientes, determinar los síntomas principales y ordénalos de forma cronológica, además de las técnicas apropiadas para el examen físico que amerita el paciente y con estos poder llegar a un diagnóstico sindrómico que permite orientar los exámenes complementarios para el diagnóstico definitivo y su consecuente manejo.

En el internado del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, el interno se desempeña en el área de hospitalización en el cual les da seguimiento a los pacientes, su evolución diaria, realiza procedimientos necesarios para el paciente como curaciones, toma de muestras médicas y el cumplimiento del tratamiento hasta que se llegue al alta. Se desempeña en el área de observación en el cual se encuentran pacientes relativamente inestables, con una supervisión más estricta que en hospitalización, llegando a participar en procedimientos como toracocentesis, paracentesis, toma de electrocardiogramas y extracción de sangre arterial entre otros procedimientos. Por último, se desempeña en el tópicos de emergencia donde están los pacientes en un inicio para resolver o determinar el área de su manejo, a su vez participa en trauma-shock, donde se encargan de participar en la estabilización de los pacientes.

1.1 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

En el servicio de medicina interna los pacientes presentan en la mayoría de los casos múltiples diagnósticos al mismo tiempo, pues son los pacientes con patologías previas los que se complican más y terminan acudiendo al hospital. Los casos más comunes que pude apreciar fueron sepsis, neumonías, tuberculosis complicadas, infartos, insuficiencia cardiaca, pancreatitis, hemorragias digestivas altas, cetoacidosis diabética, insuficiencia renal aguda.

CASO N°1

En tópico de emergencia llego el caso clínico del siguiente paciente:

Paciente masculino de 75 años de edad, que acude acompañado de sus familiares, los cuales refiere tiempo de enfermedad de aproximadamente 14 días antes del ingreso, familiares refieren inicia con dificultad respiratoria la cual inicia a caminar 16 cuadras y va progresando, además 5 días antes del ingreso paciente refiere dificultad para dormir echado, y se agrega tos nocturna, 2 días antes del ingreso paciente refiere aumentar la dificultad respiratoria estando haciendo su actividades diarias como cepillarse, ir al baño o comer, hace 4 horas paciente refiere que la dificultad respiratoria progresa hasta estar en el reposo y se añade confusión del paciente.

Refiere antecedente de hipertensión hace 15 años tratada con losartán de 10 mg cada 12 horas y amlodipino de 5 mg cada 24 horas, diabetes mellitus tipo 2 desde hace 7 años tratado con metformina 850 mg cada 12 horas, refiere apendicectomía hace más de 40 años y colecistectomía hace más de 10 años niega reacciones adversas a medicamentos.

El paciente presento los siguientes signos vitales saturación en 90%, frecuencia respiratoria en 27 respiraciones por minuto, temperatura en 37.2°C, frecuencia cardiaca en 96 latidos por minuto, presión arterial en 90/60 mmHg. Peso de 86 Kg y talla de 162 cm.

A la ectoscopía el paciente se encontraba en un mal estado general, buen estado de nutrición, mal estado de hidratación, en posición semi Fowler, con edemas y disnea, con vía periférica permeable y apoyo oxigenatorio por cánula binasal.

Piel y mucosas: tibia, elástica, llenado capilar igual a 2 segundos, mucosa oral hidratada, no cianosis oral ni ungueal, palidez en conjuntivas +/-+++, no hipocratismo digital.

Tejido celular subcutáneo: aumentado a nivel periférico y central, edemas bilaterales a nivel de ambos miembros inferiores que llegan hasta 2/3 inferiores de ambas pantorrillas, con signo de Godet positivo de +++.

Tórax y pulmones: Amplexación aumentada simétrica, tirajes subcostales +/-+++, no intercostales, tirajes supraclaviculares +/-+++, no tirajes extérnales, murmullo vesicular pasa por ambos hemitórax, se agregan crépitos bibasales. Cardiovascular: ingurgitación yugular positiva, reflujo hepatoyugular positivo, ruidos cardiacos rítmicos con tercer ruido añadido, no soplo audible.

Sistema nervioso: letárgico, desorientado en tiempo y espacio, Glasgow 14/15, no focalización, no signos meníngeos, pupilas isocóricas reactivas a la luz.

CASO N°2

En hospitalización de medicina interna se realizó la evolución del siguiente paciente:

Paciente masculino de 28 años que había ingresado al hospital por emergencia, con tiempo de enfermedad de una semana antes del ingreso en el cual presentó episodios de deposiciones negras que las comparaba con el color de la “coca-cola”, aumenta el sueño, se presenta hiporexia, debilidad y fatiga, 6 horas antes del ingreso presenta dolor abdominal difuso, que no se irradia, de intensidad 6/10 y que se alivia con la defecación, 2 horas antes del ingreso aumenta la debilidad y palidez marcada, al presentar caída de nivel es traído por los familiares a emergencias, niega vómitos, niega sensación de alza térmica, el paciente es compensado en emergencia y pasado a hospitalización con hemoglobina en 7.8 luego de pasarle 1 paquete globular. Refiere antecedente de gastritis no tratada desde hace 6 años, niega diabetes, niega hipertensión arterial, refiere consumo ocasional de alcohol, niega consumo frecuente de AINES, niega antecedentes quirúrgicos, niega reacciones adversas a medicamentos.

El paciente presento los siguientes signos vitales saturación en 97%, frecuencia respiratoria en 18 respiraciones por minuto, temperatura en 36.9°C, frecuencia cardiaca en 94 latidos por minuto, presión arterial en 100/60 mmHg. Peso de 61 Kg y talla de 154 cm.

A la ectoscopia el paciente se encontraba en un regular estado general, regular estado de nutrición, buen estado de hidratación, en posición decúbito supino, con palidez, conectado a catéter periférico permeable.

Piel y mucosas: tibias, húmedas, elásticas, llenado capilar menor de 2 segundos, mucosa oral hidratada, palidez ++/+++, no ictericia.

Tórax y pulmones: Amplexación conservada, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: no ingurgitación yugular, ruidos cardiacos rítmicos no soplo audible.

Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos, blando, depresible, no se palpa masa, no doloroso a la palpación de epigastrio, no signos peritoneales.

Sistema nervioso: despierto, orientado en tiempo, lugar y persona, glasgow 15/15, no focalización, fuerza muscular conservada, flapping negativo.

1.2 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA:

La rotación de pediatría en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se divide en dos servicios en pediatría donde se acude a las áreas de tópicos de pediatría, esta área se recibe a los pacientes pediátricos, con urgencias mayores, que el interno va aprendiendo a manejar, como urticaria, fiebre, vómitos, así como pacientes con verdaderas emergencias como deshidratados moderados a severos, dificultad respiratoria, convulsiones e intoxicaciones. En observación de pediatría se trata a los pacientes que se encuentran inestables y ameritan un control y tratamiento más riguroso, y en hospitalización de pediatría están pacientes estables que están con tratamiento en espera de la resolución de su patología.

En el servicio de neonatología se participa en las áreas de atención inmediata del recién nacido, en el cual el interno, quien junto a la enfermera, realiza el recibimiento del neonato, se determina el APGAR del neonato, su

antropometría, su examen físico, sus medidas profilácticas, y de ser necesario se realiza junto al médico asistente la reanimación neonatal, además en el área de alojamiento conjunto, es el área en el cual se evalúan neonatos sin complicaciones, que en su mayoría se quedan esperando el alta conjunta o se encuentra para reevaluación de alguna patología como sepsis, ictericia o taquipnea. Por último, el servicio de neonatología es donde se encuentran los neonatos hospitalizados por alguna patología, siendo las más comunes prematuridad, enfermedad de membrana hialina, sepsis neonatal, ictericia neonatal.

CASO N°3

En el tópico de emergencia de pediatría se presentó el siguiente caso:

Paciente femenino de 1 año y 3 meses traído por padres con tiempo de enfermedad de 5 días antes del ingreso, leve tos no productiva, que no llevaba a la cianosis, fue atendida por médico particular con jarabes, y fue resolviendo sus síntomas, hace 2 horas antes del ingreso, nota a su hija que tiene una respiración más agitada, y le parece que se le marcan las costillas, motivo por el cual acude a emergencia del hospital. Padres niegan sensación de alza térmica, niegan vómitos, niegan cianosis

Los padres refieren como antecedente que nació con peso de 2.320 gr, con buen APGAR, refiere antecedente de un tratamiento de nebulización a los 6 meses, cuenta con todas las vacunas para su edad, niega reacciones adversas medicamentosas. Niegan antecedentes de nebulizaciones previas. El paciente presentó los siguientes signos vitales saturación en 93%, frecuencia respiratoria en 47 respiraciones por minuto, temperatura en 36.8°C, frecuencia cardíaca en 120 latidos por minuto. Peso de 11 Kg y talla de 85 cm. A la ectoscopia el paciente se encontraba en un regular estado general, buen estado de nutrición, buen estado de hidratación, en posición de bipedestación, con disnea, no catéter permeable.

Piel y mucosas: tibia, hidratadas, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, mucosa oral moderadamente hidratada, no cianosis oral ni ungüeal, no palidez.

Orofaringe: ligeramente eritematosa, no congestiva, no hipertrófica, no supurativa.

Tórax y pulmones: Amplexación simétrica ligeramente aumentada, tirajes subcostales +/+++ , tirajes intercostales ++/+++ , no tirajes supraclaviculares, no tirajes extérnales, murmullo vesicular pasa disminuido por ambos hemitórax, se agrega sibilancia inspiratoria y espiratoria audible con estetoscopio.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplo audible.

Sistema nervioso: despierta, responde a estímulos verbales, moviliza extremidades, no signos meníngeos.

CASO N°4

En hospitalización de neonatología se presentó el siguiente caso clínico:

Recién nacido pretérmino con 33 semanas de edad por capurro de sexo masculino, nacido por parto distócico de madre con preeclampsia, completó dosis de corticoides para maduración pulmonar, infección urinaria materna durante el tercer trimestre la cual terminó el tratamiento, exámenes serológicos negativos. Al nacimiento presento APGAR de 6 al minuto y 9 a los 5 minutos, con recuperación espontanea. Personal de enfermería refiere que presenta taquipnea y dificultad respiratoria a las 4 horas de nacido.

El paciente presentó los siguientes signos vitales: saturación en 94%, frecuencia respiratoria en 75 respiraciones por minuto, temperatura en 36.8°C, frecuencia cardiaca en 153 latidos por minuto. Peso de 2.450 gr y talla de 45 cm.

A la ectoscopía el recién nacido se encontraba en un mal estado general, regular estado de hidratación, en posición de decúbito supino, con distress respiratorio, no vía permeable.

Piel y mucosas: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, mucosa oral hidratada, no cianosis oral ni ungueal, no palidez, no ictericia.

Tórax y pulmones: Amplexación simétrica aumentada, no aleteo nasal, tirajes subcostal e intercostal de ++/+++ , no tiraje supraclavicular, murmullo vesicular

pasa por ambos hemitórax, se agrega quejido en tercio medio de hemitórax izquierdo. No disociación toraco-abdominal.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos, no soplo audible

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presente, Cordón umbilical en proceso de necrosis, no eritematoso, no supurativo, no distendido, blando, depresible, no se palpan masas, no signos peritoneales

Sistema nervioso: Despierto, responde a estímulos, moviliza extremidades, no signos meníngeos, reflejo de moro presente, buen reflejo de succión, reflejo de babinsky presente.

1.3 ROTACIÓN DE CIRUGÍA:

El interno durante la rotación de cirugía se pasa la mayor parte del tiempo en el tópico de cirugía, el cual es fundamental como parte de la carrera realizar procedimientos quirúrgicos básicos como la sutura de heridas superficiales, profundas y con puntos hemostáticos, reducción de luxación, cambio de sonda Foley, atención de quemaduras, colocar yeso o férulas, extracción de cuerpo extraño en nariz y oído. Además, debe tener criterio clínico-quirúrgico para definir a los pacientes que necesitan ingresar a sala de operaciones de emergencia, de forma electiva y a quienes se realiza un manejo más expectante.

En hospitalización de cirugía, el interno de medicina realiza la evolución de los pacientes post-operados, la curación de las heridas operatorias, la preparación de los pacientes para las cirugías electivas, evalúa a los pacientes en sala de recuperación y participa de las cirugías electivas como colecistectomía laparoscópica, hernioplastias, drenaje de abscesos y hemorroidectomías.

Los casos clínicos que el interno debe definir son apendicitis aguda, colecistitis aguda, traumatismo encéfalo-craneano, hernias incarceradas, heridas por arma de fuego, politraumatizados por caídas o por accidente de tránsito y, además, se aprende a evaluar que pacientes son candidatos a pasar a sala de operaciones.

CASO N°5

En tópicos de cirugía se presentó el siguiente caso clínico:

Paciente mujer de 28 años con un tiempo de enfermedad de 28 horas antes del ingreso, caracterizado por un dolor abdominal difuso a predominio de epigastrio de intensidad 6/10, el cual no calma ante el uso de antiespasmódicos, hace 16 horas antes del ingreso se añade hiporexia, niega náuseas y vómitos, hace 8 horas antes del ingreso el dolor incrementa de intensidad a 8/10 a nivel de fosa iliaca derecha por lo cual la paciente toma analgésicos, disminuye el dolor a intensidad 5/10 pero persistente. A 1 hora antes del ingreso inicia a incrementarse el dolor en fosa iliaca derecha motivo por el cual ingresa por emergencia de medicina interna, niega sensación de alza térmica. En el cual le solicitan un hemograma el cual dio como resultado una leucocitosis de 16 500 sin desviación izquierda, un examen de orina no patológico, una subunidad beta de la hormona coriónica humana negativo una ecografía donde no se puede apreciar apéndice cecal por meteorismo incrementado.

Niegan antecedentes quirúrgicos, niega antecedentes patológicos, refiere fecha de última regla que inicio 21 días antes del ingreso, niega uso de métodos anticonceptivo, refiere vida sexual activa. Niega reacciones adversas a medicamentos

El paciente presento los siguientes signos vitales saturación en 95%, frecuencia respiratoria en 18 respiraciones por minuto, temperatura en 36.5°C, frecuencia cardiaca en 84 latidos por minuto, presión arterial en 100/70 mmHg. Peso de 56 Kg y talla de 165 cm.

A la ectoscopía la paciente se encontraba en un regular estado general, buen estado de nutrición, buen estado de hidratación, en posición de decúbito supino, con facies de dolor, con vía periférica permeable.

Piel y mucosas: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, mucosa oral hidratada, no palidez, no ictericia.

Tórax y pulmones: Amplexación simétrica, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplo audible.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presente, no distendido, no se palpan masas, poco doloroso a la palpación de fosa iliaca derecha, punto de McBurney

dudoso, punto de Murphy negativo, signo de Rovsing negativo, Signo de psoas positivo, signo de blumberg negativo.

Sistema nervioso: despierta, orientada tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, no focalización, no signos meníngeos.

CASO N°6

En hospitalización de cirugía general se presentó un paciente en espera de cirugía electiva:

Paciente mujer de 67 años con tiempo de enfermedad de 5 meses, el cual es caracterizado por dolor tipo cólico de intensidad de 4/10 a nivel de hipocondrio derecho, post ingesta de alimentos grasos. Presento último episodio de cólico vesicular hace 15 días la cual el dolor aumento a una intensidad de 9/10, asociado a vómitos de contenido alimentario de aproximadamente un vaso y medio (325 ml) que fue calmado en tópico de urgencias con analgésicos y antiespasmódicos. Niega sensación de alza térmica, niega nauseas, niega ictericia. Cuenta con ecografía de hace 3 meses que evidencia una vesícula biliar de 94 mm x 36 mm, con paredes delgadas de 39 mm, no edematizadas, cálculos biliares de 11 mm x 6 mm. Completo sus exámenes pre-quirúrgicos e ingresa por consultorio para colecistectomía laparoscópica

Refiere antecedente de diabetes mellitus tipo 2 controlada con metformina de 850 mg cada 24 horas, hipertensión arterial controlada con losartán de 50 mg cada 24 horas, refiere hipercolesterolemia hace 8 meses en tratamiento con rosuvastatina, refiere antecedente de cesárea hace 43 años. Niega reacciones adversas a medicamentos.

El paciente presento los siguientes signos vitales saturación en 95%, frecuencia respiratoria en 16 respiraciones por minuto, temperatura en 36.8°C, frecuencia cardiaca en 65 latidos por minuto, presión arterial en 120/75 mmHg. Glucosa basal en 85. Peso de 68 Kg y talla de 162 cm.

Piel y mucosas: tibia, poco hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, mucosa oral seca, no palidez, no ictericia.

Tórax y pulmones: Amplexación simétrica, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplo audible.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, no distendido, blando, depresible, dolor a la palpación de hipocondrio derecho, signo de Murphy positivo, signo de McBurney negativo, signo de Blumberg negativo.

Sistema nervioso: Despierta, orientada tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, no focalización, no signos meníngeos.

1.4 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA:

Durante la rotación de gineco-obstetricia en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz tiene un mayor énfasis en la Parte Obstétrica en el cual el interno participa dentro del tópico de emergencia, aquí el interno aprende a realizar la especuloscopia y tacto vaginal, determinando el trabajo de parto, cuando pasan a sala de partos o cuando ameritan cesárea de emergencia, evalúa abortos y define preeclampsia según sus criterios de severidad.

Además, participa en sala de partos, donde se encarga de controlar la progresión del trabajo de parto de las gestantes, recibir al neonato y realizar el monitoreo post-parto. Luego en Alto Riesgo Obstétrico el interno evalúa a las pacientes gestantes que tienen alguna patología propia de la gestación pero que no ameritan una cesárea de emergencia en ese momento como un feto podálico, una ruptura prematura de membranas, una pielonefritis o gestación múltiple entre otras causas.

El área de puerperio se divide en dos, en puerperio de partos eutócicos el cual su vigilancia es menos estricta y termina en 24 horas, y puerperio de parto distócico por cesárea que ameritan mayor cuidado y vigilancia de su herida operatoria o vigilancia de la patología que llevó a la paciente a cesárea.

El interno debe tener las competencias necesarias para poder definir el mejor manejo, no solo de la gestante sino de su producto, salvaguardando el binomio de oro, a su vez es fundamental que el interno aprenda el manejo de la clave roja, clave azul y clave amarilla pues con ello podrá disminuir la mortalidad materna.

CASO N°7

En el tópic de emergencia se presentó el siguiente caso:

Gestante de 30 años acude a emergencia refiriendo tiempo de enfermedad de 14 horas antes del ingreso caracterizado por dolor abdominal tipo contracción en hipogastrio de intensidad 8/10 que no se irradia, que mejora al reposo, 3 horas antes del ingreso se agrega pérdida de sangre por vía vaginal en forma de coágulos en dos oportunidades no logra cuantificar volumen, motivo por el cual acude a emergencias.

Niega antecedentes patológicos, refiere antecedente quirúrgico de cesárea hace 8 años por presentar preeclampsia severa, refiere edad gestación de 10 semanas 5 días por fecha de última regla, formula obstétrica G2P1010. Niega reacciones adversas a medicamentos.

La gestante presento los siguientes signos vitales saturación en 98%, frecuencia respiratoria en 16 respiraciones por minuto, temperatura en 37.1°C, frecuencia cardiaca en 92 latidos por minuto, presión arterial en 100/50 mmHg. Peso de 69 Kg y talla de 158 cm.

Piel y mucosas: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, mucosa oral hidratada, palidez +/-, no ictericia.

Tórax y pulmones: Amplexación simétrica, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitorax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplo audible.

Obstétrico: altura uterina de 9 cm, latidos cardiacos fetales no audible, situación, presentación y posición indiferentes.

Genitales externos: presencia de resto de coágulos en canal vaginal.

Tacto vaginal: cuello uterino en posición central, blando, orificio cervical externo abierto.

Sistema nervioso: Despierta, orientada tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, no focalización, no signos meníngeos.

CASO N°8

En tópic de emergencia de presento el siguiente caso clínico:

Gestante primigesta de 17 años ingresa por emergencia refiriendo cefalea intensa, niega escotomas, niega dolor abdominal, niega tinnitus, niega perdida

de líquido amniótico, niega sangrado vaginal, niega contracciones uterinas, percibe movimientos fetales.

Niega antecedentes patológicos, niega antecedentes quirúrgicos, formula obstétrica G1P0000, niega reacción adversa a medicamentos. Refiere edad gestación de 36 semanas 3 días por ecografía del primer trimestre

El paciente presento los siguientes signos vitales saturación en 98%, frecuencia respiratoria en 16 respiraciones por minuto, temperatura en 37.3°C, frecuencia cardiaca en 83 latidos por minuto, presión arterial en 170/90 mmHg. Peso de 48 Kg y talla de 139 cm.

Piel y mucosas: tibias, húmedas, elásticas, llenado capilar menor de 2 segundos, no deshidratada, no palidez, no ictericia.

Tórax y pulmones: Amplexación simétrica, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitorax, no ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplo audible

Obstétrico: Altura uterina de 33 cm, latidos cardiacos fetales 145 por minuto, situación longitudinal, presentación cefálica y posición derecha, dinámica uterina cada 10 min de intensidad leve, duración 10 segundos, movimientos fetales presentes.

Tacto vaginal: cuello uterino en posición posterior, blando, dilatado 0 cm, no incorporado, altura de presentación -4, membranas integras.

Sistema nervioso: Despierta, orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, no focalización, no signos meníngeos.

Con estos casos clínicos el interno fue preparado para afrontar las patologías de diversos tipos de pacientes, así como las emergencias que se presentarán en su vida como médico cirujano.

CAPITULO II. CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El hospital en el que desarrolle el internado fue el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, es un establecimiento de nivel II-2, ubicado Av. Saenz Peña sin número, en el distrito de Puente Piedra. A escasos Km de la carretera panamericana norte, siendo el primer Hospital de nivel II desde la carretera norte a sur en lima, por lo cual se reciben en muchas oportunidades accidentes de tránsito.

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, cuenta con 32 consultorios físicos. Se atiende a una población de aproximadamente 1 millón de personas que proceden principalmente de los distritos de Puente Piedra, Ancón, Santa Rosa y Carabayllo.

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz al ser un establecimiento de nivel II-2, pertenece a la Diris Lima Norte siendo hospital de referencia de los Centro Materno Infantil de Santa Rosa, Ancón y Los Sureños. A su vez puede referir a los pacientes hospitalares nivel III como son el Hospital Nacional Cayetano Heredia y el Hospital Sergio Bernales.

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz como institución posee la misión de: “Brindar los Servicios de Salud Básica y especialidad con calidad e inclusión social en el marco de la atención integral basado en la persona, familia y comunidad con el enfoque preventivo curativo y recuperativo a la población de los distritos de Puente Piedra, Ancón, Santa Rosa y Carabayllo contribuyendo al empoderamiento de nuevos estilos de vida que conllevan a mejorar la salud de nuestra población”.

Para ello se establece los siguientes objetivos estratégicos:

- Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud.

- Asegurar la disponibilidad, competencia y distribución de los recursos humanos en salud.
- Impulsar la Carrera Publica meritocrática y Política Remunerativa en el sistema público de salud.
- Contar con infraestructura y equipamiento moderno e interconectado que aseguren los servicios de salud de calidad.
- Fortalecer la capacidad de alerta y respuesta de Sistema de Salud.

Para ello el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz a como institución se organiza a través de estructuras orgánicas, dentro de los cuales aquello que se relaciona con los pacientes es órgano de línea donde se agrupa de la siguiente manera.

Departamento de Medicina

- Servicio de Medicina Interna
- Servicio de Gastroenterología
- Servicio de Cardiología
- Servicio de Neurología
- Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales
- Servicio de Dermatología
- Servicio de Endocrinología
- Servicio de Neumología

Departamento de Cirugía

- Servicio de Cirugía General
- Servicio de Cirugía Torácica
- Servicio de Otorrinolaringología
- Servicio de Oftalmología
- Servicio de Urología
- Servicio de Traumatología y Ortopedia
- Servicio de Neurocirugía

Departamento de Pediatría

- Servicio de Pediatría
- Servicio de Neonatología

Departamento de Gineco-Obstetricia

- Servicio de Ginecología

- Servicio de Obstetricia

Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

- Servicio de Emergencia
- Servicio de Cuidados Intensivos
- Servicio de Trauma Shock
- Servicio de Cuidados Intensivos y Cuidados Intermedios Neonatales

Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico

- Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico
- Servicio de Recuperación Post Anestésica y Reanimación
- Servicio de Cirugía Ambulatoria

Entre otros departamentos como patología clínica y anatomía patológica, diagnóstico por imágenes, salud mental, nutrición y dietética, servicio social, farmacia, enfermería; sin embargo, los arriba señalados son en los cuales el interno de medicina interactúa más.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

El estudiante de medicina durante su año del internado inicia a realizar procedimientos médicos, supervisados por los médicos del hospital, tanto el médico residente como los médicos asistentes. Para ello se le exige que deba mantener un nivel de conocimiento básico, además por caso nuevo, el interno, motivado por los médicos que lo supervisan, realiza una revisión de los últimos artículos sobre el manejo de los pacientes. Estas revisiones son evaluadas en las discusiones de los casos clínicos o en la exposición de los casos más interesantes que se presente en su servicio.

3.1 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA:

CASO N°1

En el tópico de emergencia de medicina interna se presentó un paciente que ingreso por dificultad respiratoria, con los síntomas, los antecedentes y con el examen físico realizado se determinó que se trataba del caso de un paciente con insuficiencia cardiaca congestiva descompensada, para ello se amplió los estudios de este paciente.

Se solicitó un electrocardiograma en el cual se manifestaba un ritmo sinusal, una frecuencia cardiaca de 86 latidos por minuto, un eje cardiaco en -30° , además un índice de sokolow de 40 mm, con lo que se determinó una hipertrofia cardiaca izquierda, no se evidencian alteraciones del segmento ST.

Los exámenes de laboratorios solicitados fueron creatinina en 0.75, urea en 24 mg/dL con lo cual el paciente presentaba buena función renal, y CPK-MB y troponina no elevadas, con lo cual aleja una sospecha de infarto.

Además, se solicitó una placa de rayos X donde se evidenciaba un patrón difuso alveolar en forma de alas de mariposa a nivel de 2/3 inferiores de ambos campos pulmonares, a su vez se aprecia un índice cardiorácico de 0.65 a expensas del ventrículo izquierdo.

En conjunto el especialista y el médico residente de guardia determinaron que el paciente presentaba un edema agudo de pulmón producto de una insuficiencia cardiaca congestiva descompensada. Para estabilizar al paciente se procedió de manera oportuna según lo establecido por la guía de manejo de ESSALUD (1). Se aplicó furosemida intravascular hasta mejorar la saturación y disminuir los crépitos bibasales. Se dejó las siguientes indicaciones.

- Dieta blanda
- NaCl 0.9% 1000 cc intravascular a 10 gotas por minuto
- Furosemida 20 mg intravenoso cada 24 horas
- Espironolactona 25 mg intravenoso cada 8 horas
- Enalapril 10 mg vía oral cada 12 horas
- Carvedilol 12.5 mg vía oral cada 12 horas
- O2 por cánula binasal hasta 5 litro por min
- Posición de Fowler con cabecera de cama a 60°
- Ingresar a hospitalización

El paciente está siendo tratado priorizando el edema agudo de pulmón por lo cual es fundamental aumentar la diuresis con diuréticos parenterales como la furosemida y espironolactona (2).

CASO N°2

Durante la rotación en hospitalización de Medicina Interna se presentó el caso de un paciente anemia severa que había sido corregida, producto de una Hemorragia Digestiva Alta a causa a determinar.

Durante la discusión del caso clínico en el hospital se determinó realizar una endoscopia según lo descrito por la guía de ESSALUD, la indicación se realizó luego de corregir la hemoglobina por encima de 7 g/dL, tal como ocurrió en con el paciente (3). Dejando al paciente con las siguientes indicaciones médicas.

- Nada por vía oral
- NaCl 0.9% 2000 cc intravascular a 30 gotas por minuto
- Poligelina 500 cc a chorro condicional a presión menor de 90/60
- Control de funciones vitales
- Interconsulta a gastroenterología para endoscopia alta

Por la tarde se realizó la endoscopia alta por parte del servicio de gastroenterología, en la cual se evidencio un coagulo adherente a nivel del antro gástrico, el cual se clasifico como Forrest IIb. Siendo el diagnostico final una gastropatía nodular y erosiva a nivel antral a descartar helicobacter pylori. Además, se llevó una muestra de tejido a biopsia la cual estaría lista dentro de un mes.

Dentro de la revisión de la bibliografía se encontró que es mejor una endoscopia temprana para los pacientes dentro de las 24 horas (4). Sin embargo, por el nivel del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz no se cuenta todos los días con el servicio de Gastroenterología por lo cual los pacientes deben esperar más tiempo para poder realizarse la endoscopia.

3.2 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA:

CASO N°3

Durante la rotación de pediatría ingresó una paciente de 1 año y 3 meses en el tópico de emergencia, con el cuadro clínico de dificultad respiratoria, lpresencia de tirajes, disminución del murmullo vesicular y sibilantes, se dio el diagnóstico de Síndrome de Obstrucción Bronquial Agudo.

Se utilizó la escala de Bierman-Pearson para determinar la severidad y además poder elegir el manejo más oportuno (5)

TABLA N°1 DE ESCALA DE BIERMAN-PEARSON

Indicador de gravedad	Puntaje
Frecuencia respiratoria de 47 por min	2
Tiraje en 2 grupos musculares	2
Sibilantes inspiratorios y espiratorios con estetoscopio	2
Cianosis	0
Moderado	6

Fuente: Manual de Lectura – curso clínico AIEPI. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Perú [Internet]. Minsa. 2005 [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1507-1.pdf>

Con ello se clasifico como un Síndrome de Obstrucción Bronquial Agudo moderado, a descartar neumonía bacteriana sobreagregada por lo cual se le solicito una placa de rayos X donde se halló un patrón de condensación sin broncograma aéreo, además un hemograma con una leucocitosis en 12 950 sin desviación izquierda. Por todo ello se solicitó un hemocultivo para determinar la neumonía bacteriana

La indicación médica de este paciente fueron las siguientes

- Lactancia materna + alimentación complementaria
- Vía salinizada
- Ceftriaxona 440 mg intravascular cada 12 horas
- Azitromicina 200mg/5ml: 2.75 ml via oral cada 24 horas
- Hidrocortisona 27.5 mg intravascular cada 6 horas
- Nebulización 11 gotas de salbutamol + 5 cc de suero fisiológico
- Paracetamol 22 gotas condicional a temperatura mayor a 38°C
- Oxigeno por cánula binasal condiciona a saturación menor de 92%
- Queda en observación

Debido al esfuerzo respiratorio del paciente y la saturación de 93% que presento una elevación de leucocitos, se prefirió inicia una terapia antibiótica empírica según lo revisado también en UptoDate (6). En el artículo se especifica que en el caso de la elección de los antibióticos debe estar guiada

por el grupo etario y el patógeno más probable; sin embargo, se recomienda suspender los antibióticos si se presenta un cultivo negativo a las 72 horas.

CASO N°4

En neonatología, el caso de un neonato prematuro y dificultad respiratoria. Fue diagnosticado con Distrés Respiratorio del Recién Nacido para ello se valoró y se clasifico según la escala de Silverman y Anderson (7):

TABLA N°2 DE ESCALA DE SILVERMAN Y ANDERSON

Variable	Valor
Aleteo nasal	0
Disociación toraco-abdominal	0
Tirajes intercostales	2
Retracción xifoidea	2
Quejido espiratorio	1
Distrés respiratorio del recién nacido moderado	5

Fuente: 1. López-Candiani C. Cuidados del recién nacido saludable. Acta Pediatr Mex. 28 de noviembre de 2014;35(6):513.

Se presentó los resultados al especialista de, quien decidió pasarlo a la unidad de cuidados intensivos, previamente se dejó indicado una placa de rayos X de tórax en el cual se evidencia patrón reticulonodular difuso a predominio de campo pulmonar izquierdo además se solicitó un laboratorio de un hemograma a las 12 horas y análisis de gases arteriales.

- Nada por vía oral
- Dextrosa al 10% volumen de 120 a 8 ml/min
- Surfactante 8 ml por tubo endotraqueal inmediatamente
- Oxígeno por cánula binasal a 0.5 litro por minuto
- Mantener en incubadora en temperatura de 36.5°C
- Queda hospitalizado en UCI de neonatología
- Control de funciones vitales
- Observación de signos de alarma
- Balance hídrico estricto

El manejo del recién nacido se realizó siguiendo la guía de MINSA, por lo cual ante una sospecha de enfermedad de membrana hialina se debe pasar al neonato a una Unidad de Cuidados Intensivos para vigilar su estado de oxigenación, temperatura y de ácido-base (8).

3.3 ROTACIÓN DE CIRUGÍA:

CASO N°5

En el tópico de cirugía se recibió a un paciente con cuadro de dolor abdominal en fosa iliaca derecha, con dudas sobre un diagnóstico de apendicitis, ya contaba con una leucocitosis del servicio de medicina, por ello se verifico con la escala de Alvarado (9).

TABLA N°3 DE ESCALA DE ALVARADO

Variable	Puntaje
Migración de dolor	1
Anorexia	1
Náuseas y o vómitos	0
Dolor en cuadrante inferior derecho	2
Dolor al rebote	0
Fiebre	0
Leucocitosis	2
Desviación izquierda	0
Total	6

Fuente: De Quesada Suárez, Leopoldo, Milagros Ival Pelayo, and Caridad Lourdes González Meriño. "La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda." *Revista Cubana de Cirugía* 54.2 (2015): 121-128.

Al revisarlo el cirujano, determino que, con la escala de Alvarado, se encontraba en sospecha de la apendicitis por lo que ameritaba realizarse mayores estudios, se le explica al paciente y se solicitó una tomografía

abdominal, en la cual se evidenciaba un apéndice con engrosamiento de pared, líquido en cavidad peritoneal y presencia de apendicolito.

Con estos resultados se definió al paciente como una apendicitis aguda más peritonitis. Se dejó las siguientes indicaciones al paciente:

- Nada por vía oral
- Vía Salinizada
- Ceftriaxona 2 gr intravascular
- Metronidazol 500mg intravascular c/8h
- Ranitidina 50 mg intravascular c/8h
- Exámenes prequirúrgicos
- Interconsulta anestesiología

Con todos los resultados prequirúrgicos y la evaluación de anestesiología, el paciente ingresó a sala de operaciones de emergencia para el procedimiento de una apendicectomía abierta en el cual participó el interno y se generó el siguiente reporte operatorio:

- Asepsia y antisepsia
- Colocación de campos
- Incisión mediana infraumbilical
- Disección por planos hasta cavidad
- Identificación de hallazgos
 - Apéndice cecal de 7x2 cm perforada en su tercio medio
 - Base indemne
 - Líquido peritoneal purulento de aproximadamente 500 cc en los cuatro cuadrantes
- Ligadura mesoapéndice más sección
- Ligadura con lino 0 de base
- Apendicectomía a muñón libre
- Lavado prolijo de cavidad peritoneal con suero fisiológico
- Secado y aspiración
- Retiro de pieza quirúrgica
- Secado de cavidad con gasa estéril
- Conteo de gasas completas
- Revisión de hemostasia

- Cierre de planos por planos
- Paciente estable pasa a recuperación

El diagnóstico final de paciente fue de apendicitis aguda perforada y peritonitis generalizada. Diagnóstico que se llegó luego de la revisión de cavidad.

Según la guía MINSA el manejo del paciente inicia con un interrogatorio adecuado sin embargo en este caso el paciente tiene un dolor que sido encubierto por el efecto de los analgésicos por lo cual su diagnóstico fue más complicado y necesitó de más pruebas como una tomografía (10). Toda apendicitis tiene como tratamiento definitivo la cirugía, sin embargo, se le debe ofrecer al paciente la mejor vía para la cirugía, en el caso de un paciente con peritonitis se prefiere la apendicectomía abierta sobre la apendicectomía laparoscópica pues permite un mejor lavado de la cavidad.

CASO N°6

La paciente de hospitalización se encontraba estable para pasar a sala de operaciones, era una paciente ya con un cuadro definido de una colecistitis crónica calculosa, además presentaba comorbilidades que se encontraban controladas

- Nada por vía oral.
- Vía salinizada.
- Losartán 50 mg vía oral cada 24 horas.
- Metformina 850 mg vía oral cada 24 horas.
- Rosuvastatina 40 mg vía oral cada 24 horas.
- Vendaje de miembros inferiores.
- Pasa a cirugía laparoscópica.

El manejo de los pacientes con cólico biliares recurrentes es la cirugía electiva, pues esta presenta menos complicaciones que la cirugía de emergencia, a su vez reduce el tiempo de estancia hospitalaria al ser muy fácil de realizarse por vía laparoscópica (11).

En el caso de esta paciente ya en la tarde paso a sala de operaciones para la colecistectomía laparoscópica, si bien en este procedimiento es fundamental las habilidades del cirujano como el manejo de la cámara, pues esta le da la

visibilidad de lo que se está realizando dentro de la cavidad, algunas veces siendo el interno el encargo de manejar la cámara. Los pasos a seguir fueron los siguientes:

- Asepsia y antisepsia.
- Colocación de campos estériles.
- Incisión transumbilical.
- Colocación de trocares según técnica francesa.
- Disección de triangulo de Calot.
- Identificación de hallazgos.
 - Vesicular biliar de 8x3 cm de paredes delgadas, conteniendo litos, bilis verde petróleo, conducto cístico no dilatado, arteria cística anterior y colédoco no dilatado.
- Clipaje y sección de conducto cístico.
- Clipaje y electrocauterización de la arteria cística.
- Disección de fondo de la vesícula.
- Extracción de vesícula por trocar 1 en bolsa de guante.
- Revisión de hemostasia.
- Retiro de trocares y cierre de accesos.
- Paciente tolera el procedimiento y pasa a sala recuperaciones

Si bien la paciente pudo tolerar la cirugía, el interno realiza el seguimiento de la paciente en hospitalización y curar las heridas operatorias de los trocares.

3.4 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA:

CASO N°7

Respecto a la gestante de 10 semanas que fue atendida por sangrado vaginal, se le solicitó una ecografía transvaginal en la cual se encontró un endometrio engrosado de 16 mm. Por tal motivo se diagnosticó como un aborto incompleto. Con las siguientes indicaciones.

- Dieta completa.
- Vía salinizada.

- Queda en hospitalización.

Luego, de acuerdo a la revisión de la literatura sobre abortos (12). Se eligió la realización de aspiración manual endouterina, procedimiento el cual puede ser realizado por el interno, para lo cual se realizan los siguientes pasos.

- Asepsia y antisepsia.
- Colocación de especulo.
- Pinzamiento de labio superior cervical.
- Anestesia paracervical.
- Aspiración manual endouterina.
- Revisión de hemostasia.
- Retiro de instrumental.

Se halló un útero de 9 cm con restos endouterinos de aproximadamente 10 cc, lo cuales fueron enviados a anatomía patología, y la paciente, a las horas de tolerar el procedimiento, fue dada de alta.

CASO N°8

El caso de la paciente que se presentó en emergencia refiriendo cefalea intensa, presentó presión arterial sistólica mayor de 160, por lo que la paciente fue diagnosticada con preeclampsia con criterios de severidad.

Por lo cual se solicitó exámenes auxiliares como perfil renal, perfil hepático y perfil de coagulación según lo indicado por la guía de manejo de MINSA (13). Sin embargo, mientras se esperaban los resultados de laboratorio, la paciente paso de emergencia a sala de operaciones con las siguientes indicaciones.

- Nada por vía oral
- NaCl 0.9% 1000 intravascular a 45 gotas por minuto
- MgSO₄ 10g en 1 L de NaCl 0.9% intravascular a 300cc a chorro, luego a 45 gotas por minuto
- Nifedipino 10 mg vía oral cada 4 horas
- Metildopa 1 gr vía oral cada 12 horas
- Pasa a sala de operaciones

Al ser una paciente con una edad gestación mayor a 34 semanas pudo pasar directamente a sala de operaciones sin necesidad de maduración pulmonar

- (14). Según la guía del Instituto Perinatal del Perú, también se prefiere a esta edad gestacional un manejo expectante para aumentar la sobrevida perinatal
- (15). Sin embargo, al considerarse un pretérmino tardío este presenta mayor maduración pulmonar, y mejora su supervivencia.

CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado es una etapa llena de aprendizaje para el estudiante de medicina, en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Pese a ser un hospital pequeño en tamaño y en nivel de complejidad, se puede resolver las patologías más comunes que afectan a la población.

Además, permite al interno interactuar con los pacientes, desarrollar una buena relación médico paciente, y tomar decisiones clínicas en base a su estado.

En la rotación de medicina, pese a la dificultad de tan solo contar con 20 camas en hospitalización, se podía observar múltiples patologías diferentes y apreciar múltiples manejos, así como ser la rotación más enfocada en la discusión y exposición de casos clínicos.

En pediatría, la estancia en tópicos permite atender hasta unos 60 pacientes por día y debido a la gran demanda de pacientes, el interno va mejorando sus habilidades y en neonatología siempre se podía atender en un día mínimo 3 partos por cesárea. Si bien muchos pacientes pediátricos pueden ser de difícil atención, los médicos asistentes y residentes enseñan al interno como tratar y como deber ser el manejo en un paciente pediátrico. La rotación de pediatría fue la última rotación de mi internado, la cual inició en enero del 2020 y culminó el 15 de marzo del 2020 debido a la pandemia por COVID-19, es por este motivo mi internado médico no fue tan afectado por la pandemia.

Cirugía es la rotación donde la destreza manual es mucho más importante para poder realizar los múltiples procedimientos que necesita el paciente, durante esta rotación se mejora la técnica para desarrollar estos procedimientos, además es la rotación donde más se aprende a definir el estado y el manejo que amerita el paciente, la principal dificultad de esta

rotación se da en el servicio de emergencia, muchos de estos pacientes ameritan una rápida atención; sin embargo, muchas veces se produce una demora en los trámites de medicamentos y materiales, lo cual dificulta la atención al paciente.

En gineco-obstetricia se valora la atención que se le da a las gestantes y se necesita una participación activa del interno de medicina en cada uno de los procedimientos como aspiración manual endouterina, cesáreas, atención de partos, o legrados uterinos, además se aprende el uso de la clave roja, azul y amarilla, aprendizaje fundamental que contribuirá a disminuir la mortalidad materna.

CONCLUSIONES

1. Durante el año del internado se van aprendiendo capacidades que son pilares en la vida del médico cirujano.
2. El interno de medicina no solo da una valoración de la patología, sino que además logra dar consuelo al paciente y a los familiares.
3. Con las prácticas clínicas se afinan las habilidades semiológicas del interno.
4. La dualidad de madre-neonato debe ser evaluadas en conjunto y no por separado para brindar la atención más oportuna.
5. El interno aprende a tomar decisiones en base al estado del paciente.

RECOMENDACIONES

- Elegir los hospitales que permitan en mayor medida mejorar las habilidades clínicas y quirúrgicas.
- Manejar una patología no debe ir separado de manejar la dolencia del paciente.
- Siempre tener presente que un buen interrogatorio es el paso inicial para la resolución de la enfermedad
- No desaprovechar las oportunidades de realizar procedimientos que no se ha realizado antes por algún temor.
- Siempre monitorizar a los pacientes que se encuentre en emergencia, pues su cuadro clínico puede cambiar.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Guía De Práctica Clínica Para El Diagnóstico Y Tratamiento De La Insuficiencia Cardíaca Crónica [Internet]. essalud. 2019 [citado 20 enero 2021]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/tecnologias_sanitarias/ICC_B_C_GPC_ICC_Version_Corta.pdf
2. Treatment of acute decompensated heart failure: General considerations - UpToDate [Internet]. [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-decompensated-heart-failure-general-considerations?search=edema%20agudo%20de%20pulm%C3%B3n&source=search_result&selectedTitle=7~150&usage_type=default&display_rank=7
3. Vásquez-Quiroga Jorge, Taype-Rondan Alvaro, Zafra-Tanaka Jessica Hanae, Arcana-López Ericson, Cervera-Caballero Luis, Contreras-Turin Javier et al. Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta en el Seguro Social del Perú (EsSalud). Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2018 Ene [citado 2021 Abr 18]; 38(1): 89-102. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292018000100015&lng=es.
4. Lau, James YW y col. "Momento de la endoscopia para la hemorragia digestiva alta aguda". Revista de Medicina de Nueva Inglaterra 382.14 (2020): 1299-1308.
5. Manual de Lectura – curso clínico AIEPI. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Perú [Internet]. Minsa. 2005

- [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1507-1.pdf>
6. 2. J. Barson W. Pneumonia in children inpatient treatment [Internet]. Uptodate.com. 2021 [citado el 19 de Abril de 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/pneumonia-in-children-inpatient-treatment?search=neumon%C3%ADa%20pediatr%C3%ADa&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
 7. López-Candiani C. Cuidados del recién nacido saludable. *Acta Pediatr Mex.* 28 de noviembre de 2014;35(6):513.
 8. Guías de práctica clínica para la atención del recién nacido: guía técnica / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud; 2007.
 9. De Quesada Suárez, Leopoldo, Milagros Ival Pelayo, and Caridad Lourdes González Meriño. "La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda." *Revista Cubana de Cirugía* 54.2 (2015): 121-128.
 10. MINSA. Guías de Práctica Clínica - Departamento de Cirugía . Hospital Santa Rosa. 2015 [citado el 4 de abril de 2021]. Disponible en: <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2015/resoluciones/RD-493-2015.pdf>
 11. Dimou, Francesca M., et al. "Trends in follow-up of patients presenting to the emergency department with symptomatic cholelithiasis." *Journal of the American College of Surgeons* 222.4 (2016): 377-384.
 12. Interrupción del embarazo en primer trimestre: aspiración uterina. UpToDate [Internet]. 2020 [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/first-trimester-pregnancy-termination-uterine-aspiration>
 13. Guía de practica clinica pre-eclampsia y eclampsia version extensa [internet]. Minsa. 2017 [citado 20 enero 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/4220.pdf>
 14. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Perú. 2ed. Instituto Nacional Materno Perinatal.

[Internet]. 2020 [citado el 20 de abril de 2021]. Disponible en:
<https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>

15. Guevara Ríos, Enrique, and Luis Meza Santibáñez. "Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú." *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 60.4 (2014): 385-394.