



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA ADQUIRIDA EN UN HOSPITAL DE NIVEL III Y
UN CENTRO DE SALUD NIVEL I-3 DURANTE EL INTERNADO
MÉDICO 2022**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR
GLENDA DE JESÚS BARRANTES MONTENEGRO**

**ASESOR
ÚRSULA MARÍA PAREDES MARTINEZ**

**LIMA - PERÚ
2023**



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA ADQUIRIDA EN UN HOSPITAL DE NIVEL III Y UN
CENTRO DE SALUD NIVEL I-3 DURANTE EL INTERNADO MÉDICO
2022**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
GLENDA DE JESÚS BARRANTES MONTENEGRO**

**ASESORA
ÚRSULA MARÍA PAREDES MARTINEZ
MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA, PERÚ
2023**

JURADO

Presidente: Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Johandi Delgado Quispe

Miembro: Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

A mis padres y a mi hermana, por su compañía y apoyo durante estos años de formación profesional. Gracias por su paciencia y amor incondicional

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	9
I.1 Servicio de Ginecología y Obstetricia	9
I.2 Servicio de Pediatría	12
I.3 Servicio de Medicina Interna	15
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	19
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	20
III.1 Servicio de Ginecología y Obstetricia	20
III.2 Servicio de Pediatría	23
III.3 Servicio de Medicina Interna	24
III.4 Servicio de Cirugía	26
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	29
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
FUENTES DE INFORMACIÓN	34

RESUMEN

El presente trabajo de suficiencia profesional describe parte de la experiencia obtenida durante el año de internado médico a través de una serie de casos clínicos relacionados a patologías frecuentes en las áreas de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología y Obstetricia. **Objetivo:** Dar a conocer la experiencia durante el año de Internado Médico 2022 a través de casos clínicos en diferentes especialidades. **Materiales y métodos:** Se presentan ocho casos clínicos, que corresponden equitativamente a las cuatro principales rotaciones: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología y Obstetricia, realizadas en el Hospital María Auxiliadora y durante el Internado Médico 2022. **Conclusiones:** El año de internado médico representó un periodo fundamental en la carrera de Medicina Humana, ya que permitió potenciar y desarrollar nuevas habilidades y aplicarlas en la práctica clínica, junto a los conocimientos teóricos adquiridos durante los años de formación previos. Los casos presentados en este trabajo fueron elegidos debido a su importancia y relativa frecuencia. En cuanto a los casos de Ginecología y Obstetricia, el embarazo ectópico complicado es una de las principales causas de muerte materna, en el primer trimestre de embarazo, y la pielonefritis aguda tiene una serie de complicaciones importantes tanto para la madre como para el feto. En pediatría, las crisis asmáticas comprenden una causa habitual de atención en emergencia y las infecciones de tracto urinario son una de las infecciones bacterianas más frecuentes en esta población. En Medicina Interna, tanto la trombosis venosa profunda como la pancreatitis precisan un diagnóstico precoz y manejo adecuado para evitar complicaciones más sistémicas. Finalmente, en Cirugía, la apendicitis es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo quirúrgico que requiere siempre un manejo inmediato, mientras la patología vesicular puede ser un cuadro recurrente que no siempre precisa manejo quirúrgico inmediato, sin embargo este es necesario para evitar complicaciones a futuro.

Palabras clave: Internado médico, Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia.

ABSTRACT

This professional sufficiency work describes part of the experience obtained during the year of medical internship through a series of clinical cases related to frequent pathologies in the following fields: Internal Medicine, Surgery, Pediatrics and Obstetrics and Gynecology. **Objective:** To make known the experience acquired during the year of Medical Internship 2022 through clinical cases in different specialties. **Materials and methods:** Eight clinical cases are presented, which correspond equally to the four main rotations: Internal Medicine, Surgery, Pediatrics and Gynecology and Obstetrics, carried out at the María Auxiliadora Hospital and the Santiago de Surco Health Center in the period between June 2022 and March 2023. **Conclusions:** The year of medical internship represented a fundamental period in the Human Medicine career since it allowed to promote and develop new skills and apply them in clinical practice, together with the theoretical knowledge acquired during the previous years of training. The cases presented in this paper were chosen due to their importance and relative frequency. Regarding the cases of Gynecology and Obstetrics, complicated ectopic pregnancy is one of the main causes of maternal death in the first trimester of pregnancy, and acute pyelonephritis has a series of important complications for both the mother and the fetus. In pediatrics, asthma attacks are a common cause of pediatric emergency care, and urinary tract infections are one of the most frequent bacterial infections in this population. In Internal Medicine, both deep vein thrombosis and pancreatitis require early diagnosis and proper management to avoid more systemic complications. Finally, in Surgery, appendicitis is one of the most frequent causes of acute surgical abdomen that always requires immediate management, while vesicular pathology can be a recurring condition that does not always require immediate surgical management; however, it is necessary to avoid complications due to future.

Keywords: Medical internship, Internal Medicine, Surgery, Pediatrics, Obstetrics and Gynecology.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA ADQUIRIDA EN UN HOSPITAL DE NIVEL III Y UN CENTRO DE SALUD NIVEL I-3 DURANTE EL INTERNA

AUTOR

GLENDA DE JESÚS BARRANTES MONTE NEGRO

RECUENTO DE PALABRAS

10370 Words

RECUENTO DE CARACTERES

58461 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

36 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

69.3KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 31, 2023 12:02 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 31, 2023 12:03 PM GMT-5**● 14% de similitud general**

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

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado



Ursula Maria Paredes Martinez
ASESORA

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

INTRODUCCIÓN

En el Perú, el Internado Médico consiste en el último escalón en la formación de pregrado de los futuros profesionales. Actualmente, este tiene una duración de diez meses en la cual los internos según ciertos criterios son asignados a establecimientos, tanto centros hospitalarios como puestos de salud, donde pueden poner en práctica lo aprendido y adquirir nuevos conocimientos que le permitirán desenvolverse en la práctica médica.

En los últimos años, debido a la pandemia por COVID-19, tanto el inicio como la duración y las rotaciones del Internado han cambiado. Esto debido a que, con la llegada del virus al Perú, en marzo de 2020, el Gobierno tomó ciertas medidas iniciales como declarar estado de emergencia, el aislamiento e inmovilización social obligatorio y el paso a educación en modalidad virtual, las cuales se extendieron al área de la salud, donde las entidades a cargo determinaron la suspensión del Internado 2020.⁽¹⁾ Más adelante, en agosto del mismo año, el internado fue retomado, pero con nuevos lineamientos determinados por el contexto epidemiológico ⁽²⁾. Es así como se condiciona y retrasa el inicio y desarrollo del Internado 2021 y, consecuentemente, el Internado 2022.

En mayo de 2022 se publica el Oficio Circular n.º 079-2022-DG-DIGEP/MINSA, en el cual se establecen las fechas de inicio y término del año del Internado 2022, siendo estas 01 de junio de 2022 y 31 de marzo de 2023, respectivamente⁽³⁾. Posteriormente, mediante la Resolución Ministerial n.º 351-2022/MINSA se presentan los lineamientos finales para el desarrollo de las actividades del Internado en Ciencias de la Salud, dejando así todo listo para el inicio del año lectivo ⁽⁴⁾.

En el caso específico de quien presenta este trabajo, se eligieron dos sedes de rotación, las cuales fueron el Hospital María Auxiliadora y el Centro de Salud Santiago de Surco. Esto debido a que, al igual que el año anterior, al realizar el internado a través del Minsa, se debía seguir la consigna de dividir su duración total a la mitad con el objetivo de rotar tanto por un hospital de mayor complejidad como por un establecimiento de primer nivel ⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La carrera de Medicina Humana en el Perú comprende siete años de formación dividida en tres partes importantes y bastante diferenciadas. En los primeros tres años la formación de los estudiantes se basa en adquirir conocimientos sobre ciencias básicas que les permiten conocer el funcionamiento del cuerpo humano en diferentes niveles, y entender que cualquier falla en alguno de estos genera un desequilibrio y en consecuencia una condición o patología. Los siguientes tres años, los estudiantes se basan en la parte clínica de cada especialidad médica, en diferentes patologías, sus diagnósticos y manejos específicos, lo cual es complementado con su asistencia a hospitales, donde los diferentes servicios y especialistas amplían y refuerzan la enseñanza dentro de la práctica médica. Finalmente, la última etapa en su formación en pregrado comprende el año de Internado Médico, durante el cual los alumnos, ahora llamados internos, participan de forma más activa y directa en la salud de la comunidad. Esto debido a las rotaciones por los cuatro principales servicios (Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía) que se realizan en establecimientos de salud. Dichas rotaciones les permiten fortalecer y aplicar los conocimientos en sus años de formación previos. Parte de las experiencias adquiridas en esta última etapa son las que se van a presentar en el presente trabajo, empezando por la presentación de casos clínicos de cada rotación.

I.1 Servicio de Ginecología y Obstetricia

Caso Clínico n.º 01

Paciente de sexo femenino de 28 años ingresa por tópico de Gineco-Obstetricia, el día 06/06/2022 a horas 5:00am. Paciente refiere que alrededor de las 23 horas del día anterior, presenta dolor en hemiabdomen inferior tipo cólico e inicio súbito, de intensidad 9/10, que no se irradia, que no calma con posición antálgica, acompañado de escalofríos y sensación de desvanecimiento, además de sangrado vaginal escaso en días previos. Por lo mencionado, paciente es atendida en Clínica Montesur donde le realizan ecografía que detalla: Útero AVF central de tamaño levemente incrementado. Endometrio engrosado en 30 mm. Anexo izquierdo con presencia de imagen anecoica de aspecto de saco gestacional de dimensiones de 30x23x25 mm, con embrión no activo, de LCN: 15 mm, se acompaña con líquido en fondo de saco,

espacios parietocólicos, subhepático y subfrénico de un volumen aproximado de 250 cc. Por motivos económicos, pide ser referida al servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora. Al realizar la historia clínica, la paciente niega antecedentes patológicos y quirúrgicos. Como antecedentes gineco-obstétricos refiere: menarquia a los 15 años, régimen catamenial: 7/30 días, FUR (fecha de última regla): más de un mes (poco confiable), inicio de relaciones sexuales a los 18 años, número de parejas sexuales: 2, inyectable trimestral como método anticonceptivo, fórmula obstétrica: G1P1001, G1: recién nacido a término de parto eutócico, 2960gr, en Piura, en febrero de 2022.

Al examen físico: Aparente mal estado general (AMEG), aparente buen estado de nutrición (ABEN), aparente regular estado de hidratación (AREH), lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona.

Funciones vitales: presión arterial (PA): 80/60mmHg, temperatura (T°): 36.6° frecuencia cardiaca (FC):106 lpm, frecuencia respiratoria (FR): 16 rpm SpO2: 98% a FiO₂ ambiental.

Piel: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar < 2 segundos. Palidez ++/+++

Tórax y Pulmones: Amplexación simétrica. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos aumentados de intensidad. No soplos auscultables.

Abdomen: Doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior, rebote (+) en fosa iliaca izquierda.

Genitourinario: Puñopercusión lumbar negativa. Al tacto vaginal: Orificio cervical externo cerrado, doloroso a la movilización, fondo de saco abombado y tenso, dolor a la movilización del anexo izquierdo.

La impresión diagnóstica inicial incluye shock hipovolémico (R57.1) y embarazo ectópico complicado (O08.9). Por lo cual se propuso un plan que incluía el control de funciones vitales, observación de signos de alarma, fluidoterapia, cruce de 3 paquetes globulares, programación para sala de operaciones (SOP). Además, se solicitó hemograma, grupo y factor perfil de coagulación, creatinina, urea, b-HCG en orina y en cuanto a imágenes, una ecografía. Los resultados de laboratorio mostraron alteración en leucocitos $16.92 \times 10^3/\text{ul}$, hemoglobina 9.2 g/dl, hematocrito 29 %. La ecografía solicitada informó: ÚTERO: AVF Longitudinal: 94 mm, Transverso: 60 mm Posterior: 59 mm Bordes: Regulares Paredes: Homogénea anexos: ovario derecho: 26x24 de aspecto: Normal OVARIO IZQUIERDO: 29x18. Masa anexial de +- 38 mm

x 42 mm paraovárica. Fondo de saco: Ocupado +- 250 cc. De este modo, la paciente ingresa a Sala de Operaciones a las 6:55 am horas del día de ingreso y se le realiza una laparotomía exploratoria y salpingectomía izquierda, con diagnóstico postoperatorio de embarazo ectópico complicado y hemoperitoneo. En los hallazgos operatorios se describe: Útero aumentado de volumen +- 14 cm, anexo derecho SA, anexo izquierdo polo en su porción ampular con embrión sobrenadando. Ovario izquierdo sin alteraciones. Hemoperitoneo: > = 1000 cc. Posteriormente, la paciente ingresa a piso, donde tiene una evolución favorable y no se reportan interurrencias, por lo que finalmente, en su día tres de estancia hospitalaria, es dada de alta.

Caso clínico n.º 02

Paciente de 24 años, primigesta de 36 semanas 5/7 por FUR, ingresa por tópico de Gineco-Obstetricia, el día 21/06/2022 a horas 11:40. Refiere disuria asociada a dolor lumbar de dos días de evolución y sensación de alza térmica no cuantificada aproximadamente seis horas antes del ingreso, por lo cual tomó dos tabletas de paracetamol 500mg.

Al interrogatorio, paciente refiere infección de tracto urinario en su primer trimestre de gestación, con tratamiento completo y posterior control, niega antecedentes quirúrgicos. Como antecedentes gineco-obstétricos refiere menarquia a los 15 años, régimen catamenial 5/30 días, no precisa FUR, inicio de relaciones sexuales a los 19 años, número de parejas sexuales: 2 y fórmula obstétrica: G1P000.

Al examen físico: AREG, ABEN, ABEH, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona.

Funciones vitales: PA: 100/80 mmHg, T°: 36.8° FC:120 lpm, FR: 18 rpm SpO2: 98% a FiO2 ambiental.

Piel: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar < 2 segundos. Palidez ++/+++

Tórax y Pulmones: Amplexación simétrica. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos aumentados de intensidad. No soplos auscultables.

Abdomen: No doloroso a la palpación, útero grávido, ocupado por feto único.

Altura uterina: 31cm. Dinámica uterina: ausente. Latidos cardíacos fetales:152 lpm.

Movimientos fetales: ++/+++ . Situación, posición, presentación: Longitudinal izquierdo cefálico.

Genitourinario: Puñopercusión lumbar derecha positiva. No evidencia de sangrado o pérdida de líquido en genitales externos. Al tacto vaginal: Orificio cervical externo cerrado. Altura de presentación: -3. Membranas ovulares íntegras. Pelvis ginecoide. No evidencia de sangrado o pérdida de líquido.

La impresión diagnóstica inicial es gestación simple (Z33), infección de tracto urinario: Pielonefritis aguda (O.23). Debido a esto, se solicita hemograma y examen completo de orina. A la reevaluación con resultados se encuentra: hemoglobina 9.8g/dl, hematocrito 30%, leucocitos $10.77 \times 10^3/uL$ con ligera desviación izquierda, en el examen de orina se encuentra regular cantidad de células epiteliales, 100 leucocitos por campo, hematíes 20-30 por campo, gérmenes ++++. La paciente es hospitalizada con un plan que incluye control de funciones vitales y observación de signos de alarma, monitoreo materno fetal estricto, hidratación con NaCl 0.9% 1000cc, y cobertura antibiótica con ceftriaxona 1gr cada IV cada 24 horas. Con dicho manejo, la paciente evoluciona favorablemente, sin presentar fiebre o alguna intercurrentia, por lo que finalmente es dada de alta con Cefuroxima 500mg cada 12 horas por 7 días.

I.2 Servicio de Pediatría

Caso clínico n.º 01

Paciente de sexo femenino de 9 años, acompañada de su madre, ingresa por tópico de Pediatría a las 14:20 horas. Madre refiere tiempo de enfermedad de más o menos dos días caracterizado por tos esporádica y ligera rinorrea. El día de ingreso, la paciente realizó actividad física en el colegio, y posterior a ello presentó agitación, dificultad para respirar y opresión torácica. En casa madre refiere uso de salbutamol 2 puffs en dos ocasiones, sin remisión total de síntomas por lo que acude al Hospital María Auxiliadora.

En cuanto a antecedentes de la paciente, madre refiere cuadro similar hace un año, que no requirió hospitalización y fue manejado con inhaladores, inmunizaciones completas y una dosis contra COVID-19, niega antecedentes quirúrgicos y alergia a medicamentos.

Al examen físico: AREG, ABEN, ABEH, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona.

Funciones vitales: T°: 36.3° FC:112 lpm, FR: 31 rpm SpO2: 93% a FiO2 ambiental.

Piel: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar < 2 segundos. No palidez.

Tórax y Pulmones: Amplexación simétrica. Relación inspiración/expiración: 1/2. Uso de músculos accesorios ++. Se auscultan sibilantes inspiratorios y espiratorios.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos aumentados de intensidad y frecuencia. No soplos auscultables.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación.

Se calcula un PIS (Pulmonary Index Score) de 9 puntos. FR: 31 (1 pts), sibilantes inspiratorios y espiratorios (3pts), relación inspiración/expiración 1/2 (2 pts), uso de músculos accesorios ++ (2 pts) y saturación de oxígeno 93% (2pts)

Con los datos obtenidos en la anamnesis y el examen físico, se da como impresión diagnóstica una crisis asmática moderada (J45.9)

La paciente pasa a UCPTIN con la indicación de un primer ciclo de inhalación con salbutamol: 6 puff cada 20 min por una hora, luego reevaluación, prednisona 50mg VO y O2 húmedo por cánula binasal condicional a SpO2 <92%

A la reevaluación, paciente se encuentra con un PIS de 7 FR: 22 (0 pts), sibilantes inspiratorios y espiratorios (3pts), relación inspiración/expiración 1/2 (2 pts), uso de músculos accesorios ++ (2 pts) y saturación de oxígeno 96% (1pt). Se indica un segundo ciclo de inhalación con salbutamol, con lo cual la paciente sigue evolucionando de forma favorable favorable y es dada de alta con la indicación de continuar con beta agonistas de acción corta, corticoides inhalados y glucocorticoides orales. Se da consejería en signos de alarma y cita por consultorio externo en 1 semana.

Caso clínico n.º 02

Paciente de sexo femenino de 6 meses de edad en brazos de madre ingresa por tópico de Pediatría. Madre refiere tiempo de enfermedad de dos días caracterizado por malestar general, poco apetito y sensación de alza térmica (SAT) no cuantificada para lo cual administró 10 gotas de paracetamol. Ante la persistencia de síntomas, poca tolerancia oral e irritabilidad de la menor, acude al Hospital María Auxiliadora. En la ampliación de la historia clínica, madre no refiere cambios en la frecuencia o cantidad de orina, más si en el olor de esta.

Al examen físico: AREG, AREN, AREH.

Funciones vitales: T°: 38.3° FC:138 lpm, FR: 36 rpm SpO2: 98% a FiO2 ambiental.

Piel: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar < 2 segundos. No palidez. No cianosis. No se palpan adenopatías.

Orofaringe: no congestiva. No se evidencian placas

Oído: conducto auditivo externo permeable, membrana timpánica sin alteraciones.

Tórax y Pulmones: Amplexación simétrica. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos aumentados de intensidad y frecuencia. No soplos auscultables.

Abdomen: Blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación.

Genitourinario: genitales externos adecuados para sexo y edad.

SNC: despierta, irritable, reacciona a estímulos externos, moviliza las cuatro extremidades. No signos meníngeos.

La impresión diagnóstica inicial incluye síndrome febril (R50.9), e infección de tracto urinario (N39) como diagnóstico probable. En el plan se indica 20 gotas de paracetamol STAT y se solicita hemograma, examen completo de orina por bolsa colectora. A la reevaluación con resultados, la paciente se encuentra afebril y con funciones vitales dentro de rangos normales. El hemograma muestra hemoglobina 11.3g/dl, leucocitos $16.47 \times 10^3/uL$ sin desviación izquierda y el examen de orina muestra 60-70 leucocitos por campo y gérmenes ++. Se solicita nuevo examen de orina completo y urocultivo por sonda y se hospitaliza con antibioticoterapia empírica con amikacina 150mg cada 24 horas y paracetamol condicional a $T^{\circ} > 38^{\circ}$. En piso, la paciente evoluciona favorablemente de forma progresiva, permanece afebril, tolera la vía oral y se encuentra menos irritable. Al cuarto día de hospitalización se reciben resultados de urocultivo: Escherichia Coli, sensible a aminoglucósidos y es dada de alta al quinto día con remisión total de síntomas. Se da consejería a la madre, se indica dos días más de antibioticoterapia vía oral con cefuroxima 1.5ml cada 12 horas y se da cita en una semana por consultorio externo.

I.3 Servicio de Medicina Interna

Caso clínico n.º 01

Paciente de sexo masculino de 53 años ingresa por Tópico de Medicina, con tiempo de enfermedad de 5 días. Refiere que hace aproximadamente 10 días sufrió un esguince grado uno en tobillo derecho, por lo que estuvo en reposo y recibió

antiinflamatorios. Cinco días antes de su ingreso nota aumento de volumen en miembro inferior derecho asociado a dolor de moderada intensidad.

Como antecedentes patológicos refiere hipertensión arterial en tratamiento regular con enalapril desde hace un año, niega antecedentes quirúrgicos y alergia a medicamentos.

Al examen físico: AREG, AMEN, AREH.

Funciones vitales: T°: 36.3° PA:120/70 FC:68 lpm, FR: 18 rpm SpO2: 99% a FIO2 ambiental. Peso:87kg Talla: 1.68 IMC: 30.82

Piel: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar < 2 segundos. No palidez.

TCSC: muy aumentado.

Tórax y Pulmones: Amplexación simétrica. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos. No soplos auscultables.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación.

SOMA: miembros inferiores asimétricos. Miembro inferior derecho aumentado de volumen, edema con fóvea. Presencia de circulación colateral superficial.

Se calcula un puntaje en la escala de Wells de 4 (riesgo elevado) lo cual apoya la impresión diagnóstica inicial de trombosis venosa profunda en miembro inferior izquierdo. Se solicitan exámenes de laboratorio y Ecografía Doppler, la cual confirma Trombosis Venosa Profunda en tronco venoso femoral de miembro inferior izquierdo.

El paciente es hospitalizado y al no tener contraindicaciones, se decide su manejo con heparina de bajo peso molecular: Enoxaparina 1mg/kg cada 12 horas.

La hospitalización transcurre sin interurrencias y ante la mejoría clínica, el paciente es dado de alta con indicaciones de continuar anticoagulación a la misma dosis por 3 meses y control por consultorio externo.

Caso clínico n.º 02

Paciente de sexo femenino de 35 años ingresa por Tópico de Medicina con tiempo de enfermedad de más o menos 6 horas caracterizado por dolor en epigastrio que se irradia la espalda, de intensidad 8/10, asociado a hiporexia, náuseas y vómitos en dos ocasiones. Niega fiebre.

Niega antecedentes patológicos y quirúrgicos. Como antecedentes gineco-obstétricos refiere menarquia: 11 años, régimen catamenial: 4/28 días, no precisa FUR, implante

como MAC y refiere la siguiente fórmula obstétrica: G1P1001. G1: recién nacido a término de parto eutócico en julio de 2022 (dos meses antes del ingreso)

Al examen físico: AREG, ABEN, AREH.

Funciones vitales: T°: 36.4 °C PA:110/60 FC:86 lpm, FR: 18 rpm SpO2: 99 % a FiO2 ambiental.

Piel: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar < 2 segundos. No palidez.

Tórax y Pulmones: Amplexación simétrica. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos. No soplos auscultables.

Abdomen: No cambios de coloración en la piel. Ruidos hidroaéreos disminuidos. Blando, poco depresible, doloroso a la palpación profunda difusa, a predominio de epigastrio.

La impresión diagnóstica incluye síndrome doloroso abdominal (R10.4), y pancreatitis aguda (K85) probable. Se solicitan exámenes de laboratorio y ecografía de abdomen superior; y se indica NPO, hidratación endovenosa, analgesia con tramadol 50mg y antiemético endovenoso: dimenhidrinato 50mg. Los resultados de laboratorio muestran una hemoglobina de 12.3g/dl, leucocitosis de $17.82 \times 10^3/uL$ sin desviación izquierda, plaquetas en 275.000. glucosa: 113mg/dl, creatinina: 0.7mg/dl, urea: 23mg/dl, TGO: 28U/L TGP: 32U/L, LDH: 364U/L, amilasa: 589U/L lipasa: 356U/L. Ecografía informa presencia de litos en vesícula biliar, ligera dilatación de colédoco: 6mm y páncreas hipoecoico aumentado de tamaño de forma difusa. Durante su estancia hospitalaria, la paciente evoluciona favorablemente con el manejo indicado inicialmente, permanece afebril, en su segundo día niega dolor, tolera la vía oral y exámenes control de laboratorio presentan mejoría. Por lo mencionado anteriormente es dada de alta al cuarto día.

I.4 Servicio de Cirugía

Caso clínico n.º 01

Paciente de sexo masculino de 19 años ingresa por Tópico de Cirugía, refiriendo tiempo de enfermedad de aproximadamente 5 horas caracterizado por hiporexia, náuseas y dolor que inicialmente se localiza en epigastrio con una intensidad de 7/10 y horas después migra a flanco derecho con intensidad 9/10. Niega fiebre.

En cuanto a antecedentes patológicos refiere asma en la infancia, con última crisis asmática a los 10 años. Niega hospitalizaciones y cirugías previas.

Al examen físico: AREG, ABEN, AREH. Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona.

Funciones vitales: T°: 36.6° PA:110/60 FC:89 lpm, FR: 19 rpm SpO2: 99% a FiO2 ambiental.

Piel: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar < 2 segundos. No palidez.

Tórax y Pulmones: Amplexación simétrica. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos. No soplos auscultables.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos disminuidos. Blando, poco depresible, doloroso a la palpación profunda. Mc Burney positivo. No signos peritoneales.

Con los datos obtenidos en la anamnesis y examen físico, la impresión diagnóstica es síndrome doloroso abdominal (R10.4) y apendicitis (K35.9). Por esto, se solicita hemograma y prequirúrgicos y en los resultados se evidencia leucocitosis de $18.20 \times 10^3/uL$ con desviación izquierda. Se calcula escala de Alvarado de 8 puntos: migración del dolor (1pt), anorexia (1pt), náuseas (1pt), dolor en cuadrante inferior derecho (2pts), leucocitosis (2pts), desviación izquierda (1pt). Se indica hidratación, manejo del dolor, profilaxis antibiótica y el paciente es preparado para SOP. Se le realiza apendicectomía laparoscópica con diagnóstico postoperatorio: Apendicitis no complicada. Paciente con evolución favorable, sin interurrencias, permanece afebril, niega dolor, refiere eliminación de flatos y tolerancia a la vía oral. Es dado de alta en su segundo día postoperatorio.

Caso Clínico n.º 02

Paciente de sexo femenino de 62 años, ingresa por Tópico de Cirugía, con tiempo de enfermedad actual de más o menos tres días, caracterizado por dolor tipo cólico en hipocondrio derecho de intensidad 7/10 que inicialmente cedía de forma parcial con AINEs, y sensación de alza térmica no cuantificada. Paciente refiere 3 episodios similares en los últimos dos años que la obligaron a acudir a emergencia en otro establecimiento. Como antecedentes patológicos refiere hipertensión arterial hace 10 años, actualmente en tratamiento regular con losartán, diabetes mellitus en tratamiento regular con metformina hace 8 años y colelitiasis hace 2 años. En cuanto

a cirugías previas refiere una cesárea y bloqueo tubárico bilateral y niega alergia a medicamentos.

Al examen físico: AREG, AREN, AREH.

Funciones vitales: T°: 37.3° PA:130/80 FC:79 lpm, FR: 18 rpm SpO2: 99% a FiO2 ambiental.

Piel: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar < 2 segundos. No palidez. No ictericia. Tórax y Pulmones: Amplexación simétrica. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos. No soplos auscultables.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes. Blando, poco depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Murphy positivo. No signos peritoneales. Con la clínica actual y el antecedente de cuadros similares y el diagnóstico previo de coleditiasis, la impresión diagnóstica incluye síndrome doloroso abdominal (R10.4) y colecistitis aguda (K81.9). Así, se solicitan exámenes de laboratorio y ecografía de abdomen superior. Además, se indica hidratación parenteral y analgesia con tramadol 50mg, hioscina 20mg. Los resultados de laboratorio muestran una leucocitosis de $19.56 \times 10^3/\mu\text{L}$ con desviación izquierda y PCR elevada, mientras la ecografía muestra vesícula de 63x42mm con engrosamiento de pared 5 mm, múltiples litos y barro biliar. Por lo mencionado, la paciente es hospitalizada con diagnóstico de colecistitis crónica reagudizada de grado moderado según escala de Tokyo. Se le indica antibioticoterapia con ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas y manejo del dolor con tramadol 50 mg EV cada 12 horas y metamizol condicional a T°>38 °. Paciente evoluciona favorablemente, permanece afebril, tolera la vía oral y niega dolor, por lo que es dada de alta al quinto día con cita por consultorio externo para completar prequirúrgicos y programación de cirugía electiva.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

La experiencia se inició en el Hospital María Auxiliadora (HMA), un establecimiento de salud de nivel de complejidad III-1, que pertenece a la Dirección de Salud (Diris) Lima Sur, el cual se encuentra ubicado en la Avenida Miguel Iglesias 968, distrito de San Juan de Miraflores. El HMA cuenta con diversos servicios y especialidades ⁽⁶⁾. Como internos, fuimos divididos en cuatro grupos con rotaciones de cinco semanas en las principales especialidades. Empezando por la unidad de Ginecología y Obstetricia se podía rotar por emergencia, centro obstétrico, hospitalización y consulta externa tanto de ginecología como de obstetricia; en Pediatría, las rotaciones se dieron en emergencia, hospitalización de lactantes, escolares, y neonatología; en cuanto a Medicina Interna, se debía rotar tanto en emergencia como en hospitalización; finalmente en Cirugía, en emergencia, hospitalización de Cirugía General, Traumatología, Urología, Neurocirugía y Cirugía Plástica.

Pasados 5 meses y finalizadas las rotaciones en el HMA, los internos iniciábamos la segunda parte del Internado, ahora en el centro de salud de primer nivel escogido. En este caso en particular, se realizó en el Centro de Salud Santiago de Surco, un establecimiento de nivel de complejidad I-3, ubicado en jirón Daniel Cornejo 166, distrito de Santiago de Surco. Este establecimiento, perteneciente a la Diris Lima Sur y la Red Integrada de Salud que componen los distritos de Chorrillos, Barranco y Surco (RIS CHO-BCO-SCO). Este centro abarca un área distribuida en 9 sectores con una población aproximada de 243 253 personas al 2023 ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾. A los internos, se les permitió rotar principalmente por consultorio de medicina general, programa contra tuberculosis (PCT), obstetricia y consultorio de crecimiento y desarrollo. Además, participó activamente en las campañas de Salud Familiar, Promoción y Prevención.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1 Servicio de Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 01: Embarazo ectópico

Se define como la implantación del producto de la fecundación fuera de la cavidad uterina. Con mayor frecuencia, hasta en un 95 % de los casos, esto ocurre a nivel de las trompas; sin embargo, otras localizaciones podrían ser a nivel cervical, intersticial, ovárico, e incluso, abdominal. A nivel tubárico, puede situarse en cualquiera de los diferentes segmentos, siendo el más común la ampolla tubárica, seguido del istmo y las fimbrias ⁽⁹⁾.

En el mundo su incidencia alcanza cifras entre 1-2 % de gestaciones. Estos datos se pueden observar también en países como el nuestro ⁽¹⁰⁾. En cuanto a la mortalidad, el embarazo ectópico es una causa importante de muerte materna en el primer trimestre del embarazo y en países en vías de desarrollo como el nuestro, las tasas registradas están entre 1-3 %, lo cual es hasta diez veces más que en países desarrollados.⁽¹¹⁾ Dentro de los factores de riesgo de alto grado se encuentra el embarazo ectópico previo, la cirugía tubárica previa, patología tubárica, esterilización, utilización de DIU, ya sea de uso pasado o actual, y finalmente fecundación in vitro en embarazo actual ⁽¹²⁾.

Aunque se reportan casos de pacientes que cursan asintomáticas, la clínica típica suele acompañarse de una triada clásica que consiste en dolor abdominal, sangrado vaginal y amenorrea. El dolor, generalmente, se localiza a nivel pélvico y puede ser difuso o localizado en un lado, este suele presentarse entre las cinco y siete semanas de gestación en tanto sucede la distensión de la trompa, y puede variar en sus características, pues puede referirse como un dolor continuo o intermitente, sordo o agudo, de leve o gran intensidad. En el caso de una instauración súbita del dolor, debido a su asociación, debe sospecharse de una ruptura tubárica. En cuanto al sangrado vaginal tanto el volumen como el patrón puede ser variable, desde una escasa sangrado oscuro hasta una hemorragia, desde uno único a uno intermitente o continuo. Debido a que estos signos y síntomas se dan en un contexto de amenorrea, muchas pacientes suelen confundirlo con su ciclo normal y el diagnóstico puede pasar

desapercibido hasta la presentación de síntomas característicos de una complicación, como es la ruptura tubárica ⁽¹³⁾.

El manejo del embarazo ectópico puede ser expectante, médico (mediante uso de metotrexato) o quirúrgico, esto dependerá de la estabilidad hemodinámica de la paciente, el valor de b-hCG, la actividad cardíaca del producto, el tamaño y riesgo de ruptura, la existencia de un embarazo heterotópico y otras condiciones o comorbilidades de la paciente ⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾.

En el caso presentado, la paciente niega los factores de riesgo de alto grado asociados a embarazo ectópico, sin embargo, la clínica presentada es la que comúnmente se puede observar en estos casos. La paciente refirió la presencia de un sangrado vaginal escaso en días previos que fueron confundidos con un periodo menstrual normal después de un retraso; no obstante, fue el dolor de inicio súbito y la posterior sensación de desvanecimiento lo que la alertó. Son estos últimos dos síntomas, los que hacen sospechar de la gravedad del cuadro. El manejo que se le dio era el requerido según las condiciones de la paciente al momento de su llegada al establecimiento, quien presentaba hipotensión y taquicardia, dos signos que orientan rápidamente a una hemorragia aguda, producto de ruptura tubaria. En emergencia se actuó rápidamente estabilizando hemodinámicamente a la paciente mientras se solicitaba a la par todos los exámenes auxiliares requeridos y se preparaba para sala de operaciones. Finalmente, la paciente ingresó a SOP en poco tiempo donde se logró controlar el cuadro y se confirmó el embarazo ectópico roto y consecuente hemoperitoneo.

Es importante en estos casos saber diagnosticar a tiempo y reconocer tempranamente los signos que orientan a una complicación, para, según las posibilidades del establecimiento, actuar rápidamente y evitar consecuencias fatales.

Caso clínico n. ° 02: Pielonefritis

Las infecciones de tracto urinario (ITU), definidas como la presencia de bacterias en el tracto urinario capaces de producir alteraciones funcionales y/o morfológicas, son comunes en el embarazo. Estas se pueden dividir tanto en ITU baja, donde se encuentran la cistitis aguda y la bacteriuria asintomática (BA), y alta, representada por la pielonefritis aguda (PNA) ⁽¹⁶⁾.

La PNA es considerada una patología severa durante la gestación ya que puede traer complicaciones tanto para la madre como para el feto. Por ejemplo, aproximadamente entre un 15 a 20% de las gestantes hacen bacteriemia, y en menor proporción desarrollan complicaciones más severas como shock séptico, coagulación intravascular diseminada y síndrome de distress respiratorio. Además, se ha asociado a una mayor incidencia de preeclampsia, parto pretérmino y bajo peso al nacer⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾. Por lo tanto, debido a sus importantes complicaciones y al tener una incidencia mayor que la población en general (1 a 3 % de las gestaciones), es una causa bastante frecuente de hospitalización en este periodo⁽¹⁸⁾.

Los microorganismos que causan infecciones urinarias son los que habitualmente se encuentran en la flora perineal normal y en general se trata de los mismos gérmenes que afectan en no gestantes. El germen más frecuentemente aislado es *Escherichia Coli*; sin embargo, otros gram negativos que podrían ser los causantes en menor medida, son *Proteus mirabilis* y la *Klebsiella pneumoniae*, y entre los gram positivos predominan *Streptococo beta hemolítico* y *Staphilococo saprophyticus*⁽¹⁹⁾.

El diagnóstico de la PNA es básicamente clínico. La sintomatología referida incluye molestias urinarias, una alteración del estado general, fiebre, sudoración, escalofríos y dolor lumbar intenso y constante. El examen físico es de gran importancia ya que se deben buscar signos como la puño-percusión lumbar positiva, la cual es usualmente de un solo lado, a predominio del derecho, pero en algunos casos podría ser bilateral. El diagnóstico se confirma con un examen de orina patológico con presencia de leucocituria, cilindros leucocitarios, proteinuria y hematíes, y posteriormente el resultado de urocultivo con >100.000 UFC/ml.

Debido a que una PNA es en su mayoría debido a una bacteriuria asintomática no diagnosticada o mal tratada, un manejo adecuado de la BA disminuye hasta en un 80% la incidencia de pielonefritis⁽¹⁹⁾.

En el caso presentado, la paciente con antecedente de bacteriuria asintomática, en el primer trimestre, llega a emergencia del hospital con la clínica característica de pielonefritis, siendo la disuria, el dolor lumbar y la sensación de alza térmica, lo más resaltante. Ante este caso el personal de salud evaluó oportunamente a la paciente, se decidió su hospitalización y manejo con ceftriaxona 1gr cada 24 horas por vía intravenosa. La decisión del uso de dicho antibiótico se ve respaldada por la bibliografía que sugiere que los betalactámicos parenterales de amplio espectro, como ceftriaxona o piperacilina-tazobactam, son los antibióticos de elección para el

tratamiento empírico inicial de la pielonefritis ⁽¹⁸⁾⁽²⁰⁾. Posteriormente, al permanecer afebril durante 24 a 48 horas y presentar mejora en la sintomatología, la paciente cumplía criterios para ser dada de alta. ⁽²¹⁾

lil.2 Servicio de Pediatría

Caso clínico n.º 01: Crisis asmática

El asma es una enfermedad caracterizada por una inflamación de la vía aérea, que supone una dificultad para respirar, presencia de sibilancias, tos y sensación de opresión torácica ⁽²²⁾. En el caso de las exacerbaciones, estas son definidas como episodios en los cuales hay un empeoramiento en el estado basal del niño, y necesitan hasta en más de 20% de los casos de atención y manejo médico en el servicio de emergencia. Estas crisis se pueden deber a factores infecciosos, alérgenos, condiciones ambientales como el ejercicio o humo de tabaco, estrés emocional, patrones estacionales, o una combinación de varios de los mencionados ⁽²³⁾.

Una buena historia clínica junto al exámen físico son de gran importancia y en su mayoría suficientes para llegar al diagnóstico. ⁽²⁴⁾ En cuanto a su manejo, este va a depender de la gravedad de la crisis y va a ser determinado por guías, principalmente la de GINA ⁽²³⁾

En el caso presentado, la paciente, con antecedente de cuadro similar un año atrás, pero sin diagnóstico confirmado de asma, acude por presentar la clínica típica de una exacerbación como es la disnea y opresión torácica. Esto dado en un contexto de posibles desencadenantes como procesos virales dos días antes, ya que refiere rinorrea y tos, y esfuerzo físico el día de su ingreso. A la par de la obtención de información importante, se realiza el examen físico, valorando la gravedad del cuadro según la escala de PIS (Pulmonar Index Score), la cual nos ayuda no solo para decidir el manejo inicial, sino a evaluar la mejoría después de este y determinar la necesidad de hospitalización ⁽²⁵⁾. Una vez se determina la severidad, en este caso moderado, se dan las indicaciones. Según la guía de GINA, corresponde realizar ciclos con beta agonistas (4-10 puffs cada 20 minutos por 1 hora) agregar glucocorticoides orales y oxígeno suplementario en caso se requiera ⁽²³⁾. La paciente responde favorablemente con dos ciclos de inhaladores y es dada de alta con indicaciones y consejería pertinente a la madre, otro punto que se resalta en la guía de GINA.

Caso clínico n.º 02: infección de tracto urinario

La infección de tracto urinario es una de las infecciones bacterianas más frecuentes en los niños y, aunque el pronóstico es bueno en la mayoría de los casos, es necesario identificar aquellos pacientes de alto riesgo ya que puede generar complicaciones como cicatrices renales, hipertensión y enfermedad renal ⁽²⁶⁾.

La presentación clínica de la ITU es variable y depende muchas veces de la edad del paciente. La guía NICE presenta una tabla de manifestaciones clínicas de ITU, según su frecuencia, en menores de tres meses y en niños, tanto en etapa preverbal y verbal ⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾. La paciente del caso clínico se ubicaría dentro del grupo de niños en etapa preverbal, donde el síntoma más frecuentes es la fiebre, seguida de dolor abdominal o en flanco, vómitos, falta de apetito y finalmente letargia, irritabilidad, hematuria y orina maloliente.

Después de la evaluación física de la paciente, donde se descartan otras causas frecuentes de fiebre como las respiratorias y otitis, se solicita hemograma y examen de orina, siendo la principal posibilidad diagnóstica una infección de vías urinarias. Con la confirmación de esta, se decide hospitalizar a la paciente debido a que uno de los criterios de admisión hospitalaria es la pobre tolerancia que limita el tratamiento por dicha vía. Se le inicia tratamiento parenteral con amikacina y posterior al alta, cefuroxima vía oral, siguiendo las recomendaciones de la literatura que indican que las cefalosporinas de segunda o tercera generación (como cefuroxima, cefotaxima, ceftriaxona) y los aminoglucósidos (como amikacina y gentamicina) son fármacos de primera línea para el tratamiento empírico de la ITU en la mayoría de los niños ⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾. Además se reafirma dicho tratamiento con el resultado de urocultivo.

III.3 Servicio de Medicina Interna

Caso clínico n.º 01: trombosis venosa profunda

La trombosis venosa profunda (TVP) es definida como la formación de un coágulo de sangre en el sistema venoso profundo. Esto ocurre con mayor frecuencia en miembros inferiores, sin embargo, podría ocurrir en otras localizaciones ⁽²⁸⁾. Existen diversos factores o condiciones que aumentan el riesgo de sufrir TVP, entre ellos historia previa de TVP o tromboembolismo pulmonar (TEP), neoplasias, reposo

prolongado asociado a hospitalización, inmovilización, viajes largos, uso de anticonceptivos orales y terapia de reemplazo hormonal, embarazo y puerperio, obesidad, entre otros ⁽²⁹⁾.

Se debe sospechar TVP en pacientes que presentan hinchazón, dolor, calor y eritema en las piernas, como fue el caso presentado. Los síntomas suelen ser unilaterales, pero pueden ser bilaterales. Los síntomas se limitan a la pantorrilla en pacientes con TVP distal aislada, mientras que los pacientes con TVP proximal pueden tener síntomas en toda la pierna.

En el caso presentado, el paciente tenía como principales factores de riesgo la inmovilización de miembro inferior por varios días debido a un esguince previo, además de un grado I de obesidad (IMC 30.82). El paciente presentaba la clínica característica de TVP, por lo que en emergencia rápidamente se calculó el Índice de Wells ⁽³⁰⁾. Este score incluye algunos criterios y les asigna un puntaje para determinar la probabilidad de TVP. Estos criterios son parálisis, paresia o yeso ortopédico reciente de una extremidad inferior (1 pt), recientemente postrado en cama por más de tres días o cirugía mayor en las últimas cuatro semanas (1 pt), sensibilidad localizada en el sistema de venas profundas (1 punto), inflamación de una pierna entera (1 pt), inflamación de la pantorrilla 3 cm mayor que la otra pierna (1 pt), edema con fóvea mayor en la pierna sintomática (1 pt), venas superficiales colaterales no varicosas (1 pt), cáncer activo o cáncer tratado dentro de los seis meses (1 pt), diagnóstico alternativo más probable que la TVP (- 2 pts) ⁽³¹⁾. Este paciente cumplía con, por lo menos 4 de estos puntos, lo que significa una alta probabilidad de TVP, por ello se le solicitó Ecografía Doppler venosa, que confirmó el diagnóstico. Para el manejo del paciente se consideró la bibliografía que refiere la anticoagulación como pilar del tratamiento. En este caso se utilizó una heparina de bajo peso molecular (HBPM) como es la enoxaparina en dosis de 1mg/kg cada 12 horas durante los cinco días de su estancia hospitalaria, siendo indicado al alta un tratamiento de mantenimiento, previa constatación de ausencia de riesgo de sangrado en el paciente ⁽³²⁾.

Caso clínico n.º 02: pancreatitis

La pancreatitis aguda (PA) es una de las principales causas de abdomen agudo, por lo cual es una causa frecuente de hospitalización. Su etiología es principalmente de origen biliar, debido a cálculos que migran hasta obstruir el conducto pancreático, sin

embargo, otras causas frecuentes son el alcoholismo, la hipertrigliceridemia e infecciones como la parotiditis en pediatría. La mayoría de casos (hasta un 80%) son leves, sin embargo la mortalidad en los casos graves puede llegar hasta un 50%.

La clínica característica incluye dolor abdominal de gran intensidad, sobre todo en hemiabdomen superior, que muchas veces se irradia hacia la espalda ⁽³³⁾. Esto junto a un examen físico que descarte otras causas y sugiera el diagnóstico de PA, indica que se requiere mayor estudio tanto con exámenes de laboratorio como imágenes ⁽³⁴⁾.

En el caso expuesto, la paciente presentó clínica característica de pancreatitis aguda, la cual se apoya en los exámenes auxiliares, donde se encuentran enzimas pancreáticas elevadas y la presencia de cálculos en vesícula biliar, lo cual, junto a la epidemiología, nos inclina a pensar en etiología biliar.

Para el manejo de este caso se tuvo en consideración que la medida principal es la hidratación parenteral. Esto debido a hay grandes pérdidas por tercer espacio y pérdidas por vómitos e incapacidad para ingerir líquidos que pueden llevar a un aumento en el hematocrito, nitrógeno ureico y creatinina y desarrollo de necrosis pancreática y peripancreática y lesión renal aguda. Es así que se ha visto una asociación de la reposición de líquidos en las primeras 24-48 horas con una reducción de la morbilidad y mortalidad ⁽³⁵⁾⁽³⁶⁾. Asimismo, es importante el manejo del dolor que en este caso se hizo con tramadol. Según la bibliografía los opioides son seguros y efectivos para controlar el dolor en pacientes con pancreatitis aguda. ⁽³⁷⁾ Finalmente, en cuanto a la nutrición, últimos estudios han demostrado que se debe iniciar la nutrición enteral lo antes posible siempre y cuando no presente íleo, náuseas o vómitos, tolere bien la vía oral, y el dolor esté en remisión. En el caso presentado, la paciente permaneció en NPO las primeras 24 horas y se decidió progresar la dieta debido a su mejoría clínica y a que cumplía los criterios. ⁽³⁸⁾

lii.4 Servicio de Cirugía

Caso clínico n.º 01: apendicitis

La apendicitis representa una de las causas más comunes de abdomen agudo y una de las indicaciones más frecuentes de cirugía. Su incidencia reportada es de aproximadamente 100 por 100 000 personas, siendo más frecuente en la segunda y

tercera décadas de la vida y encontrándose una proporción ligeramente mayor en hombres que en mujeres, en razón de 1.4:1 ⁽³⁹⁾.

Tradicionalmente se conoce una clínica típica de la apendicitis, la cual incluye la cronología de Murphy, como es el caso del paciente presentado, lo cual hace fácil llegar al diagnóstico ⁽⁴⁰⁾. Sin embargo, no todos los pacientes presentan la misma clínica y algunos reportes indican que incluso la mayoría de los casos no se manifiestan de esta forma. Es así como en caso de duda diagnóstica o como parte de apoyo al diagnóstico se hace uso de escalas como es la Escala de Alvarado. Esta otorga cierto puntaje a signos, síntomas y exámenes de laboratorio, y permite predecir la posibilidad diagnóstica. Los puntos para tomar en cuenta son migración del dolor (1pt), anorexia (1pt), náuseas y/o vómitos (1pt), dolor en cuadrante inferior derecho (2pts), signo de rebote positivo (1pt), fiebre (1pt), leucocitosis (2pts) y desviación izquierda (1pt). ⁽⁴¹⁾⁽⁴²⁾ En el caso de este paciente, se obtuvo un puntaje de 8, lo cual apoyaba el diagnóstico y era indicación de intervención quirúrgica.

Para el manejo del paciente se indicó hidratación, manejo del dolor y profilaxis antibiótica previa a la cirugía, cuya importancia se ha demostrado ya que previene la infección de la herida y el absceso intraabdominal postoperatorio ⁽⁴³⁾. Finalmente, se le realizó apendicectomía laparoscópica. La técnica laparoscópica presenta diferentes ventajas comparada con la abierta, ya que se reporta un menor dolor postoperatorio, menor riesgo de infección de sitio operatorio, tiempo de hospitalización más corto, y un rápido retorno a las actividades habituales ⁽⁴⁴⁾.

Caso clínico n.º 02: colecistitis

La colecistitis consiste en la inflamación de la vesícula biliar, usualmente como complicación de la colelitiasis, sin embargo, existen casos de colecistitis acalculosa, secundaria a shock, trauma pacientes gran quemados o inmunosuprimidos. En el caso presentado, se trata de una paciente con diagnóstico previo de litiasis biliar y episodios previos de cólico biliar. Estos datos son importantes ya que al ser mujer presenta mayor riesgo de litiasis y por ende sus complicaciones; incluyendo la colecistitis aguda, la cual, según algunos reportes, se desarrolla hasta en un 6 a 11% de pacientes con cálculos biliares sintomáticos ⁽⁴⁵⁾.

Para el diagnóstico de colecistitis aguda y la determinación de severidad del cuadro, se hace uso de los Criterios de Tokyo 2018. En el caso de la paciente cumplía criterios

A (signos de inflamación local), B (signos de inflamación sistémica) y C (hallazgos imagenológicos), por lo cual constituía un diagnóstico definitivo. Por otro lado, la paciente cumple criterios de gravedad II (moderada) al presentar leucocitosis mayor a 18.000 y duración de síntomas mayor a 72 horas, además no cumple criterios de grado III como son la falla de órganos. Una vez hecho el diagnóstico en la paciente se optó por el manejo con hidratación, manejo del dolor y antibioticoterapia. A pesar de que en caso de colecistitis moderadas lo ideal es intervenir quirúrgicamente de forma temprana, en las primeras 72 horas, la paciente presentaba clínica por más tiempo del mencionada; además al responder favorablemente al manejo médico, se optó por una cirugía electiva en el futuro mediano, con el fin de evitar otra reagudización del cuadro o una complicación diferente ⁽⁴⁶⁾⁽⁴⁷⁾.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El año de internado médico representa un momento crucial en la formación del futuro profesional ya que adquiere nuevos deberes y responsabilidades al encontrarse por primera vez en primera línea y participa de forma activa en el manejo de pacientes. Es así como, tanto en el primer nivel de atención como en el hospital, es el interno de medicina, guiado y supervisado por médicos residentes y especialistas, quien recibe al paciente en la emergencia o consultorio externo, participa en su diagnóstico, recolectando información importante, evaluándolo, solicitando exámenes complementarios y asegurándose que el plan se cumpla a tiempo durante su estadía en el establecimiento.

En el Hospital María Auxiliadora, en el servicio de Ginecología y Obstetricia, tanto en emergencia y consultorio externo, el interno podía realizar la evaluación inicial de las pacientes, y con la guía del médico podría realizar ciertos procedimientos o exámenes como especuloscopia, toma de muestra de PAP, tactos vaginales, maniobras de Leopold, entre otras acciones requeridas según el caso. En Centro Obstétrico, sus funciones dependían de la sala en la que se encontraba rotando, ya sea dilatación, alojamiento conjunto o sala de partos y procedimientos. En el primero de estos, los internos se encontraban a cargo de la historia clínica de cada gestante, explicarle el plan a seguir y obtener su conformidad mediante el consentimiento informado, solicitar exámenes faltantes y trabajar junto a internas de obstetricia en el monitoreo materno-fetal. En sala de partos y procedimientos, los internos podían asistir al médico y, dependiendo de las condiciones del parto, y las disposiciones del profesional, ser el principal encargado del expulsivo y alumbramiento. Finalmente, en sala de alojamiento conjunto el interno realizaba la evaluación de las puérperas, verificando no sólo que tengan una evolución favorable sino también instruyendo y brindando información de importancia para evitar complicaciones. Por la parte del área de hospitalización, el interno podía encargarse de casos de ginecología u obstetricia, según horario asignado a cada uno. Aquí, también era principal deber del interno realizar las evoluciones de las pacientes, completar la historia clínica y los exámenes, agregando la curación de heridas quirúrgicas y colocación de sondas vesicales.

Durante la rotación en Pediatría, en el área de emergencia, el interno era el primer contacto con el paciente y familiar responsable, se encargaba de aplicar el triángulo de valoración pediátrica, llenar detalladamente la historia clínica y el examen físico inicial del paciente, además era encargado de solicitar exámenes o medidas según lo indicado por el médico, en adición, a veces se le requería la evaluación y monitorización constante de pacientes que se encontraban en área de observación llamada UCPTIN. Igualmente, en el área de hospitalización, tanto de lactantes, escolares y neonatos las evoluciones diarias y evaluaciones constantes eran parte del trabajo de los internos, asegurando que los pacientes reciban una atención adecuada que les permitan una mejoría y alta pronta.

En Medicina Interna, la gran demanda que había tanto en emergencia como hospitalización le permitía al interno desarrollar su juicio clínico bajo la presión propia del servicio. En emergencia, el interno recibía una gran cantidad de pacientes a los cuales debía hacerle un interrogatorio tan rápido como exhaustivo para determinar la gravedad del cuadro, hacer un diagnóstico y manejo precoz. Además, al igual que en el área de hospitalización, se debía monitorizar y evolucionar a los pacientes, solicitar exámenes complementarios, realizar interconsultas a otras especialidades, tomar muestras para análisis de gases arteriales, realizar electrocardiogramas, curación de heridas, procedimientos como paracentesis o toracocentesis, guiados de un profesional, entre otras cosas.

Por su parte el departamento de Cirugía también contaba con tópico de emergencia donde el interno además de su función en torno a la historia clínica, también podía suturar heridas, colocar férulas, yesos y sondas vesicales, y participar en maniobras de reducción en casos de luxaciones y fracturas. En piso de hospitalización, las rotaciones se dividían en Cirugía General, Urología, Traumatología, Neurocirugía y Cirugía Plástica, donde los internos tenían a cargo principalmente las evoluciones y limpieza de heridas quirúrgicas, añadiendo según el servicio algunos procedimientos propios de la especialidad.

En cuanto a la rotación en el Centro de Salud Santiago de Surco, un establecimiento de primer nivel fue de bastante provecho, ya que todo lo aprendido se podrá extrapolar en la futura práctica del servicio rural. Esto debido a que se centra en la promoción y prevención de enfermedades, mediante charlas educativas y actividades en campo; el manejo de las patologías que más comúnmente aquejan a la población; la atención por diferentes áreas además de Medicina General, como Nutrición, Psicología,

Obstetricia, Odontología y otras especialidades con las que cuenta la RIS CHO-BCO-SCO en diferentes establecimientos.

Es importante resaltar que, a pesar de todos los conocimientos adquiridos durante este año, los establecimientos de salud, tanto de primer como mayor nivel de complejidad cuentan con limitaciones en cuanto a recursos humanos y materiales y procesos administrativos y burocráticos que significaron un reto para el desempeño del interno. Esto va desde el primer nivel con sus recursos limitados en cuanto a falta de reactivos para exámenes de laboratorio, medicamentos en farmacia, pruebas de imágenes, hasta el centro de mayor complejidad que durante mucho tiempo se vio limitado principalmente por la falta de personal de enfermería, técnicos y máquinas para tomografía y resonancia magnética, lo cual retrasaba no solo horas, sino días y hasta semanas, en el diagnóstico y manejo de los pacientes.

CONCLUSIONES

El Internado médico, como última etapa en la formación de pregrado del médico, representa un año lleno de nuevas responsabilidades, aprendizajes y experiencias. Durante este periodo, el interno se enfrenta y actúa de forma más directa que años anteriores sobre el manejo de los pacientes en diferentes aspectos y servicios, que cubre la demanda de la población.

En el caso del año 2022, a pesar de las debilidades y limitaciones de nuestro sistema y, de forma particular, de los establecimientos donde se realizó, y del contexto social en el que se dio; el Internado fue un año enriquecedor que cumplió con su objetivo de fortalecer los conocimientos teóricos, prácticos y humanos necesarios para el desarrollo del profesional en el campo de la salud. Una muestra de ello son los casos presentados en este trabajo.

Es de esta forma que la experiencia ganada en el transcurso de este tiempo servirá en el paso que viene a continuación para muchos graduados, como es el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud. Durante el cual, se contará con las habilidades necesarias para abordar a la comunidad mediante la promoción, prevención, diagnóstico, manejo de las patologías más comunes y el reconocimiento oportuno de aquellas que necesitan una atención más especializada y requieren una derivación a establecimientos de mayor complejidad.

RECOMENDACIONES

Hay que recordar que el internado médico, además de ser un periodo de gran aprendizaje a nivel médico y humano, es también un reto importante, ya que se lleva a cabo en un lugar diferente, con responsabilidades que para muchos son diferentes y enfrentadas por primera vez y una alta carga laboral y emocional. Por lo que sería recomendable que antes de llegar al último año de la carrera de medicina, los estudiantes de todas las facultades conozcan de primera mano el funcionamiento interno de los hospitales, las actividades y funciones que se realizan en cada servicio, esto mediante un programa de externado que les permita escalar desde una participación parcial a una más completa al llegar al internado.

En cuanto a las actividades académicas realizadas, sería importante contar con tutores que refuercen los conceptos teóricos en un horario específico del día o de la semana, ya que muchas veces no hay la misma disposición entre la mayoría de los médicos asistentes, y se delega la responsabilidad de enseñanza al médico residente, quien también se encuentra en formación.

Finalmente, se recomienda también que ante la carga que supone el cumplimiento de los numerosos deberes del interno, las limitaciones propias de cada establecimiento y el abuso que puedan sufrir de parte de pacientes, familiares o resto de personal de salud, se cuente con personal responsable y dispuesto a realizar un seguimiento cercano desde el inicio hasta el final de cada rotación. Esto mediante una aproximación y diálogo continuo con el interno, una supervisión del ambiente en el que se desarrolla la experiencia y una actuación oportuna en caso de verse afectados sus derechos y el bienestar físico y mental.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Diario Oficial El Peruano. Decreto de Urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID-19- DECRETO DE URGENCIA-N° 090-2020 [Internet]. 2020 [citado 24 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-0902020-1874820-3/>
2. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N° 779-2021-MINSA[Internet].[citado 24 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1976734-779-2021-minsa>
3. Ministerio de Salud del Perú. Oficio Circular N° 079-2022-DG-DIGEP/MINSA
4. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N°351-2022/MINSA. [Internet]. [citado 24 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2987398-351-2022-minsa>
5. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N° 779-2021-MINSA [Internet]. [citado 24 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1976734-779-2021-minsa>
6. Ministerio de Salud del Perú. Hospital María Auxiliadora [Internet]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hma/institucional>
7. Establecimientos de Salud. Centro de Salud Santiago de Surco [Internet]. Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/lima-sur/centro-de-salud-santiago-de-surco-santiago-de-surco/>
8. Ministerio de Salud del Perú. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur. Datos estadísticos. [Internet]. Disponible en: <https://www.dirislimasur.gob.pe/estadistica/>
9. Bouyer J, Coste J, Fernández H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. Hum Reprod 2002; 17: 3224-30)
10. Martínez Guadalupe Ál, Mascaro Rivera YS, Méjico Mendoza SW, Mere del Castillo JF. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes

con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rex Per Ginecol Obstet* julio de 2013;59(3):171-6.

11. Mignini L. Intervenciones para el embarazo ectópico tubárico. Comentario de la BSR. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2008. Disponible en <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/gynaecology-infertility-and-cancers/gynaecology-and-infertility-9>.
12. Bouyer J, Coste J, Shojaei T, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control, population-based study in France. *Am J Epidemiol* 2003; 157:185.
13. Rausch ME, Hampilos N, McNeill W, et al. Ectopic Pregnancy. In: *Handbook of Obstetric and Gynecologic Emergencies*, 5th ed, Benrubi GI (Ed), Lippincott Williams & Wilkins, 2018.
14. Hajenius PJ, Mol F, Mol BW, et al. Interventions for tubal ectopic pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; :CD000324.
15. Mol F, Mol BW, Ankum WM, et al. Current evidence on surgery, systemic methotrexate and expectant management in the treatment of tubal ectopic pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update* 2008; 14:309.
16. Raisa O Platte MD, Edward David Kim, MD. Infecciones Urinarias en el embarazo. *Medscape* Octubre 08, 2019. <http://espanol.medscape.com/article/452604>
17. Calderón Guillén J, Vega Malagón G, Velázquez Tlapanco J y cols. Factores de riesgo materno para parto pretérmino. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2005; 43:339-342.
18. Deborah A: Wing pyelonephritis in pregnancy *drugs* 2001; 61(14): 2087-96.
19. Delzell John E, Lefevre Michael. Urinary Tract Infection During Pregnancy *American Academy of Family Physicians* 2000; 1-5.
20. Warren JW, Abrutyn E, Hebel JR, et al. Guidelines for antimicrobial treatment of uncomplicated acute bacterial cystitis and acute pyelonephritis in women. *Infectious Diseases Society of America (IDSA). Clin Infect Dis* 1999; 29:745.
21. American College of Obstetricians and Gynecologists. Antimicrobial therapy for obstetric patients. *ACOG educational bulletin* 245. 1998; Washington, DC.

22. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) [en línea]. Disponible en: <http://www.ginasthma.org/>
23. Johnston NW, Sears MR. The epidemiology of asthma exacerbations. *Thorax*. 2006;61:722-8.
24. National Heart, Lung and Blood Institute. Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel Report 3. Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Full report 2007. Bethesda, Md: NHLBI, 2007.
25. Hsu P, Lam LT, Browne G. The pulmonary index score as a clinical assessment tool for acute childhood asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol Off Publ Am Coll Allergy Asthma Immunol*. diciembre de 2010;105(6):425-9
26. Shaikh N, Hoberman A, Keren R, et al. Predictors of Antimicrobial Resistance among Pathogens Causing Urinary Tract Infection in Children. *J Pediatr* 2016; 171:116.
27. Bryce A, Hay AD, Lane IF, et al. Global prevalence of antibiotic resistance in paediatric urinary tract infections caused by *Escherichia coli* and association with routine use of antibiotics in primary care: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2016; 352:i939.
28. Bauer, K. & Lip, K. Overview of the causes of venous thrombosis. UpToDate, 2013. [en línea]. Disponible en: www.uptodate.com
29. Darwood, R. & Smith, F. Deep vein thrombosis. *VASCULAR SURGERY*. 2013; 206-210.
30. Kafeza M, Shalhoub J, Salooja N, Bingham L, Spagou K, Davies AH. A systematic review of clinical prediction scores for deep vein thrombosis. *Phlebology: The Journal of Venous Disease*. 2016;32(8):516-531.
31. Wells PS, Anderson DR, Bormanis J, et al. Value of assessment of pretest probability of deep-vein thrombosis in clinical management. *Lancet* 1997; 350:1795.
32. Holbrook A, Schulman S, Witt DM, et al. Evidence-based management of anticoagulant therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012; 141:e152S.
33. Swaroop VS, Chari ST, Clain JE. Severe acute pancreatitis. *JAMA* 2004; 291:2865.

34. Banks PA. Acute pancreatitis: Diagnosis. In: Pancreatitis, Lankisch PG, Banks PA (Eds), Springer-Verlag, New York 1998. p.75.
35. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatology* 2013; 13:e1.
36. Johnson C, Charnley R, Rowlands B, et al. UK guidelines for the management of acute pancreatitis. *Gut* 2005; 54 Suppl 3:1.
37. Basurto Ona X, Rigau Comas D, Urrútia G. Opioids for acute pancreatitis pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; :CD009179.
38. Vege SS, DiMagno MJ, Forsmark CE, et al. Initial Medical Treatment of Acute Pancreatitis: American Gastroenterological Association Institute Technical Review. *Gastroenterology* 2018; 154:1103.
39. Addiss DG, Shaffer N, Fowler BS, Tauxe RV. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. *Am J Epidemiol* 1990; 132:910.
40. Temple CL, Huchcroft SA, Temple WJ. The natural history of appendicitis in adults. A prospective study. *Ann Surg* 1995; 221:278.
41. Meléndez Flores JE, Cosío Dueñas E, Sarmiento Herrera WS. Sensibilidad y especificidad de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de pacientes atendidos por apendicitis aguda en Hospitales del Cusco. *Horiz. Med.* 2019;19(1):13-18. doi: 10.24265/horizmed.2019.v19n1.03.
42. Quesada L, Ival M, González C. La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda. *Rev Cubana Cir.* 2015;54(2):121-128.
43. Andersen BR, Kallehave FL, Andersen HK. Antibiotics versus placebo for prevention of postoperative infection after appendicectomy. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; :CD001439.
44. Jaschinski T, Mosch CG, Eikermann M, Neugebauer EAM, Sauerland S. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 11. Art. No.: CD001546. DOI: 10.1002/14651858.CD001546.pub4
45. Friedman GD. Natural history of asymptomatic and symptomatic gallstones. *Am J Surg* 1993; 165:399.

46. Joseph B, Jehan F, Dacey M, et al. Evaluating the Relevance of the 2013 Tokyo Guidelines for the Diagnosis and Management of Cholecystitis. *J Am Coll Surg* 2018; 227:38.
47. Wakabayashi G, Iwashita Y, Hibi T, et al. Tokyo Guidelines 2018: surgical management of acute cholecystitis: safe steps in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 2018; 25:73.