



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DE INTERNADO MÉDICO EN LOS  
HOSPITALES DE SAN JUAN DE LURIGANCHO Y HOSPITAL  
DE HUAYCÁN PERIODO 2022-2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**LUZ VALERY DE TOMÁS TORRES**

**ELIHÚ EDUARDO DEL CASTILLO RÍOS**

**ASESOR**

**JOSÉ ENRIQUE VILLAREAL PALOMINO**

**LIMA - PERÚ**

**2023**



**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/>



**EXPERIENCIA DE INTERNADO MÉDICO EN LOS  
HOSPITALES DE SAN JUAN DE LURIGANCHO Y HOSPITAL  
DE HUAYCÁN PERIODO 2022-2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR**

**LUZ VALERY DE TOMÁS TORRES**

**ELIHÚ EDUARDO DEL CASTILLO RÍOS**

**ASESOR**

**DR. JOSÉ ENRIQUE VILLAREAL PALOMINO**

**LIMA, PERÚ**

**2023**

## **JURADO**

**Presidente: Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA**

**Miembro: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE**

**Miembro: Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA**

## **DEDICATORIA**

A mis padres, Rosa Luz y Jesús, por su apoyo incondicional a lo largo de estos años. A mi abuelito, Juan, quien partió de esta tierra para convertirse en una estrella en el cielo. Gracias por su amor infinito y por ser mi soporte desde el día uno

## **DEDICATORIA**

A mi madre y a mi prima, quien es una hermana para mí. A mi abuelo. que en paz descanse, por ser los pilares de mi formación personal y porque estuvieron conmigo durante este largo camino de una carrera tan hermosa

## ÍNDICE

<b>PORTADA</b> .....	<b>i</b>
<b>JURADO</b> .....	<b>ii</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>iii</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>iv</b>
<b>ÍNDICE</b> .....	<b>v</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vii</b>
.....	<b>viii</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>ix</b>
<b>CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL</b> .....	<b>1</b>
1. Ginecología y obstetricia .....	<b>3</b>
2. Cirugía general.....	<b>5</b>
3. Pediatría y neonatología .....	<b>7</b>
4. Medicina general.....	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b> .....	<b>11</b>
1. Hospital San Juan de Lurigancho.....	<b>11</b>
2. Hospital de Huaycán .....	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL</b> .....	<b>14</b>
1. Contraste de casos clínicos y guías de práctica clínica .....	<b>14</b>
2. Ginecología y obstetricia .....	<b>14</b>
3. Cirugía general.....	<b>15</b>
4. Pediatría y Neonatología.....	<b>17</b>
5. Medicina general.....	<b>18</b>
<b>CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b> .....	<b>21</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>23</b>
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	<b>24</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b> .....	<b>25</b>

## RESUMEN

En el último año de la carrera de Medicina Humana se realiza el internado médico. A lo largo de estos meses se pone en práctica todos los años previos de aprendizaje, se consolidan nuestros conocimientos y se adquieren nuevas prácticas de manejo para la atención de los pacientes. Para el año 2022, se dispuso realizar el internado médico en dos establecimientos de salud: cinco meses en un hospital y cinco meses en un centro de salud, dándose inicio el 1 de junio y finalizando el 31 de marzo. Las rotaciones en el hospital incluían las 4 especialidades: Ginecología-Obstetricia, Cirugía General, Pediatría-Neonatología y Medicina General; las cuales tuvieron una duración de un mes y una semana, tanto en el Hospital de San Juan de Lurigancho como en el Hospital de Huaycán, asimismo, las rotaciones en el Centro de Salud Huáscar XV y el Centro de Salud Señor de los Milagros incluían: medicina general y pediatría. Es así como en el presente trabajo se detalla la experiencia adquirida en ambos hospitales, el desempeño como internos en diversas actividades como parte de las rotaciones y diversos casos clínicos de los diferentes servicios médicos.

**Palabras clave:** Internado médico, rotaciones, especialidades médicas

## **ABSTRACT**

In the last year of the Human Medicine career, the medical internship takes place. During these months we put into practice all the previous years of learning, consolidate our knowledge and acquire new management practices for patient care. For the year 2022, it was planned to perform the medical internship in two health facilities: five months in a hospital and five months in a health center, starting on June 1 and ending on March 31. The hospital rotations included the 4 specialties: gynecology-obstetrics, general surgery, pediatrics-neonatology and general medicine; which lasted one month and one week, both in the San Juan de Lurigancho Hospital and in the Huaycán Hospital, likewise, the rotations in the Huáscar XV Health Center and the Señor de los Milagros Health Center included: general medicine and pediatrics. Thus, this paper details the experience acquired in both hospitals, the performance as interns in different activities as part of the rotations and several clinical cases of the different medical services.

**Keywords:** Medical internship, rotations, medical specialties

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DE INTERNADO MÉDICO EN LOS HOSPITALES DE SAN JUAN DE LURIGANDO Y HOSPITAL DE HUAYCÁN PERU**

AUTOR

**LUZ VALERY DE TOMÁS TORRES**

RECuento DE PALABRAS

**9141 Words**

RECuento DE CARACTERES

**50956 Characters**

RECuento DE PÁGINAS

**37 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**111.1KB**

FECHA DE ENTREGA

**Apr 4, 2023 2:14 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Apr 4, 2023 2:15 PM GMT-5**

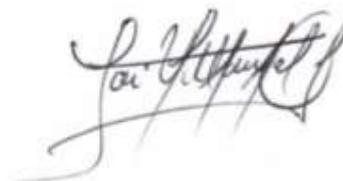
● **8% de similitud general**

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

- 8% Base de datos de Internet
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



**Dr. JOSÉ ENRIQUE VILLAREAL PALOMINO**

**ASESOR**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3928-9350>

## INTRODUCCIÓN

La última etapa en nuestra formación como futuros médicos consiste en realizar el internado médico en el último año de nuestra carrera. Teóricamente, tiene una duración de 12 meses, los cuales se dividen en 4 trimestres, en donde se desarrollan las 4 especialidades básicas: Ginecología-Obstetricia, Cirugía General, Pediatría-Neonatología y Medicina General (1). Sin embargo, para el año 2022 se dispuso realizar durante 10 meses y en dos etapas: 5 meses en un hospital y 5 meses en un centro de salud (2), en un tiempo de un mes y una semana y durante los últimos, se desarrollaron solo las especialidades de Medicina General y Pediatría.

Ya sean 12 meses o 10 meses, no solo es requisito para obtener el título de médico cirujano, sino también es fundamental, para nosotros como internos, poder ganar experiencia en cuanto a la evaluación y manejo de los pacientes en los diferentes servicios. Es sumamente importante poner en práctica todo lo aprendido a lo largo de la carrera, de esa manera se fortalecen y adquieren conocimientos, se corrigen deficiencias y se pone en evidencia la destreza de cada uno en las diferentes especialidades médicas.

Asimismo, el internado no solo nos ayuda a afianzar nuestro nivel intelectual, sino también a desarrollarnos como seres con empatía, y sobre todo a brindar una atención de calidad a cada uno de los pacientes, basado en los principios éticos de la medicina.

Tanto en el hospital de San Juan de Lurigancho como en el de Huaycán, las rotaciones por las cuatro especialidades incluían turnos en los diferentes servicios como emergencia, hospitalización y consultorio externo. En el área de ginecología y obstetricia, se compartía la rotación con las internas de obstetricia y las obstetras. En el área de cirugía general, se coordinaba activamente con las enfermeras e internas de enfermería; de igual manera en las áreas de pediatría y medicina general.

De la misma manera, en el Centro de Salud Huáscar XV y en el Centro de Salud Señor de los Milagros, la rotación consistía en la atención de los pacientes en consultorio externo de Medicina General, así como también la atención de las emergencias y apoyo campañas de salud e inmunizaciones tanto pediátricas y de adultos.

En ese contexto, el presente documento expone nuestras vivencias, experiencia adquirida y casos clínicos atendidos en el II nivel de atención durante el periodo junio 2022 a marzo 2023.

## **CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El último peldaño para lograr el título de médico cirujano, es el tan ansiado internado médico. No es secreto para ningún estudiante de medicina que realizarlo representa todo un reto, no solo porque desafía nuestro intelecto, sino también por la gran dedicación que este representa, además de tener que lidiar con la gran afluencia de pacientes en las diferentes especialidades médicas.

Comenzamos el internado con la mejor disposición, sabíamos de antemano que debíamos cumplir 150 horas al mes; sin embargo, en la práctica médica esto no siempre se da así. En unos servicios más que en otros, pero en general, la demanda de pacientes era tal, que era muy usual no salir a la hora de término de turno, las ganas de querer seguir aprendiendo y de seguir atendiendo a los pacientes hacía que cumpliéramos turnos de 24 horas, incluso más.

En el área de Ginecología y Obstetricia nos encargábamos de atender a las pacientes que llegaban a la emergencia; tomábamos sus funciones vitales, realizábamos una detallada anamnesis, examinábamos y procedíamos a realizar la historia clínica; siempre bajo la supervisión del médico ginecólogo asistente y las licenciadas en obstetricia. En el servicio de hospitalización, nos encargábamos de examinar a las pacientes puérperas, postoperadas y/o hospitalizadas, así como de precisar su evolución a diario, discutir sobre sus diagnósticos y proponer el plan de trabajo en el pase de visita por las mañanas. En el servicio de centro obstétrico atendíamos partos, realizábamos legrados y AMEU con la guía y supervisión del médico asistente; así como también, nos encargábamos de monitorizar a las gestantes en dilatación y programar su cesárea en caso sea necesario. En consultorio externo, la labor era un poco más administrativa: recibíamos a la paciente, detallábamos la anamnesis, examinábamos y de acuerdo con las indicaciones del médico ginecólogo emitíamos la receta; no sin antes haber llenado los datos de la paciente en el HIS. Del mismo modo en el servicio de ecografía, los ginecólogos nos enseñaban a cómo manejar el ecógrafo, llenábamos formatos de ecografía transvaginal, ecografía abdominal y ecografía 3D.

En el área de cirugía general, la emergencia era mayormente manejada por nosotros, internos de medicina. Atendíamos quemaduras, cortes, traumas abiertos y cerrados, policontusos, abdomen agudo, fracturas, esguinces,

luxaciones; etc. Las interconsultas hacia cirugía eran muy frecuentes y de mucho provecho para nosotros, ya que, en su mayoría eran pacientes con síndromes dolorosos, tratados en medicina general, que necesitaban descarte de abdomen agudo quirúrgico. En hospitalización, se manejaba la misma mecánica, examinar y detallar la evolución del paciente, puntualizar los diagnósticos y sugerir el plan de trabajo. Asimismo, si había una cirugía electiva programada durante el día o si se presentaba una de urgencia o emergencia, debíamos encargarnos de que el paciente cuente con todos sus exámenes de laboratorio recientes, riesgo quirúrgico, evaluación por anestesiología y autorización por el jefe de guardia para que proceda. Por lo general en consultorio externo, los pacientes asistían para iniciar sus exámenes prequirúrgicos y así programar sus cirugías electivas. Otro porcentaje asistía para controles postquirúrgicos, consultas sobre defectos en pared abdominal, sintomatología de hemorroides, cólico biliar; etc.

En Pediatría-Neonatología las licenciadas en enfermería hacían el triaje de los pacientes en el servicio de emergencia. Una vez terminado ello, pasaban con nosotros para realizar la anamnesis y elaborar la historia clínica. El pediatra estaba con nosotros en todo momento y era el quien nos guiaba al momento de establecer el diagnóstico y plan de trabajo. Los pases de visita en hospitalización requerían una detallada evolución de cada paciente y un minucioso cálculo de balance hídrico, tanto en el servicio de alojamiento conjunto como en el de hospitalización de pediatría. En sala de partos, nos permitían realizar la atención inmediata del recién nacido, así como ejecutar su profilaxis y tomar sus medidas antropométricas. En consultorio externo, se seguía la misma dinámica, las licenciadas en enfermería se encargaban del triaje y posteriormente ingresaban a consulta donde junto con el pediatra dábamos manejo al paciente pediátrico.

Finalmente, en el Servicio de Emergencia de Medicina General, ya teníamos idea a qué nos enfrentábamos; sin embargo, la cantidad de pacientes atendidos al día no dejaba de sorprendernos. La emergencia de Medicina General es el servicio más caótico de todos y, a su vez, el más enriquecedor para nosotros. La variedad de patologías es tal, que resulta provechoso poder afianzar nuestros conocimientos y obtener nuevos. En este servicio contábamos con la ayuda de técnicos y licenciados en enfermería, quienes se encargaban del triaje y colocación de accesos venosos e inyectables. Los asistentes, cuatro por turno, estaban constantemente delegando tareas y encargándose de la atención en la

emergencia. En hospitalización, el pase de visita duraba bastante más tiempo en comparación a los otros servicios. De igual manera, nos encargábamos a detalle de examinar y escribir la evolución del paciente, debíamos estar pendiente de sus exámenes de laboratorio, procedimientos al realizar y toma de AGA u otro requerimiento para su manejo.

Sumado a todas nuestras labores como internos, nuestros hospitales programaban actividades académicas que consistían en discusión de casos clínicos, presentación de tema designados y exámenes periódicos en cada una de las cuatro rotaciones.

A continuación, describimos 8 casos clínicos, los cuales tuvimos la oportunidad de manejar y seguir de cerca, durante nuestras rotaciones en los hospitales de San Juan de Lurigancho y el hospital de Huaycán.

## **1. Ginecología y obstetricia**

### **Caso clínico n.º1**

Paciente de 33 años que ingresa por emergencia presentando pérdida de líquido amniótico desde hace +/- 7 horas. Percibe movimientos fetales, niega sangrado, niega signos de irritación cortical.

Antecedentes: G2 P1001; FPP: 05/11/2022; EG: 34 semanas; CPN: 4 en clínica  
Antecedentes patológicos: niega, antecedentes quirúrgicos: cesárea por inducción fallida en el 2014

RAM: niega, ponderado fetal: 3300 gr

Al examen físico: FV: T°: 39.2 °C; PA: 115/80mmHg; FC: 115 x min; FR: 20 x min

Peso: 83 Kg; Talla: 163 cm

Paciente AREG, LOTEP

Aparato CV: RCR de buena intensidad

AU: 39 cm; F1: LPD, 153 lpm; F2: LCI, 160 lpm. Contracciones uterinas: 1/10/++/20"

TV: D: 0, I: 0, AP: -4. Membranas: Rotas, liquido claro sin mal olor

Pelvis: ginecoide

Se hacen los siguientes diagnósticos: Segundigesta de 34 semanas por ecografía del 1er Trimestre + Amenaza de Parto pretérmino + RPM +/- 7 horas + Sind Febril: por corioamnionitis probable.

Plan de trabajo: Realizar exámenes de laboratorio (Hemoglobina de 11.4 g/dl; leucocitos en 6100 mm<sup>3</sup>; AB: 0 %; SEGM: 80 %; linfocitos: 14%; Plaquetas de 160000 mm<sup>3</sup>), iniciar antibioticoterapia, hidratación, pruebas cruzadas, ecografía obstétrica y culminar la gestación.

Tratamiento: Se inicia con NaCl 0.9% 1000 cc a chorro, ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas + clindamicina 600 mg EV cada 8 horas + amikacina 1 gr EV cada 24 horas, metamizol 1.5 gr EV STAT, betametasona 12 mg IM cada 24 horas por dos dosis. Realizar controles obstétricos y preparar para SOP, por presentación podálica del feto en la ecografía.

### **Caso clínico n.º2**

Paciente de 26 años acude por presentar sangrado vaginal de 1 día de evolución que deja manchas en la ropa interior, al momento del ingreso presenta un incremento del sangrado y dolor en región pélvica inferior, presentándose pérdida de coágulos en escasa cantidad, niega fiebre, niega náuseas y vómitos. Niega síntomas de irritación cortical. Antecedentes: G2 P1001; FUR: 11/04/2022; FPP: 18/01/2023; Número de controles prenatales: 1; EG: 12 semanas por fecha de última regla. Antecedente de gestación anterior: A término, peso fetal anterior: 2,950 gr, niega complicaciones durante la gestación previa.

Funciones vitales: PA: 110/60 mmHg; FC: 88 lpm; FR: 18 rpm; SATO<sub>2</sub> %: 98 %; T°: 36.7 °; Talla: 1.43 cm; PESO: 46 kg.

Examen físico: Estado general: AREG, AREN, AREH; Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no signos peritoneales; SNC: Despierta, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow: 15/15, no signos de focalización.

Examen Obstétrico: AU: 10 cm; DU: 0 en 10 minutos; Movimientos Fetales: No aplica; Pelvis Ginecoide: Sí; Feto Único: Situación: No aplica, Posición: No aplica, Presentación: No aplica, no aplica la evaluación por la edad gestacional. Examen ginecológico: Vagina: elástica; Cérvix: OCE abierto, posterior, a la especuloscopia se evidencia restos de coágulos en escasa cantidad, no evidencia de sangrado activo.

Se hace el diagnóstico de Hemorragia de la primera mitad del embarazo: D/C Aborto incompleto vs. Aborto completo.

Se solicita ecografía transvaginal: Donde no se evidencia actividad cardíaca, se observa restos endouterinos, engrosamiento del endometrio con un diámetro de 22 mm y heterogéneo. Se realiza el diagnóstico de un aborto incompleto.

Plan: NaCl 0.9% 1000CC vía EV, realizar AMEU (Aspiración Manual Endouterina), CFV + CSV.

## 2. Cirugía general

### Caso clínico n.º 1

Paciente de 49 años, sexo masculino, ingresa a emergencia de medicina interna por dolor en hemiabdomen inferior, a predominio de fosa iliaca derecha con un tiempo de enfermedad de 8 horas de evolución.

Al examen físico: abdomen blando depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, RH: presentes, signo de McBurney +, signo de Rovsing +.

Plan: se solicita hemograma completo, PCR y se realiza interconsulta a cirugía para descartar apendicitis.

Hemograma: Leucocitosis (leucocitos: 13800 mm<sup>3</sup>), PCR: 37

Cirugía diagnóstica apendicitis aguda CIE10: K35.9

Tratamiento: apendicetomía laparoscópica, en su defecto, apendicetomía abierta.

Plan: Inicio de antibiótico terapia, analgesia, gastro-protección, hidratación y se prepara para sala de operaciones.

Dentro de los prequirúrgicos se detecta reactividad para VHB.

Reporte operatorio

- Diagnóstico prequirúrgico: apendicitis aguda
- Diagnóstico post operatorio: apendicitis aguda necrosada
- Operación realizada: apendicetomía abierta (convencional)
- Hallazgos: apéndice cecal de 8x1 cm en posición subcecal, necrosada en 1/3 proximal, base edematosa, líquido inflamatorio purulento +/- 50ml.
- Procedimiento: asepsia y antisepsia, colocación de campos estériles. Incisión transversa. Disección por planos hasta cavidad y evidenciar hallazgos descritos, ligadura de meso apéndice, ligadura de base

apendicular. Revisión de hemostasia, secado, segunda revisión de hemostasia y secado. Cierre de pared por planos.

- Anatomía patológica: apéndice cecal.

El paciente pasa a Unidad de Recuperación Posanestésica (URPA) y posteriormente a hospitalización de cirugía.

### **Caso clínico n.º2**

Paciente de 26 años, sexo femenino, acude a emergencia de medicina (11/01/23) por presentar dolor intenso en hemiabdomen superior (2do episodio en la semana), acompañado de náuseas y vómitos.

Al examen físico: Abdomen blando depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, epigastrio, irradiación en faja; signo de Murphy +.

Plan: se solicita hemograma completo, amilasa, lipasa, urea, creatinina, glucosa, perfil hepático y ecografía abdominal y se hospitaliza para analgesia.

Resultados de laboratorio: amilasa 4566.6U/dL, TGO: 238U/dL, TGP: 129U/dL, BT: 8.80mg/dL (a predominio directo), FA: 558U/dL, GGTP: 295U/dL.

Ecografía: vesícula biliar de 73x31mm, paredes delgadas, en el interior evidencia de múltiples imágenes líticas, uno de ellos de 12mm. Conductor colédoco: 10mm.

Diagnóstico: pancreatitis CIE10: K85.X + litiasis vesicular múltiple CIE10: K80.2

Tratamiento: tramadol 100mg, dimenhidrinato 50mg, escopolamina 20mg EV c/8h, omeprazol 40mg EV c/24h. En su 3er día de hospitalización (14/01/23), post analgesia, se le da de alta del servicio de hospitalización de medicina con los siguientes diagnósticos: pancreatitis en resolución + litiasis vesicular múltiple, con cita para consulta externa de cirugía general. La paciente acude a su cita donde el cirujano solicita exámenes prequirúrgicos y una colangioresonancia, además de programarla para una colecistectomía electiva una vez completados los estudios.

La conlangioresonancia ratifica los hallazgos ya descritos, no se evidencia cálculos en el colédoco.

La paciente se hospitaliza el 27/03/23 por la noche, le dan pase en sala de operaciones el 29/03/23.

Reporte operatorio

- Diagnóstico prequirúrgico: colecistitis crónica calculosa
- Diagnóstico postoperatorio: colecistitis crónica calculosa
- Operación realizada: colecistectomía abierta (convencional)
- Hallazgos: vesícula biliar de 8x4cm, pared de 4mm, conducto cístico de 4mm, cálculos múltiples, no adherencias.
- Procedimiento: asepsia y antisepsia, colocación de campos estériles. Incisión subcostal, disección de visión crítica de seguridad. Ligadura de arteria cística, ligadura de conducto cístico con seda 1. Revisión de hemostasia, secado; segunda revisión de hemostasia. Cierre de pared por planos.
- Anatomía patológica: vesícula biliar + cálculos vesiculares

La paciente pasa a Unidad de Recuperación Posanestésica (URPA) y posteriormente a hospitalización de cirugía.

### **3. Pediatría y neonatología**

#### **Caso clínico n° 1**

Paciente preescolar de 3 años, sexo femenino, acude por presentar dificultad respiratoria, asociado a tos seca, apreciándose tirajes ++/+++.

Al examen físico: Peso 13 kilos, T:37 °C, paciente en regular estado general, con signos de dificultad respiratoria, con presencia de tirajes costales y supraclaviculares, a la auscultación se aprecia subcrepitos y sibilantes difusos en ambos campos pulmonares.

Plan: Se solicita hemograma y PCR obteniéndose:

Hemograma: Leucocitosis y linfocitosis (Leucocitos: 11280 mm<sup>3</sup>, AB: 1%, neutrófilos: 40%, linfocitos: 47% plaquetas: 471000, Hb: 12.7); PCR: negativo.

Diagnóstico:

- Soba moderado
- Neumonía típica

Tratamiento: Se indica nebulización con salbutamol (7mo día) y corticoides (5to día). Se agrego acetilcisteína (6to día). Se agrego antibioticoterapia con ceftriaxona (7mo día), y se agrega azitromicina solo por 3 días.

El paciente al 7mo día ya presentaba mejoría clínica, con disminución notable de los sibilantes y de los subcrépitos que presento al inicio del cuadro patológico.

### **Caso clínico n.º 2**

Paciente varón de 12 meses de edad acude para sus controles, madre refiere que su último control fue a los 4 meses, donde se le indico preventivo para anemia ferropénica, refiere que no siguió indicaciones. Madre refiere que desde hace aproximadamente 3 semanas el lactante presenta disminución del apetito y su tendencia al sueño ha ido en aumento.

Examen físico: Peso: 10 kg, T: 36.5, Talla: 73 cm

Lactante reactivo, con buen reflejo de succión al momento de la evaluación.

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, adecuada amplexación, no ruidos agregados a la auscultación.

Piel: Se aprecia una palidez leve (+/+++), llenado capilar < 2 seg.

Plan: Se solicita hemoglobina, Hb: 9.3

Diagnóstico: Anemia por déficit de Hierro (Moderado) CIE10: D509

Tratamiento: Se le indica sulfato ferroso 21 gotas a las 11 AM, 2 horas después del desayuno, cada 24 horas por 30 días. Se le indica a la madre que el tratamiento tiene una duración de 6 meses, dentro de los cuales se le realizara tamizajes de su hemoglobina como seguimiento y control de su anemia En el 1.º, 2.º, 4.º y finalizando el 6to mes, tal y como lo indica la guía del MINSA.

## **4. Medicina general**

### **Caso clínico n.º 1**

Paciente mujer de 69 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 hace 40 años en tratamiento con metformina 850 mg c/12 horas y glibenclamida 5 mg c/24 horas. Ingresa por la emergencia por presentar hipoglicemia sintomática (Glucosa: 40 mg/dl) con trastorno del sensorio, que responde a la aplicación de dextrosa al 33% en la observación, luego de un tiempo la paciente no vuelve a presentar hipoglicemia; sin embargo, se encuentra una lesión ulcerada en el pie

izquierdo y en sus exámenes auxiliares de la emergencia se observa una leucocitosis con desviación a la izquierda, por lo cual pasa a hospitalización.

Al examen físico: Paciente afebril, despierta en REG. REH, sin requerimiento de O2 suplementario, con patrón respiratorio regular. FIO2:21%; FU:1.16; DIURESIS:1950/24H; BHE: 1054; TFG:14.79.

Piel: Palidez leve, llenado capilar < 2 segundos; Se evidencia ausencia del 5to dedo del pie izquierdo con lesión ulcerada en la zona y algunas áreas necróticas.

Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, se auscultan crépitos bibasales escasos.

Plan: Se solicita hemograma completo, examen de orina, urea, creatinina y glucosa en 4 tomas. Los resultados son: HEMOGRAMA: HB: 9.2; LEUCOCITOS: 14,730, ABAS: 4 %, NEU: 92 %; PLAQ: 344 000.

Examen de orina: leucocitos 1-3 x campo, células epiteliales: escasas, hematíes: 0-1 x campo, pH: 6, gérmenes escasos. Urea: 53, creatinina: 3.50.

Glucosa: 6 AM (55); 2 PM (73); 6 PM (70); 10 PM (147)

Diagnósticos:

- ✓ Hipoglicemia CIE10: E16.2
- ✓ Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones renales CIE10: E11.2
- ✓ Insuficiencia renal crónica, no especificada CIE10: N18.9
- ✓ Ulcera de miembro inferior, no clasificada en otra parte CIE10: L97.X
- ✓ Anemia de tipo no especificado CIE10: D64.9

Tratamiento: Se inicio el tratamiento con dextrosa al 10 % x 1000 ml + NaCl 20 % + KCl 20% en 15 gotas por minuto, se inicia tratamiento con ciprofloxacino 200 mg EV c/12h + clindamicina 600 mg EV c/8h. Se le indica el uso de dextrosa al 33% 4 ampollas endovenosas si el HGT presenta valores menores de 60 mg/dl, se realiza curación de herida con sulfadiazina de plata, control de funciones vitales y un balance hidroelectrolítico.

Se solicita Radiografía de pie izquierdo por la ausencia de falanges del 5to dedo y por presencia de compromiso necrótico adyacente, se solicita interconsulta con endocrinología para reevaluación del tratamiento para la DM 2.

## **Caso clínico n.º 2**

Paciente varón de 69 años con antecedente de hipertensión arterial hace 8 años en tratamiento irregular con captopril 25 mg c/24h, con 8 episodios anteriores de enfermedad cerebro vascular. Ingresa por presentar hemiplejía izquierda, disartria posterior a desvanecimiento con 1 día de evolución, por tal razón paciente pasa a hospitalización:

Al examen físico: paciente afebril, hemodinámicamente estable, sin apoyo oxigenatorio.

Funciones Vitales: PA: 160/80; FC: 95; FR: 20; T °C: 37; SAT: 95 %

SNC: LOTE. Escala de Glasgow O:4 V:4 M:6: 14; hemiparesia lado izquierdo, disartria.

Plan: Se solicita hemograma, glucosa, urea, creatinina, perfil hepático y perfil lipídico, obteniendo los siguientes resultados:

Hemograma: leucocitos: 9.2, abastados: 1%, neutrófilos: 75%, Hb: 13.4, Hto: 38.8, plaquetas: 246.000; glucosa: 99; urea: 28; creatinina: 0.88.

Perfil hepático: BT: 1.52; BD:0.56; BI:0.96; PT:6.6; ALB:3.5; GLOB:3.1; TGO:22; TGP:16; GGTP:21

Perfil de coagulación: T. COAG: 8; T. SANGRIA: 2; TP: 13; INR: 1; TPTP: 33; FIB: 4.08

Diagnostico:

- Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico CIE10: I64.X
- Hipertensión esencial CIE10: I10.X

Tratamiento: Soporte con NaCl 0,9 % 1000 EV > 15 gotas x min, enoxaparina 400 mg SC cada 24 horas, ácido acetilsalicílico 100 mg VO cada 24 horas, losartán 50 mg VO cada 12 horas, se indica cabecera elevada a 30 grados, movilización postural cada 2 horas y control de funciones vitales.

Se coordina referencia con familiares para una TEM cerebral sin contraste.

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

### **1. Hospital San Juan de Lurigancho**

El Hospital está ubicado en el distrito de San Juan de Lurigancho, en el departamento de Lima, perteneciendo a Diris-Lima-Centro. Este hospital se encuentra en el paradero 11 de la Avenida Canto Grande. Inicia en el 1975, debido a la invasión de pobladores en los terrenos que ahora comprenden todo el distrito de San Juan de Lurigancho. En 1992 amplía su cartera de servicios funcionando como un Centro Materno Infantil con un nivel I-4, iniciando con un total 26 camas, posterior a mediados del 2005 es reconocido como un Hospital II-1, brindando de esta manera las 4 especialidades básicas(3).

Actualmente, el Hospital de San Juan de Lurigancho es de mediana complejidad, categorizado como un establecimiento de salud de nivel II-2 que brinda servicios de atención especializada a toda la población el distrito de su nombre, la cual sobrepasa el millón de habitantes(3).

La principal función del interno de medicina es la correcta elaboración de las historias clínicas de la emergencia, de las 4 especialidades básicas (Medicina, Gineco-Obstetricia, Cirugía y Pediatría). Otras de sus funciones es el saber elaborar las evoluciones que son la carta de presentación del paciente que se encuentra en la hospitalización, para esto el interno de medicina cuenta con la supervisión del Médico-Residente y con el apoyo de los Médicos Asistentes de cada especialidad. Al mismo tiempo, se va familiarizando con los procesos administrativos que se manejan en el hospital como el proceso de referencias o contrarreferencias, el correcto llenado de las solicitudes para exámenes auxiliares, las recetas e interconsultas. El hospital ha optado por virtualizar de los procesos administrativos por lo cual el interno de medicina, junto con los residentes y los médicos asistentes han actuado al unísono para suplir la falta de experiencia en la virtualización, lo cual es el futuro de la atención integral del paciente.

El interno es evaluado constantemente por los médicos asistentes, los cuales guían al interno en los procedimientos médicos básicos que necesitaran al realizar su SERUMS. Entre estos procedimientos tenemos la colocación de sonda Foley, el realizar suturas, el retiro de puntos, la elaboración y colocación de férulas y yesos y la limpieza de heridas. Las horas mínimas requeridas por el

interno son de 6 horas al día, llegando a cumplir 150 hora mensuales, recibiendo un estipendio mensual de 400 soles como apoyo por su trabajo realizado(4).

## **2. Hospital de Huaycán**

El hospital de Huaycán está ubicado en Av. José Carlos Mariátegui S/N Zona "B" Huaycán – Ate; el cual pertenece a DIRIS-LIMA-ESTE.

Inició sus atenciones en el año 1948 como Puesto de Salud de Huaycán, atendiendo turnos de 6 horas, donde se contaba con un médico jefe, una licenciada en obstetricia, 5 técnicos en enfermería y 1 técnico de farmacia. Luego de 38 años se inaugura el Centro de salud de Huaycán y, al año siguiente se amplió el horario de atención a 12 horas. En el año 1992, en conjunto con el presidente de esa época y el Comité Ejecutivo Central se dispuso a ampliar la infraestructura para convertirse en un hospital Materno Infantil. En 1994 se adquirió una ambulancia, se obtuvo una donación de un equipo de Rayos X y un ecógrafo; a partir de entonces se contrata más personal y se empieza la atención de 24 horas. Para el año de 1996 se equipa la sala quirúrgica y, en el año 2003, mediante la Resolución Ministerial n.º0868-2003-SA/DM el Hospital Huaycán fue elevado a la categoría de Hospital de Baja Complejidad I(5). Finalmente, en el año 2013 mediante la Resolución Ministerial n.º 587-2013/MINSA se formaliza la creación de Unidad Ejecutora 140: Hospital de Huaycán categoría II-I(6).

Hoy en día el hospital de Huaycán cuenta con seis unidades: órgano de control institucional, de planeamiento estratégico, de administración, de epidemiología y salud ambiental, de estadística e informática y de apoyo a la docencia e investigación. Además, cuenta con una amplia cartera de servicios: de Medicina, Pediatría, Ginecoobstetricia, Odontología, Emergencia (de las diferentes especialidades), Cirugía y Anestesiología, enfermería, consulta externa y hospitalización (de las diferentes especialidades), apoyo al tratamiento y apoyo al diagnóstico.

El servicio de emergencia de Ginecología y Obstetricia cuenta con 4 ambientes: un área con camillas para examinar a las pacientes, un área con ecógrafos, otra área de camillas para monitorización fetal y un conjunto de camillas para pacientes en observación. En el servicio de hospitalización se cuenta con 2 ambientes: alojamiento conjunto, el cual tiene 9 camas y patología, donde se cuenta con 9 camas más. junto y al lado se ubica sala de partos con 4 camillas

para la atención de partos eutócicos. Se dispone de 2 consultorios totalmente equipados para la atención de las pacientes.

Debido a la pandemia de COVID-19 causada por el virus SARS-CoV-2(7), el uso de equipos de protección personal (EPP) cobró mayor importancia(8). El área de ginecología y obstetricia era el área donde más controlaban el uso correcto de EPP. Nos pedían usar en todo momento de la atención de las pacientes, doble mascarilla y gorro quirúrgico. Adicionalmente, para ingresar a centro obstétrico (sala de partos) debíamos antes colocarnos botas quirúrgicas desechables.

En la emergencia de cirugía contamos con camillas para examinar a los pacientes, personal técnico y licenciados de enfermería, así como también un área para observación. Hospitalización de cirugía cuenta con 11 camas para cirugía general y 4 para traumatología. Se dispone de 2 consultorios de cirugía general, 1 de traumatología, 1 de urología, 1 de oftalmología y una sala de procedimientos menores.

El servicio de pediatría, en el área de emergencia, cuenta con ambientes bien diferenciados: uno para triaje y otro para la atención como tal. En hospitalización, también se dispone de 8 camas y 9 en alojamiento conjunto. Dentro de centro obstétrico se dispone de 2 cuneros para atención inmediata del recién nacido.

De la misma forma, en el servicio de medicina, contamos con camillas para evaluación de los pacientes, 1 camilla para trauma shock y 2 para UVI. También se dispone de camillas para observación de pacientes y 7 camas para hospitalización.

## **CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **1. Contraste de casos clínicos y guías de práctica clínica**

A continuación, procedemos a exponer los casos clínicos en base a las guías de práctica clínica.

### **2. Ginecología y obstetricia**

#### **Caso clínico n.º 1**

La corioamnionitis se define como una infección intra amniótica, es decir del líquido amniótico y de las membranas que lo contienen. Presenta características clínicas: fiebre materna, leucocitosis, taquicardia materna y/o fetal, sensibilidad uterina y RPM. Debemos recordar que existe la corioamnionitis subclínica la cual es asintomática y puede presentarse como trabajo de parto prematuro con membranas intactas(9). Según la guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas del Minsa, en un hospital de con categoría II-1 Y II-2 debe hospitalizarse a la paciente, realizar una estabilización hemodinámica si esta fuera el caso y culminar la gestación ante la sospecha y/o confirmación de una corioamnionitis(10).

En este caso, luego de la cesárea se continuo con la antibioterapia ya iniciada. Tras 48 horas de antibioterapia postparto, únicamente mantendremos la pauta antibiótica en las pacientes en las que persista la fiebre o haya alteraciones clínicas, hemodinámicas o analíticas que sugieran una posible sepsis.

#### **Caso clínico n.º 2**

Se define como aborto al término del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o con un peso menor de 500 gr o longitud coronilla-rabadilla menor de 25 cm. En este caso se sospecha que la causa sea un aborto debido a que se encuentra dentro de las hemorragias del primer trimestre, además contamos con la presencia de restos endouterinos lo cual no indicaría que se trata de un aborto incompleto y en el caso de que estos no se observen se trataría de un aborto completo. Es aquí en donde la ecografía transvaginal nos ayuda a diferenciar uno del otro(11).

En el primer trimestre de una gestación se debe identificar las características de sangrado y de los síntomas concomitantes para determinar la posible causa. No debemos olvidar que el examen de laboratorio que nos permite diferenciar un

aborto de un embarazo ectópico es la BHCG, los valores en los que se encuentren nos servirán para la toma de decisiones, los valores de esta hormona deben duplicarse por lo general cada 48 horas durante las primeras semanas de gestación(12).

El manejo puede ser médico o quirúrgico dependerá del cuadro que cause la hemorragia del primer trimestre, en el caso sea una amenaza de aborto puede darse tratamiento médico con progesterona y en caso sea un aborto se podrá decidir por un tratamiento médico mediante el uso de misoprostol o como en el caso presentado donde se realizó un AMEU, para este tratamiento se tiene en cuenta la semanas de gestación si es menor de 12 semanas y si está estable se optará por la aspiración manual endouterina y en caso sea mayor de 12 o la paciente se encuentre inestable se optará por el legrado uterino(13).

### **3. Cirugía general**

#### **Caso clínico n.º 1**

Una apendicitis aguda es la inflamación del apéndice cecal por la obstrucción de la base de este debido a diversos agentes como fecalitos, hiperplasia linfoidea, cuerpos extraños, parásitos y tumores(14).

El signo más característico de este cuadro de abdomen agudo es el dolor abdominal que típicamente migra desde la región periumbilical y/o epigastrio hasta localizarse en fosa iliaca derecha en cuestión de horas. También se han descrito diversos síntomas como anorexia náuseas y vómitos, cambios en el patrón defecatorio y fiebre(15). En el examen físico es importante reconocer el punto de McBurney, el cual se ubica en el punto de unión de los 2/3 proximales y el 1/3 distal de la línea que une el ombligo y la espina iliaca anterosuperior del lado derecho(16).

Dentro de los exámenes de laboratorio es característico encontrar una leucocitosis ( $>10000$  mm<sup>3</sup>) junto con desviación a la izquierda y una elevación del PCR ( $>1.5$  mg/l)(17). Si bien la tomografía computarizada es el examen de imagen más sensible y específico, la ecografía abdominal es el examen de elección por su fácil acceso y bajo costo(18).

Con una detallada anamnesis y un buen examen físico podemos diagnosticar un cuadro de apendicitis aguda. Adicionalmente, se han creado varias escalas para

el manejo y toma de decisiones en casos de sospecha de apendicitis. La escala de Alvarado es una de ellas y designa un puntaje por cada criterio: migración del dolor (1p), anorexia (1p), náuseas y vómitos (1p), dolor a la palpación en fosa iliaca derecha (2p), signo de rebote positivo (1p), elevación de la temperatura  $>37.5^{\circ}\text{C}$  (1p), leucocitosis (2p) y desviación a la izquierda (1p). Un puntaje de 0-3 aleja la posibilidad de apendicitis, 4-6 puntos sugiere solicitar un tomografía o ecografía y observar al paciente para luego reevaluar con nuevos exámenes de laboratorio, finalmente un puntaje de 7-10 nos indica realizar una apendicetomía de urgencia(19). RIPASA, AIR, PAS y AAS son otras escalas de uso clínico para el diagnóstico y manejo de la apendicitis aguda(20).

Idealmente, el tratamiento para la apendicitis aguda es la apendicetomía laparoscópica, sin embargo, cuando el cuadro lo requiera y/o el hospital no cuenta con una torre laparoscópica se realizará una apendicetomía abierta (convencional), como fue el caso del paciente; en quién se realizó una apendicetomía convencional, ya que, el hospital de Huaycán no cuenta con una torre laparoscópica (21).

### **Caso clínico n.º 2**

La litiasis vesicular es una de las principales causas de pancreatitis aguda (22). Una colecistitis vesicular es producto de la inflamación de las paredes de la vesícula biliar producto de la obstrucción de la luz de esta, generalmente por presencia de litos (23).

La sintomatología de la colecistitis es muy característica, el dolor es de tipo cólico y se ubica preferentemente en el hipocondrio derecho irradiándose hacia la espalda. Se acompaña también de síntomas inespecíficos como náuseas, vómitos y fiebre. Al realizar el examen clínico debemos tener en cuenta el signo patognomónico del cuadro de colecistitis: el punto doloroso de Murphy. Este punto se evidencia al pedirle al paciente que inspire mientras palpamos el área subcostal derecha(24). Otra condición para sospechar de colecistitis en un paciente es la presencia de un criterio A (signo de Murphy o masa/dolor/defensa en hipocondrio derecho) y un criterio B (fiebre o PCR elevado o leucocitosis) de los criterios de Tokyo 2018(25).

En las pruebas de laboratorio se puede detectar aumento leve de la bilirrubina sérica, incremento de la fosfatasa alcalina, elevación de TGO, TGP, amilasa y lipasa(26).

Para confirmar un cuadro de colecistitis se recomienda realizar una minuciosa anamnesis y un cuidadoso examen físico. El examen de imagen de elección es la ecografía abdominal(27), mientras que, la tomografía se reserva para evidenciar sospechas de complicaciones de la colecistitis(24).

Ante el diagnóstico de una colecistectomía aguda se debe brindar al paciente terapia de soporte y antibióticos. De igual modo, es importante establecer el grado de severidad de la colecistitis: leve, moderado o severa; en base a los criterios de Tokyo 2018(23).

En los casos de colecistitis aguda leve o moderada, es recomendable efectuar una colecistectomía laparoscópica antes de los 7 días posteriores al comienzo de los síntomas. Para los casos de colecistitis aguda moderada se debe analizar la respuesta a la terapia de soporte y antibióticos y, en base a eso se determinará el valor del Índice de Comorbilidad de Charlson (CCI) y el grado ASA: CCI  $\leq$  5 y/o ASA II: colecistectomía temprana; CCI  $\geq$  6 y/o ASA  $\geq$  III: colecistectomía diferida(27)(28).

En el caso de nuestra paciente se le dio un riesgo quirúrgico II por lo que se le programó una colecistectomía; sin embargo, la resolución de su cuadro tuvo varias demoras. De contar el hospital de Huaycán con un tomógrafo se hubiera agilizado su cirugía, incluso si las citas, para completar sus exámenes prequirúrgicos, se hubieran realizado a la brevedad, su cirugía se hubiera programado varias semanas antes.

#### **4. Pediatría y Neonatología**

##### **Caso clínico n.º 1**

El síndrome obstructivo bronquial agudo (SOBA) se caracteriza por el cuadro clínico de tos persistente y sibilancias que pueden estar acompañadas o no de dificultad respiratoria, ocasionado por una disminución en el diámetro interno del árbol bronquial. El diagnóstico suele ser clínico, con la presencia de sibilancias al momento de realizar el examen físico, por esta razón los criterios diagnósticos dependerán de la enfermedad de fondo que esta causado este cuadro

obstructivo(29). En este caso el paciente presento a la auscultación subcrepitos bilaterales y una saturación de oxígeno  $\leq 92\%$  cumpliendo con criterios para su hospitalización. Se inicio tratamiento y monitoreo según la Guía de Práctica Clínica para diagnóstico y tratamiento de Neumonía en Niños mayores de 2 meses de edad a 12 año del MINSA, el cual recomienda que la duración del tratamiento debe estar basada en la respuesta clínica y en la tolerancia al tratamiento endovenoso del paciente, siendo un total de 7 días como mínimo para la antibioticoterapia(30). En el presente caso se utilizó azitromicina por su efecto inmunomodulador que presenta en las patologías del tracto respiratorio(31).

### **Caso clínico n.º 2**

En este caso, el paciente presento una anemia moderada la cual no fue diagnosticada de manera precoz por la falta de controles en su centro de salud. Al momento del diagnóstico se le indica a la madre que el tratamiento tiene una duración de 6 meses, dentro de los cuales se le realizara tamizajes de su hemoglobina como seguimiento y control de su anemia en el 1re, 2do, 4to y finalizando el 6to mes, tal y como lo indica la guía de práctica clínica del MINSA para el control y tratamiento de la anemia ferropénica(32). Se le aconsejo a la madre que, en las primeras semanas, su bebe podría presentar estreñimiento debido al tratamiento con el sulfato ferroso, pudiendo dividir la dosis en 2 tomas al día, recomendando 11 gotas 11 AM y 10 gotas 4 PM. Al finalizar la consulta se le informa a la madre que, al finalizado el 6to mes de tratamiento, su control de hemoglobina debe ser  $\geq$  a 11 mg/dl o su hijo volvería a reiniciar el tratamiento.

## **5. Medicina general**

### **Caso clínico n.º 1**

La hipoglicemia se define utilizando valores sanguíneos plasmáticos  $\leq 70$  mg/dl, se debe considerar una emergencia donde el medico tiene que reconocerla y tratarla lo antes posible para evitar las consecuencias que pueda producirle al paciente. Debemos tener en cuenta que la DM2 debido al uso de sulfonilureas y de la insulina, aumentan la prevalencia de la hipoglucemia. Tener en cuenta los factores de riesgo es de gran ayuda para enfocar el diagnóstico y el

tratamiento: La edad avanzada, la duración de la diabetes, la insuficiencia renal, los tratamientos y las interacciones con los diferentes fármacos, la mala adherencia a los tratamientos; etc. (33).

Es importante reconocer cuales son los criterios diagnósticos y de severidad de la hipoglicemia en los pacientes diabéticos los cuales fueron elaborados en base a los criterios de la ADA en el 2019 (American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes):

Leve: Signos autonómicos: presencia de temblores, palpitaciones, ansiedad, con o sin causeas presentes. Glucosa  $\leq 70$  mg/dl y  $\geq 54$  mg/dL.

Moderado: Signos autonómicos y neuroglucopénicos (Dificultad para concentrarse, confusión, somnolencia, cefaleas, mareos). Glucosa  $< 54$  mg/dl.

Severa: Paciente podría presentar perdida de la conciencia o eventos severos caracterizados por alteraciones mentales o físicas. Glucosa usualmente menor de 50 mg/dL(34).

Una de las complicaciones más frecuentes de la DM 2 de larga duración, es el pie diabético, el cual afecta en la calidad de vida del paciente y suelen ser la causa más común para la hospitalización del diabético. No podemos olvidarnos de la Nefropatía Diabética, la cual afecta al 20-40 % de los pacientes diabéticos alrededor del mundo(35).

En este caso debemos tener un enfoque especializado en el control glucémico del paciente adulto mayor para que pueda adaptarse a su situación funcional, a su estado cognitivo, a las comorbilidades que presenta debido sus patologías de fondo y a su expectativa de vida. Si bien el paciente recibió un tratamiento oportuno, por lo cual evolucionó favorablemente con el diagnóstico principal de ingreso, el cual fue la hipoglicemia, al momento de la hospitalización se encontraron patologías fueron tratadas por el área de medicina interna, como las úlceras de miembros inferiores en las que se realizaron curaciones y desbridamientos diarios. El tratamiento antibiótico con el cual continuó hasta la normalización del hemograma más tratamiento de la anemia y de su función renal. Se planteó una modificación de su tratamiento para la diabetes, ya que estábamos hablando de un paciente adulto mayor frágil. Lo recomendable en

este tipo de pacientes es iniciar un tratamiento con bajo riesgo de hipoglucemia, en este caso estamos hablando de la metformina la cual debe iniciarse con dosis bajas y con un aumento progresivo y monitorizar la respuesta con cada incremento de la dosis. De ser posible se debe evitar en estos casos, asociar fármacos como las sulfonilureas los cuales son de alto riesgo hipoglucémico(36). La respuesta de la interconsulta por endocrinología sugirió modificaciones de su tratamiento previo de la diabetes, pero por consultorios externos.

### **Caso clínico n.º 2**

En este caso se presentó un cuadro típico de una enfermedad cerebro vascular. Esta se define como situaciones neuro anatómicas clínicas causadas por la disminución a niveles críticos del riego sanguíneo en una región vascular determinada, esta puede ser isquémica o por ruptura de algún vaso sería hemorrágica. Debemos recordar que hay muchos factores de riesgos asociados, entre los que tenemos a la hipertensión arterial mal controlada y a la DM 2 y entre las complicaciones más comunes tenemos las neurológicas, las cuales pueden ir desde convulsiones y edemas cerebrales hasta compromiso sistémico con complicaciones asociadas a la ventilación artificial mecánica(37).

El paciente recibió el manejo tal cual dicta la norma técnica del Minsa, para enfermedad cerebro vascular, iniciándose con las medidas generales y control de la presión arterial, el uso de agentes antiplaquetarios y anticoagulantes(38). Se le realizó monitoreo continuo al paciente, el cual presento una evolución favorable, se le solicito una TEM cerebral sin contraste en la cual no se evidenciaban hiperdensidades patológicas. En la emergencia siempre se debe priorizar el manejo de la vía aérea en los pacientes e iniciar el tratamiento correspondiente lo antes posible para evitar posibles secuelas neurológicas como es el ejemplo del paciente el cual presento hemiparesia del lado izquierdo y disartria, explicada por los múltiples episodios de ECV que ha tenido en los últimos años. Finalmente, durante su hospitalización se le realizo una interconsulta para Medicina Física y Rehabilitación, donde trabajaron de la mano a los médicos internistas para la mejora del paciente, presento una evolución favorable y con sus controles tomográficos sin cambios aparentes.

## **CAPÍTULO IV: REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

El internado médico empezó de igual manera en el Hospital de San Juan de Lurigancho como en el Hospital de Huaycán, el 1 de junio del 2022 hasta el 31 de marzo del 2023. En lo que se diferenciaron fue que en el Hospital de San Juan de Lurigancho si se contaba con residentes, al menos 2 por cada especialidad, mientras que en el de Huaycán el interno de medicina respondía directamente al médico especialista, lo cual no fue impedimento para realizar prácticas y/o procedimientos al mismo nivel al comprar los 2 hospitales.

Durante el primer mes de actividades se inició con la rotación de Ginecología y Obstetricia, donde se distribuye aleatoriamente a los internos para que puedan rotar por hospitalización de obstetricia, emergencias obstétricas y sala de partos. En cada área se cumplieron las horas establecidas por el hospital y al mismo tiempo se brindó la posibilidad de realizar guardias nocturnas voluntarias, donde el interno de medicina podía poner a prueba sus conocimientos teóricos adquiridos previamente y las nuevas habilidades que poco a poco desarrollaba en la rotación.

En la rotación en Cirugía, en el Hospital de San Juan de Lurigancho, una de las dificultades que se presentó para el interno de medicina fue que por varias semanas tuvo que acostumbrarse junto al residente de primer año, a un nuevo programa para poder realizar historias clínicas y recetas de manera virtual. Otra dificultad que se presentó fue que, durante la rotación, el área de emergencia de cirugía tuvo que moverse debido a que el hospital volvía poco a poco a lo que fue antes de la pandemia por el COVID-19. Causando un paro momentáneo en los procedimientos y atención de los pacientes. A pesar de estos inconvenientes el hospital tenía tal cantidad de pacientes que se pudo ver todo tipo de casos y se pudo realizar todo tipo de procedimiento que el asistente o el residente veía oportuno para el interno de medicina.

En la rotación de Medicina Interna llegaron todo tipo de casos, desde los más leves hasta los más complejos, donde el interno tenía que pulir su manejo con la historia clínica del paciente. Esto le permitía conocer a su paciente con mayor profundidad al momento de los pases de visita, donde se evaluaba semanalmente al interno con los conocimientos que había adquirido. Dentro de

la hospitalización los casos de TBC, VIH y las neumonías adquiridas en la comunidad fueron los casos más comunes que se presentaron.

Finalmente, la rotación de Pediatría fue, particular, ya que, fue la rotación en donde los asistentes eran mucho más minuciosos con la labor de los internos al momento de atender las emergencias, debido a que los pacientes que más llegan son lactantes con cuadros respiratorios de etiología viral.

## **CONCLUSIONES**

El internado medico es una oportunidad para el estudiante de medicina del séptimo año que ha salido de una etapa de virtualización debido a la pandemia, porque es el momento en el cual podrá realizar sus prácticas clínicas preprofesionales que tanta falta ha hecho en estos últimos años de clases teóricas.

Este internado ha tenido experiencias tanto positivas como negativas, pero son estas brechas u oportunidades las cuales ayudan a forjar su carácter y su pensamiento crítico contra las adversidades que se le presentaran a lo largo de su carrera profesional.

Tanto en el hospital de San Juan de Lurigancho como en el de Huaycán, el interno ha logrado desempeñarse en todos los ambientes, desde los laboratorios, pabellones de hospitalización y observación, servicios de Emergencias de las cuatro rotaciones principales y, hasta en las áreas administrativas, fortaleciendo de esta manera la habilidad de liderazgo, la cual es imprescindible para el medico en el primer nivel de atención.

El internado médico no solo nos ayuda fortalecer lo aprendido durante toda la carrea, sino también nos forja como futuros médicos, contribuye a cimentar nuestros valores y principios éticos para de esa manera brindarle a cada paciente una atención integral y sobre todo de calidad.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda a los futuros internos de medicina que deseen realizar sus prácticas preprofesionales en el Hospital de San Juan de Lurigancho, que aprovechen cada momento de sus rotaciones al máximo, porque es una de las sedes con un alto flujo de pacientes, donde se aprende a manejar de manera eficiente el estrés que puede provocar este tipo de situaciones, y al mismo tiempo se aprende el manejo de todo tipo de patologías, adquiriendo y reforzando sus habilidades y destrezas.

Se recomienda que para los próximos años, se estandarice la duración del internado médico a 12 meses, con rotaciones de 3 meses por cada especialidad, de esta manera los futuros internos podrán nutrirse con la suficiente experiencia que brinda la atención especializada de cada patología en cada servicio y así tener una visión más amplia para poner en práctica los diferentes tipos de manejo y tratamiento terapéutico. Adicionalmente, recomendamos realizar unos meses de externado en el primer nivel de atención, ya que preparará al futuro médico en la atención directa del paciente y las labores administrativas y logísticas a las cuales se enfrentará en el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS).

Para brindar una enseñanza completa e integral a los internos de medicina, los hospitales deben esforzarse por suplir sus deficiencias e incrementar de categoría paulatinamente, para así ofrecernos la oportunidad de rotar por todas y cada una de las especialidades médicas.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Directiva\_unidad\_internado\_medico.pdf [Internet]. [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://medicina.usmp.edu.pe/wp-content/uploads/2022/08/DIRECTIVA\\_UNIDAD\\_INTERNADO\\_MEDICO.pdf](https://medicina.usmp.edu.pe/wp-content/uploads/2022/08/DIRECTIVA_UNIDAD_INTERNADO_MEDICO.pdf)
2. RM-351-2022-MINSA.pdf [Internet]. [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-351-2022-MINSA.pdf>
3. ASIS 2019.pdf [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Epidemiologia/BE/2019/ASIS%202019.pdf>
4. Nueva política remunerativa reduce brecha salarial del sector Salud en todo el país [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/33400-nueva-politica-remunerativa-reduce-brecha-salarial-del-sector-salud-en-todo-el-pais>
5. 253908\_RM868-2003.pdf20190110-18386-wzzaei.pdf [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/282142/253908\\_RM868-2003.pdf20190110-18386-wzzaei.pdf?v=1547175329](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/282142/253908_RM868-2003.pdf20190110-18386-wzzaei.pdf?v=1547175329)
6. RESOLUCION MINISTERIAL N° 587-2013/MINSA - Norma Legal Diario Oficial El Peruano [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/formalizan-la-creacion-de-la-unidad-ejecutora-140-hospital-resolucion-ministerial-n-587-2013minsa-990826-1/>
7. Accinelli RA, Zhang Xu CM, Ju Wang JD, Yachachin-Chávez JM, Cáceres-Pizarro JA, Tafur-Bances KB, et al. COVID-19: La pandemia por el nuevo virus SARS-CoV-2. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 21 de abril de 2020;37(2):302-11.
8. uso\_del\_epp\_para\_atencion\_de\_casos\_sospechosos\_o\_confirmados\_para\_coronavirus-2def.pdf [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/uso\\_del\\_epp\\_para\\_atencion\\_de\\_casos\\_sospechosos\\_o\\_confirmados\\_para\\_coronavirus-2def.pdf](https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/uso_del_epp_para_atencion_de_casos_sospechosos_o_confirmados_para_coronavirus-2def.pdf)

9. Hoz EDL, J F. Diagnóstico y tratamiento de la corioamnionitis clínica. Rev Colomb Obstet Ginecol. septiembre de 2008;59(3):231-7.
10. 852\_IMP198.pdf [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852\\_IMP198.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf)
11. Bombin M, Mercado J, Zúñiga J, Encalada D, Ávila J, Bombin M, et al. Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos. Rev Chil Obstet Ginecol. diciembre de 2019;84(6):460-8.
12. Phillips CH, Wortman JR, Ginsburg ES, Sodickson AD, Doubilet PM, Khurana B. First-trimester emergencies: a radiologist's perspective. Emerg Radiol. febrero de 2018;25(1):61-72.
13. Hendriks E, MacNaughton H, MacKenzie MC. First Trimester Bleeding: Evaluation and Management. Am Fam Physician. 1 de febrero de 2019;99(3):166-74.
14. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura Acute appendicitis: literature review. Cir Gen.
15. Bhangu A, Søreide K, Di Saverio S, Assarsson JH, Drake FT. Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. Lancet Lond Engl. 26 de septiembre de 2015;386(10000):1278-87.
16. Humes DJ, Simpson J. Clinical Presentation of Acute Appendicitis: Clinical Signs—Laboratory Findings—Clinical Scores, Alvarado Score and Derivate Scores. Med Radiol. 2011;13-21.
17. Dayawansa NH, Segan JDS, Yao HHI, Chong HI, Sitzler PJ. Incidence of normal white cell count and C-reactive protein in adults with acute appendicitis. ANZ J Surg. junio de 2018;88(6):E539-43.
18. Hussain S, Rahman A, Abbasi T, Aziz T. Diagnostic accuracy of ultrasonography in acute appendicitis. J Ayub Med Coll Abbottabad JAMC. 2014;26(1):12-7.
19. Vicuña AAO. SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD.
20. Di Saverio S, Birindelli A, Kelly MD, Catena F, Weber DG, Sartelli M, et al. WSES Jerusalem guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis. World J Emerg Surg. 18 de julio de 2016;11(1):34.

21. Dai L, Shuai J. Laparoscopic versus open appendectomy in adults and children: A meta-analysis of randomized controlled trials. *United Eur Gastroenterol J.* junio de 2017;5(4):542-53.
22. RD-351080917.pdf [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/2017/09/RD-351080917.pdf>
23. Toumeh MDK. Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis.
24. Colecistitis aguda [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-continuada-8-pdf-S1578155011700110>
25. v24n1\_a04.pdf [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v24n1/v24n1\\_a04.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v24n1/v24n1_a04.pdf)
26. Coto FM. COLECISTITIS CALCULOSA AGUDA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO.
27. Guzmán Calderón E, Carrera-Acosta L, Aranzabal Durand S, Espinoza Rivera S, Trujillo Loli Y, Cruzalegui Gómez R, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la colelitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis en el Seguro Social del Perú (EsSalud). *Rev Gastroenterol Perú.* 31 de marzo de 2022;42(1):58.
28. Aristondo FM, Moyano AB, Álvarez PP. SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD.
29. Herrera Gana AM, Cavada Chacón G, Clavero Herrera MJ, Herrera Gana AM, Cavada Chacón G, Clavero Herrera MJ. Situación epidemiológica de la bronquitis obstructiva y asma en lactantes y preescolares. *Andes Pediatr.* octubre de 2022;93(5):699-708.
30. 4931.pdf [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4931.pdf>
31. Vega B LE, Platzer M L, Sánchez D I. Efecto inmunomodulador de los macrólidos en las enfermedades pulmonares. *Rev Chil Pediatr.* diciembre de 2005;76(6):559-66.
32. 4190.pdf [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>

33. Di LorenziBruzzone RM, Bruno L, Pandolfi M, Javiel G, Goñi M, Di LorenziBruzzone RM, et al. Hipoglucemia en pacientes diabéticos. Rev Urug Med Interna. diciembre de 2017;2(3):51-60.
34. Hurtado HAM, Gil-Olivares FE, Castillo-Bravo L, Perez-Tazzo L, Campomanes-Espinoza GC, Aliaga-Llerena K, et al. Manejo de las crisis glucémicas en pacientes adultos con diabetes mellitus: Guía de práctica clínica basada en evidencias. Rev Fac Med Humana. enero de 2021;21(1):50-64.
35. Blanco-García M, Aránega-Gavilán S, Guillén-Gómez I, Crespo-Montero R, Blanco-García M, Aránega-Gavilán S, et al. Tratamiento renal sustitutivo con diálisis en el paciente diabético. Enferm Nefrológica. diciembre de 2022;25(4):300-8.
36. Liñana-Granell C, Romero-del Barco R, Mercadal-Orfila G, Blasco-Mascaró I, Liñana-Granell C, Romero-del Barco R, et al. Control glucémico en el paciente anciano con diabetes mellitus tipo 2 tratado con antidiabéticos. Rev OFIL. marzo de 2022;32(1):29-33.
37. Pérez Guerra LE, Rodríguez Flores O, López García ME, Sánchez Fernández M, Alfonso Arboláez LE, Monteagudo Méndez CI, et al. Conocimientos de accidentes cerebrovasculares y sus factores de riesgo en adultos mayores. Acta Médica Cent. marzo de 2022;16(1):69-78.
38. guía.IctusIzquemico.pdf [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: [http://diresacusco.gob.pe/salud\\_individual/servicios/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20MINSAs/Propuestas%20previas%20de%20GPC/Gu%C3%ADas%20Pr%C3%A1cticas%20Cl%C3%ADnicas%20en%20Neurolog%C3%ADa/guia.IctusIzquemico.pdf](http://diresacusco.gob.pe/salud_individual/servicios/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20MINSAs/Propuestas%20previas%20de%20GPC/Gu%C3%ADas%20Pr%C3%A1cticas%20Cl%C3%ADnicas%20en%20Neurolog%C3%ADa/guia.IctusIzquemico.pdf)