



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL  
HOSPITAL MILITAR CENTRAL, INSTITUTO  
NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO Y EL CENTRO  
DE SALUD SAN MIGUEL 2022 - 2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**MARIELA JESUS DEL CARMEN FERRER VILLENA**

**VANESSA ALEXANDRA ZAPATA MAYHUAY**

**ASESOR**

**RISOF ROLLAND SOLIS CÓNDOR**

**LIMA - PERÚ**

**2023**



**Reconocimiento  
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL  
MILITAR CENTRAL, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL  
NIÑO Y EL CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL 2022 - 2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR**

**MARIELA JESUS DEL CARMEN FERRER VILLENA  
VANESSA ALEXANDRA ZAPATA MAYHUAY**

**ASESOR**

**DR. RISOF SOLIS**

**LIMA, PERÚ**

**2023**

## **JURADO**

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

**Miembro: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE**

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

## **DEDICATORIA**

Dedico el presente trabajo a mi familia y amigos, por todo su apoyo incondicional durante todos estos años, por reconfortarme y enseñarme a nunca rendirme. A mi padre que físicamente ya no está, pero espiritualmente me acompaña y guía día a día, porque siempre tengo sus consejos y enseñanzas presentes. Y a Dios, por darme la salud y vida para poder estudiar esta carrera profesional

***Vanessa Alexandra Zapata Mayhuay***

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a mis familiares y amigos, por la ayuda y sostén que son y han sido para mí todos los años de mi formación universitaria, por el tiempo invertido escuchándome y aconsejándome que me dio las armas suficientes para poder superar los obstáculos que se presentaban en mi camino hacia esta hermosa carrera. Un agradecimiento especial tanto a mis padres, mi hermana y mi tía que con su interés me ayudaron a seguir adelante y nunca rendirme hasta alcanzar todas las metas que me proponga. Doy gracias a Dios por siempre bendecirme, guiarme, darme salud y sabiduría para tomar decisiones que al día de hoy me llevan a terminar los estudios universitarios de Medicina humana.

**Mariela Jesús del Carmen Ferrer Villena**

## ÍNDICE

<b>PORTADA</b>	i
<b>DEDICATORIA</b>	iii
<b>ÍNDICE</b>	v
<b>RESUMEN</b>	vi
<b>ABSTRACT</b>	vii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	ix
<b>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	x
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	32
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	34
<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	50
<b>CONCLUSIONES</b>	51
<b>RECOMENDACIONES</b>	52
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	53

## RESUMEN

El internado médico del año 2022 fue diferente al de los años previos, aunque se trató de regresar a la “normalidad” y volver al enfoque de los años anteriores, la pandemia por COVID-19 y el país en estado de emergencia sanitaria no hacía posible este panorama. Este trabajo, realizado por dos internas de medicina humana, evidencia el trabajo en establecimientos de salud distintos. Mariela Ferrer Villegas llevo los primeros 5 meses en un Centro de Salud San Miguel, y los restantes en la Institución Nacional de Salud del Niño, Instituto Nacional Materno Infantil y el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa todos dirigidos por el ministerio de Salud del Perú (Minsa). Vanessa Zapata Mayhuay trabajó para el Hospital Militar Central, dirigido por el Ministerio de Defensa. Debido al contexto de emergencia sanitaria, el internado del año 2022 fue diferente a los anteriores, tuvo su inicio en base a los criterios de los hospitales. El inicio las practicas medicas hospitalarias en el Hospital Militar Central fue el 1 de mayo y culminó el 28 de febrero del 2023, mientras los hospitales pertenecientes al Ministerio de Salud iniciaron sus prácticas médicas el 1 de junio y culminó el 24 de marzo del 2023. Este trabajo expondrá nuestras experiencias durante el internado médico en el hospital, instituto y centro de salud mencionados. Se presentará como una descripción de 16 casos clínicos de las rotaciones de Ginecología y Obstetricia, Cirugía, Medicina interna y Pediatría. Seguido de una descripción de los hospitales y de las funciones que realizaba los internos en el hospital y centro de salud. Se expondrá a nivel personal las dificultades y problemas que se nos presentaron durante el internado y la manera de cómo se pudo actuar con ante ello para culminar satisfactoriamente el trabajo de forma efectiva y así ayudar a la mejoría del cuadro clínico.

**Palabras clave:** Internado, hospitales, servicios, cuadro clínico

## ABSTRACT

The medical internship of the year 2022 was different from that of previous years, although trying to return to "normality" and return to the focus of previous years, the COVID 19 pandemic and the country in a state of health emergency did not make this possible. panorama. This work was carried out by two human medicine interns who worked in different health establishments. Mariela Ferrer Villegas spent the first 5 months in a San Miguel Health Center, and the rest in the National Children's Health Institution, the National Maternal and Child Institute and the José Casimiro Ulloa Emergency Hospital, all establishments run by the Ministry of Health of the Peru (MINSA). Vanessa Zapata Mayhuay worked for the Central Military Hospital, an establishment run by the Ministry of Defense. Due to the health emergency context due to the COVID19 pandemic, the 2022 internship was different from previous years, it began based on hospital criteria. For all the hospital medical practices at the Central Military Hospital began on May 1, 2022 and ended on February 28, 2023, while the Hospitals belonging to the Ministry of Health began their medical practices on June 1, 2022 and ended on March 24, 2023. The present work will expose our experiences lived during the medical internship in the Hospitals, Institutes and health centers already mentioned above. It will be presented as a description of 16 clinical cases from the Gynecology-Obstetrics, Surgery, Internal Medicine and Pediatrics rotations. Followed by a description of the hospitals and the functions performed by the interns in the hospital and health center. The difficulties and problems that arose during the internship will be exposed on a personal level and the way in which we could act in response to it in order to successfully complete the work effectively in order to help improve the clinical picture.

**Keywords:** Internship, hospitals, services, clinical picture

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO  
EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, INS  
TITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NI

AUTOR

MARIELA JESUS DEL CARMEN FERRER  
VILLEN A VANESSA A

RECUENTO DE PALABRAS

**16841 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**92410 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**58 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**136.1KB**

FECHA DE ENTREGA

**Apr 5, 2023 12:04 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Apr 5, 2023 12:06 PM GMT-5****● 9% de similitud general**

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

- 9% 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



MC: Risof Rolland Solís Córdor  
ID ORCID: 0000-0002-9770-8085  
<https://orcid.org/0000-0002-9770-8085>

## INTRODUCCIÓN

El internado médico es parte del plan de estudio de la carrera de Medicina Humana, siendo requisito indispensable para egresar de la carrera. Se desarrolla durante el último año de manera eminentemente práctica, esta etapa es indispensable para que el alumno pueda consolidar, integrar y aplicar todos los conocimientos adquiridos durante sus estudios previos.

Es parte de la formación académica de los futuros médicos, ya que el estudiante pone en práctica y se familiariza con los procesos tanto administrativos como de atención de salud. El interno forma parte de un equipo especializado conformado por residentes, médicos especialistas, licenciadas y técnicos, los cuales en conjunto ayudarán al brindar todos sus conocimientos para el proceso diagnóstico, curativo y seguimiento de diversas patologías. Además, el interno aprende lo que es la relación médico-paciente, la importancia de la semiología y de la prevención y promoción de salud.

Durante la rotación en el centro de salud San Miguel se brindó el primer nivel de atención, donde se enfoca en promocionar, prevención y rehabilitación de la salud, dándole a cada una de ellas la misma importancia. En el hospital, el interno participó de rotación por los servicios de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología y Obstetricia, donde se encargó de apoyar tanto en áreas de consultorio externo, emergencia y hospitalización, con el fin de servir en todo lo que se necesite para llegar a un plan de trabajo que beneficie al paciente.

Durante el internado médico, también se nos brindó docencia, estas estrategias educativas estaban centradas en guiar al interno a desarrollar sus habilidades clínicas y destreza, estas de forma activa como rondas de preguntas durante la visita médica, involucrar al interno a las juntas médicas y presentaciones de casos clínicos. Así también como aprendizaje pasivo mediante exposiciones y tutorías calificadas por los médicos asistentes.

Este trabajo presenta parte de las experiencias vividas durante el internado médico en el periodo 2022-2023.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

Prosiguiendo con lo expuesto, se presentan dieciséis casos clínicos que fuimos testigos y participantes del diagnóstico, manejo y plan de trabajo. Estos son parte de nuestra experiencia durante las cuatro (4) rotaciones del internado médico.

### **I.1. Rotación en Ginecología y Obstetricia**

Durante la rotación de Ginecología y Obstetricia, se tuvo participación en las áreas de hospitalización, emergencia y consultorio externo no COVID-19. Cumpliendo con guardias diurnas y nocturnas de 12 horas, donde se atendían tanto gestantes como pacientes ginecológicas.

Durante la rotación en el INMP, se realizaron atenciones en zonas de hospitalización, emergencia, centro obstétrico y centro quirúrgico. Donde se desempeñó turnos diarios de 10 horas y guardias diurnas de 12 horas. Se pudo observar que el instituto contaba con pisos de hospitalización separados por patologías como hospitalización de obstetricia A, donde se manejaban pacientes adolescentes y todas sus patologías; hospitalización de obstetricia B, gestantes con hemorragias y abortos; hospitalización de obstetricia C, gestantes con trastornos hipertensivos; y por último hospitalización de obstetricia D, con infecciones. A demás se realizó participaciones en cesáreas, partos vaginales y procedimientos como la colocación de implantes intradérmicos. Tuvo una duración de un mes por este servicio desempeñando las actividades mencionadas durante la rotación.

#### **Caso clínico n.º 1**

Paciente, mujer de 46 años, procedente de Lima, ocupación docente, niega antecedentes familiares de importancia. Antecedentes personales de hipotiroidismo (2013), rinitis alérgica, Quirúrgicos: conización por NIC II (2013). Alergias: niega

Paciente presenta 9 años con síntomas de dolor urente durante micción e incontinencia urinaria de esfuerzo. En el relato, paciente refiere que hace 9 años, ha presentado múltiples infecciones urinarias y escape de orina al

esfuerzo físico que ha ido progresando con los años. En el año 2021, se añade a estas molestias un dolor urente en hipogastrio asociado a escape de orina. En el presente año la paciente acude a consultorio de Ginecología y es diagnosticada con distopía genital de grado 2, donde se le decide programar para manejo quirúrgico definitivo.

Paciente presenta FC 110 x', FR 22 x', P.A 120 / 70, Sat 98 %, T 37.8 °C

Para la fecha en la que la paciente fue hospitalizada presentaba una distopia genital grado 3 Ba. La cirugía que se decide realizarle fue una colporrafia anteroposterior + colocación de malla Sling Tot, en los hallazgos operatorios se encontró un prolapso genital de pared anterior de grado 3. Evolucionó favorablemente desde el punto de vista quirúrgico y clínico, realiza deposiciones, elimina flatos, diuresis conservada, tolera vía oral.

## **Caso clínico n.º 2**

Paciente, mujer de 48 años, niega antecedentes familiares y patológicos, como quirúrgicos cesárea en el 2000, colecistectomía laparoscópica en el 2004, cesárea en el 2007. Niega alergias: niega. Medicación habitual: niega. Ginecológicos: FUR: 15/02/2023, RC: 3-4/28d, Menarquia: 12 años, G2P2012, ultima RS: 01/23, número de parejas sexuales: 02, MAC: niega. Upap:2020 normal

Paciente con 1 mes de sangrado vaginal y dolor abdominal. Acude por consultorio externo, refiere que hace un mes presenta sangrado vaginal abundante con presencia de coágulos y de color rojo rutilante en abundante cantidad que tiene una duración de 15 días, asociado a dolor abdominal de intensidad 6/10 tipo cólico. Hace una semana, se agrega mareo, aumento de sueño, astenia y palidez marcada en piel y mucosas por lo cual se le realiza un hemograma en el que se evidencia hemoglobina en 4.6 mg/dl, recibe hierro sacarato 2 ampollas, además se le indica una ecografía transvaginal en la que se evidencia mioma en cuello uterino. Se hospitaliza por persistencia de sangrado vaginal.

Paciente presento FC 90 x', FR 18 x', P.A 100 / 60, Sat O2: 99 %, T° 36.5 °C

Al examen físico AREG, AREN, AREH, Piel: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar <2'', palidez marcada, no edemas. Tórax y pulmones: amplexación conservada, tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles, ingurgitación yugular negativa. Abdomen:

plano, RHA +, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se palpan masas ni visceromegalia. Genitourinario: al tacto vaginal se palpa tumoración semisólida en canal vaginal de 4 x 4cm, sangrante. SNC: LOTEP, pupilas CIRLA, Glasgow: 15/15, colabora con la evaluación, no hay evidencia de signos meníngeos ni de focalización. Locomotor: moviliza 04 extremidades sin alteración, tono y fuerza muscular conservados 5+/5+

A paciente se hospitaliza con los diagnósticos de miomatosis uterina: mioma submucoso abortivo. + anemia severa. Previamente se le realizó ecografía transvaginal donde se le descubre: Miomatosis uterina: mioma submucoso abortivo.

Presentó una hemoglobina control de 7 mg/dl. Y se decide realizarle una miomectomía, paciente tuvo una evolución favorable, no presentó fiebre, dolor en heridas quirúrgicas, realizó deposiciones, eliminó flato, diuresis conservada, tolera vía oral, no náuseas ni vómitos

### **Caso clínico n.º 3**

Gestante de 17 años, niega antecedentes familiares y antecedente de COVID-19 aproximadamente 2 semanas antes de su cesárea. Niega alergias, recibir medicación habitual. Antecedentes ginecológicos al momento del ingreso: FUR: 12/12/21. G1 P000, Edad gestacional: 32 1/7 x FUR.

Paciente hospitalizada hace 3 semanas. Al momento del ingreso refiere pérdida de líquido de color transparente que mojó ropa interior hace aproximadamente 1 día, niega contracciones uterinas, percibe movimientos fetales y niega sangrado vía vaginal, niega síntomas de irritación cortical. Al examen físico de ingreso presentaba signos vitales estables FC:80 x' FR:18 x' PA: 120/78 Sat O2: 98 % T°: 36.5 °C, AREG, AREN, AREH. Piel: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar <2'', palidez marcada, no edemas. Tórax y pulmones: amplexación conservada, tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles, ingurgitación yugular negativa. Abdomen: Útero con tono conservado y grávido, a la especuloscopia: se observada pérdida de líquido amniótico claro, AU: 33 cm, Feto 1: 128 lpm y SPP: LCD, Feto 2: 130lpm SPP: LCI, DU: ausente, movimientos fetales: presentes, el resto de los sistemas

conservados.

Se le realiza una serie de exámenes como un hemograma, PCR y ecografía. Ingresa con los diagnósticos de gestación biamniótica con corionicidad no determinada de 32 semanas 1 día x FUR, No trabajo de parto, RPM de +/- 1 día, cérvix corto y Antecedente de Riesgo Obstétrico: Adolescente. Por lo que se indica su hospitalización para maduración pulmonar. Se administra betametasona 12 mg IM 2 veces al día por los dos días siguientes; sin embargo, la paciente adquiere COVID-19 por lo que la pasan a hospitalización esa área para observarla, ya que el riesgo de una patología trombótica se incrementa aún más con esta enfermedad.

Después de 12 días vuelven a trasladarla a hospitalización de obstetricia A para programación de una cesárea. En el momento, tenía antecedentes ginecológicos: FUR: 12/12/21. G1 P000, Edad gestacional: 34 2/7 x FUR. Funciones vitales: FC 78x' FR18x' PA 100/60 mmHg T°36, 7°C Sat O2 99 %. Al examen físico AREG, AREN, AREH, Abdomen: AU: 35 cm, Feto 1: SPP LCD LCF 130x', Feto 2: SPP LCI LCF: 135x', Dinámica uterina: ausente, Movimientos Fetales: presentes, Genitales externos: no se evidencia sangrado, Tacto vaginal diferido. SNC: LOTEP, pupilas CIRLA, Glasgow: 15/15,

Contaba con exámenes de laboratorio como hemoglobina de 11.8, Hematocrito: 39%, Grupo y Factor O+, Leucocitos de 12000, Abastionados 0 %, Plaquetas: 231000, TP: 11, TTPa: 30,2, Fibrinógeno: 347. Examen de Orina: Leucocitos 1-2 x campo, hematíes 0-1 x campo, células epiteliales 2-3 x campo. PCR: 0.8.

Cuenta con una ecografía del día del ingreso: Feto 1: LCD, ponderado fetal de 2029 gramos con percentil 12, Feto 2: LCI, ponderado fetal de 2045 gramos con un percentil de 13, ILA: 8 en ambos fetos, Placenta de inserción anterior alta grado III. Concluyendo en una gestación doble activa de 32 semanas 1 día x FUR y crecimiento fetal concordante.

Sus diagnósticos al momento previo eran gestación doble activa de 34 semanas 2 días x FUR, No trabajo de parto, RPM prolongado de +/- 16 días, cérvix corto, anemia leve y antecedente de riesgo obstétrico: Adolescente

Se le solicita Test no estresante donde se observa: Feto 1: 5/10 y Feto 2: 9/10 sin mejoría. Se administra cefazolina de 2g prequirúrgico y se decide realizar una

cesárea con empaquetamiento y puntos de Hayman (sutura compresiva) por riesgo de atonía uterina debido al embarazo gemelar.

Su recuperación postquirúrgica fue adecuada, ya que el primer día refirió dolor leve en la herida operatoria. Al examen físico: AREG, AREN, AREH. Mamas: blandas simétricas secretoras de calostro. Abdomen: RHA (+), blando, depresible, dolor a la palpación profunda en herida operatoria. Útero contraído por debajo de cicatriz umbilical. Herida operatoria: cubierta por gasas limpias. Genitourinario: Loquios hemáticos escasos sin mal olor. SNC: LOTEP, pupilas CIRLA y Escala de Glasgow: 15/15. Se le pide una hemoglobina control con resultado de 10.3 Con diagnósticos de Puérpera PO +/- 15 horas por embarazo gemelar + empaquetamiento + puntos Hayman, Anemia Leve y Antecedente de RPM prolongado. Por lo que su tratamiento se basó en analgésicos como paracetamol 1g vía oral cada 8 horas. Se le solicita un PCR control.

Sus resultados de PCR fueron de 120.8 y se le agrega secreción de loquios con mal olor. Se agrega a sus diagnósticos endometritis puerperal por lo que se decide empezar ceftriaxona 2g endovenosa cada 24 horas, Clindamicina 60 mg Endovenosa cada 8 horas y Amikacina 1 g endovenosa cada 24 horas. Se cumple el régimen por 4 días y se le solicita un PCR control de 50.6 al tercer día, por lo que se decide al cuarto dar de alta debido a que se encontraba afebril y sin sintomatología por 2 días previos, continuar indicación médica y regresar por consultorio externo para evaluación de su evolución.

#### **Caso clínico n.º 4**

Paciente, mujer con nombre N.V.H. de 29 años, procedente de Lima, ocupación ama de casa. Antecedentes familiares: madre con diabetes *mellitus* y padre fallecido de aneurisma y leucemia. Antecedentes personales: Generales Niega consumo de drogas, tabaco y alcohol. Grupo y Factor A+. Niega transfusiones sanguíneas. Vacunas COVID-19 (2 dosis) y VPH. Antecedentes fisiológicos: Menarquia a los 12 años, régimen catamenial 7/28, inicio de relaciones sexuales a los 15 años, una pareja sexual, métodos anticonceptivos preservativo y ACO. Niega haberse realizado un PAP. G1P1001 Fecha de último parto: 22/08/22, Mayor ponderado fetal: 2640. Antecedentes patológicos: Asma, niega cirugías previas.

Al examen físico T° 36.5 °C, PA 118/65 mmHg, FC 93x', FR 18 x', Peso 57.5 kg, Talla 157cm. AREG, AREN, AREH. Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2". Cabeza y cuello: Normocéfalo, móvil, cilíndrico, no masas. Mamas: blandas, simétricas y secretoras de calostro. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No impresiona soplos. Aparato Respiratorio: Murmullo Vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. Abdomen: RHA (+) blando, depresible, útero contraído a 1 cm por debajo de la cicatriz umbilical. Genitourinario: loquios hemáticos escasos sin mal olor, orina conservada PPL (-) PRU (-). Tacto vaginal: suturas afrontadas, coágulos hemáticos escaso, no se palpan masas. Aparato locomotor: moviliza 4 extremidades Reflejos 2+/4+ SNC: LOTEPE Escala de Glasgow 15/15.

Paciente se hospitaliza después de un parto vaginal con los siguientes diagnósticos: Puérpera de parto vaginal +/- 3 horas + episiorrafia y antecedente de RPM +/- 10 horas.

El plan de trabajo que se siguió con esta paciente es cumplir su tratamiento que consistía en dieta completa + líquidos a voluntad, completar su segundo frasco de oxitocina ( 20 UI) en NaCl 0.9 % de 1000cc 30 gotas por minuto que es un uterotónico que ayuda a prevenir atonía uterina y por ende una hemorragia, cefazolina 1g Endovenosos cada 6 horas debido al antecedente de RPM +/- 10 horas, analgésico para el dolor tanto del parto como de la episiotomía que fue paracetamol de 1 g vía oral cada 8 horas, masaje uterino externo para ayudar a contracción uterina, higiene vulvoperineal cada 8 horas para mantener la episiorrafia limpia. No hubo indicación de administrarle hierro sacarato debido a que su hemoglobina antes del parto vaginal era de 12.2 y su control de hemoglobina era de 11.9. La paciente estuvo hospitalizada hasta el día siguiente donde el doctor decide tras no haber ninguna interurrencia y tener una evolución favorable decide darle de alta.

## **I.2. Rotación en Medicina Interna**

En la rotación de Medicina Interna, se tuvo participación en las áreas de hospitalización y emergencia no COVID-19, cumpliendo con guardias diurnas y nocturnas de 12 horas. En el Hospital Militar se brindaron rotaciones por el servicio de gastroenterología, endocrinología, neumología y oncología.

En el caso del Centro de Salud San Miguel se pudo rotar en consultorio externo y

emergencia. Se tuvo la oportunidad de participar en los servicios de cardiología, endocrinología, programa contra la tuberculosis, oftalmología, entre otras.

### **Caso clínico n.º 1**

Paciente, varón de 68 años, exfumador y actualmente sin hábitos tóxicos. Acudió al hospital con un tiempo de enfermedad de 3 días, refirió presencia de heces negras pastosas (melena) hasta en 3 oportunidades, vómitos oscuros en 2 ocasiones asociado a mareos sin pérdidas de conocimiento y dolor tipo urente en epigastrio con un EVA de 4. Niega disnea, niega SAT, no clínica miccional ni respiratoria.

Como antecedentes de importancia era un exfumador de 6 cigarrillos al día de hace hace 9 años, HTA crónica no controlada. Niega alergias. Como fármacos de uso común refería Acetilsalicílico ácido 100mg 1 tab c/24h, vía oral, atorvastatina 20mg 1 tab c/24h, vía oral y refería tomar ocasionalmente captopril 1 tab cada que presentaba mareos y dolor de cabeza porque él lo relacionaba a una presión elevada. Adicional refería tomar paracetamol 500mg 2 tab cada que presentaba dolor muscular o algún tipo en general; refiere que últimamente para ayudar a conciliar el sueño comenzó a tomar media tableta de alprazolam. Sus funciones biológicas, refiere una variación de peso, pérdida de peso de aproximadamente 5 kilos en los últimos 2 meses. Actualmente 71 kilos. Talla 1,68mts. Apetito disminuido.

Al momento de su ingreso por emergencia presentó una PA 130/80 mmHg en decúbito dorsal y 110 /70 mmHg a la sedestación, FC 145. Al paciente se le coloca una sonda nasogástrica presentando salida de contenido sanguinolento “oscuro-negrusco”. Al examen físico paciente en MEG, hidratado, no dificultad respiratoria, palidez ++/+++, no edemas, no petequias, RCR, taquicárdicos no ruidos agregados, abdomen blando depresible, dolor moderado a la palpación en epigastrio, no visceromegalia, espacio de Traube libre, PPL y PRU negativo, neurológico sin alteraciones, no déficit motor o sensitivo, LOTEPE.

Al paciente se le pidió exámenes de laboratorio, obteniendo una hemoglobina de 10,4 gr/dl, hematocrito 33%, urea de 92 mg/dl, creatinina de 1,4 mg/dl, INR 1,5, PCR 2.5, sin otras alteraciones a destacar. Por todo ello, se decide hospitalizar al paciente e indicarle inhibidores de la bomba de protones: Omeprazol 40 mg endovenoso cada 12 horas e hidratación con infusión de cristaloides, y control de

funciones vitales y laboratorio a las 24 horas.

A las 24 horas, paciente es reevaluado, presentando una PA de 110/78 mmHg, FC 140, afebril, en el nuevo control de hemograma presentó una de Hb 7 gr/dl y Hto de 20 %. Se indica transfusión sanguínea de 2 paquetes globulares y se le realiza una endoscopia digestiva alta donde se evidencio una gran úlcera en el cuerpo del estómago de 24 mm de diámetro, Forrest tipo 2 b. Como tratamiento se procedió a realizar esclerosis con adrenalina diluida (15cc). No se realiza biopsia.

Fue estabilizado y dado de alta a los 4 días de hospitalización, con una hemoglobina de 9gr/dl, a su vez se le indico tratamiento con Omeprazol 20mg/12h, indicaciones de evitar alimentos gastrolesivos y control periódico por el servicio de Gastroenterología y Cardiología.

## **Caso clínico n.º 2**

Mujer de 32 años que acude al hospital, refiere preocupación por presentar desde hace 5 días fiebre cuantificada de 38 °C, astenia intensa, sensación de angustia y nerviosismo. Adicionalmente, refiere molestia en la zona anterior del cuello como una “sensación de presión”. No refiere tiene ningún antecedente médico de interés, ni toma fármacos de forma habitual. Al examen físico FC: 124 con nerviosismo y facie de angustia. Piel y faneras: hiperhidrosis palmar, fragilidad capilar. Cabeza y cuello: dolor a la palpación de la cara anterior del cuello, aumento de tamaño de la glándula tiroidea a predominio del lóbulo derecho, con consistencia heterogénea. Tórax, pulmones y cardiovascular sin alteraciones.

Se le solicita pruebas laboratoriales como hemograma, VSG, hormonas tiroideas T3 L, T4 L y TSH, anti tiroglobulina y anti TPO y una gammagrafía tiroidea. Y se le explica que se sospecha de una enfermedad que causa la inflamación de la glándula tiroidea. A a los días acude al hospital con resultados de laboratorio. Refiere que sintomatología persiste y aumento la hiperhidrosis, agregándole sensación de que bajo de peso. En lo laboratorial hemograma sin alteraciones, VSG en 120. T3L 526.1, T4L 27.11, TSH 0.01, anti tiroglobulina 32 y anti TPO 10. La gammagrafía tiroidea indicaba aumento de la captación.

Es diagnosticada con enfermedad de Graves, y el plan de trabajo con la paciente fue tratamiento farmacológico sintomático con propanolol 40 mg cada 12 horas, un antitiroideo como el Metimazol. Y control por consultorio externo, con

indicación de evaluación cada 4 a 6 semanas de TSH y T3, con el objetivo de que progresivamente llevarla al eutiroidismo.

### **Caso clínico n.º 3**

Paciente mujer de 72 años procedente de Huaral acude al programa contra la tuberculosis con un tiempo de enfermedad de +/- 6 meses, es traída por sus hijos por presentar tumoraciones a nivel cervical que se incrementan a 4 localizándose en zona retroauricular. Posteriormente una de ellas se abrió secretando un líquido amarillento y se agregó cefalea y sensación de oído tapado; por lo que decide ir a Hospital Arzobispo Loayza donde le practican, a primera instancia, una ecografía cervical donde concluyeron como diagnóstico ecográfico presuntivo quistes epidérmicos complicados y deciden hacer una biopsia de las tumoraciones dando como resultado hallazgos histológicos se encuentra múltiples granulomas con focos de necrosis de aspecto caseoso y células gigantes multinucleadas tipo langhans, compatible con tuberculosis ganglionar a nivel cervical y la derivan al programa contra la tuberculosis.

Antecedentes de importancia: consumo de tabaco (3 a 4 cigarrillos al día) y café (2 tazas al día). Litiasis Renal y artrosis desde hace 5 años. Medicación habitual: miodel con paracetamol de 1 gramo, doloneurobión forte condicional a dolor intenso. Niega hospitalizaciones y refiere haber tenido 3 cesáreas, apendicectomía convencional, cirugía de túnel del carpo y una histerectomía abdominal total.

Examen físico:

PA: 120/80 FC: 90 por minuto FR: 20 por minuto SatO<sub>2</sub>: 98 % T°: 36 °C

Talla: 1.49 metros Peso: 74.20 kg IMC: 33.42

AREG, AREN, AREH

Cuello: Masas dolorosas a nivel cervical en región derecha e izquierda. Tórax y

Pulmones: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, resto del examen no contributivo.

Se le solicita una radiografía de tórax para descartar una tuberculosis pulmonar y en la imagen se aprecia un nódulo de bordes definidos en lóbulo superior derecho. Además, e le solicita una prueba de BK de esputo con muestra salival, la cual sale negativo.

Para manejo se le inicia esquema 1 para tratamiento de tuberculosis que consta de 2 fases. La primera fase que comienza con una dosis de rifampicina 600 mg, isoniacida 300mg, etambutol 1200 mg y pirazinamida 1500 mg todos los medicamentos diarios por 2 meses.

Durante esta etapa la paciente presenta algunas interurrencias como:

- Paciente en su 3° toma de tratamiento refiere sensación de acidez estomacal, posterior a la toma de pastillas. Refiere también, no tolerar el agua o comidas copiosas desde antes del tratamiento debido a que le inducen a vomitar. Además, presenta dolor en región cervical derecha. Se le agrega al diagnóstico: gastritis aguda. Se maneja con omeprazol 20mg 1 tab en ayunas cada 24 horas x 30días y metoclopramida 10 mg PRN a náuseas y vómitos. También se le indica paracetamol de 500 mg para dolor cervical.
- En el día 15 de su tratamiento presenta deposiciones con rasgos de sangre y sensación de pujo. Se le agrega al diagnóstico: Fisura anal. Se maneja con betametasona más lidocaína en gel.
- Después de un mes y 19 días de iniciar su tratamiento, paciente reporta dolor de rodilla y en región lumbar. Al examen físico se observa rodillas en valgo, resto de examen no contributivo. Se agrega a sus diagnósticos: Gonartrosis y espondilosis lumbar. Se plantea el manejo con gabapentina 300 ug 1 tab c/24horas x 20 días y tramal 32.5 mg más paracetamol de 325ug 1 tab c/12 horas x 7 días.

Previo al comienzo de la segunda fase se le hace una evaluación para ver su evolución; al ver que era favorable se le continua la medicación con la segunda fase que consta de la toma Interdiaria de Isoniacida 800 mg y rifampicina 600 mg tres veces a la semana por 4 meses.

Se evalúa su evolución cada dos semanas y se evidencia una mejoría considerable hasta terminar su tratamiento que se le solicitan una serie de exámenes para poder evidenciar su mejoría. Se le realizó ecografía cervical donde no se evidenciaron imágenes compatibles con tumoraciones y ganglios en su interior. Al examen físico se palpa en cuello un tamaño conservado y una tumoración dura móvil sin dolor. Se le solicita también un hemograma un perfil hepático donde no se aprecian

alteraciones. Se decide dar de alta a la paciente debido a una evolución favorable.

#### **Caso clínico n.º 4**

Paciente, femenina de 38 años procedente de Lima llegó a emergencia por presentar una lesión ulcerativa en pie derecho.

Antecedentes de importancia: Diabetes *mellitus* desde hace 15 años.

FC: 93

FR: 21

SatO2: 97 %

T: 36.5 °C

PA: 110/70mmHg

Examen físico:

AREG, AREN, AREH

Piel y TCSC: Lesión eritematosa en región dorsal del pie derecho. Sistema Locomotor: En región de miembro inferior derecho en 4.º dedo se observa lesiones ulcerativas con secreción serosa que abarca ambas falanges en zona dorsal.

Se plantea el diagnóstico de úlcera de miembro inferior derecho y diabetes *mellitus*. Debido a ello, se solicitan los exámenes de hemograma, urea, creatinina, glucosa, PCR, perfil de coagulación y ecografía Doppler de miembros inferiores. Horas después se obtienen los resultados:

Leucocitos: 12 000 Abastionados: 7 % Hemoglobina: 10.5 Glucosa 240 mg/dl PCR (+). Resto de exámenes con valores dentro de la normalidad.

Para manejo, el plan consistía en una dieta hipoglucida más líquidos a voluntad, para el pie diabético se le administra amoxicilina con ácido clavulánico cada 12 horas por 2 semanas junto con debridación diaria de lesión ulcerativa, por si presenta dolor y /o fiebre se le indica panadol de 500mg cada 8 horas por 3 días, para controlar la diabetes se administra su metformina habitual con glibenclamida y para controles se le realiza glucometría a las 6 am, 3 pm y 11pm

Al décimo día de controles la lesión se limitó y fue remitiendo junto con otros parámetros analíticos que tuvieron mejoría.

### **I.3. Rotación en Cirugía**

Se tuvo participación en las áreas de hospitalización, tóxico y emergencia no COVID-19, cumpliendo con guardias diurnas y nocturnas de 12 horas. En el Hospital Militar, se brindaron rotaciones por el servicio de Cirugía General, Traumatología, Urología, Anestesiología y Cirugía Plástica.

En el caso del Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa, se tuvo la participación en áreas de cirugía general.

### **Caso clínico n.º 1**

Paciente de nombre L.S.A., de 53 años, masculino, casado, se hospitaliza por consultorio externo, previamente programado con un tiempo de enfermedad de 3 meses, inicio insidioso de curso progresivo. Síntomas principales dolor abdominal de tipo cólico y náuseas.

PA: 120-60 mmHg      FC: 70 lpm      FR: 19 rpm      T: 36,7 °C  
SO: 97 %

Funciones vitales: apetito y sed conservada, orina y deposiciones conservadas, sueño conservado

Paciente refiere que en el 2019 se realizó una evaluación médica anual en el hospital geriátrico, donde se le diagnostica colelitiasis. En el 2021, se realiza ecografía abdominal, evidenciando cálculos en vesícula de 1,5 cm. Hace 3 meses, paciente refiere sentir dolor abdominal caracterizado por episodios de cólico biliar (dolor en hipocondrio derecho 7/10 que irradia a espalda y asociado a náuseas que llegan al vómito luego de la ingesta de comida copiosa), niega coluria, niega acolia. Por todo ello, acude por consultorio externo donde se le programa cirugía, una colecistectomía laparoscópica por el diagnóstico de colelitiasis.

Al examen físico con facie dolorosa esporádica, lo positivo y más rescatable:  
Abdomen: Inspección: levemente globuloso, Palpación: blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho, Blumberg +, Percusión: timpanismo, Auscultación: RHA+, sonoridad conservada. Genito – Urinario: PRU (-) PPL (-)

Se le realizan pruebas de laboratorio prequirúrgicas con normalidad. Es operado con técnica americana y en los hallazgos del reporte operatorio se encontró una vesícula dilatada de 8cm x 4cm, paredes engrosadas, en el

interior múltiples cálculos y bilis, y una hernia inguinal derecha directa. Con diagnósticos postoperatorios: colecistitis crónica calculosa + estenosis biliar. Adicionalmente se tomó una biopsia hepática.

Tuvo como indicaciones en su PO 0: NPO, dieta líquida amplia a partir de las 13 horas, hidratación (40 GOTAS EV: DEXTRO 5 %, NACL 20%, KCL 20 %), Paracetamol 1gr c/8 horas EV, Simeticona 80mg c/8 horas VO, Deambulacion, CFV y BHE

En su PO1, refiere buena tolerancia oral, no SAT, no eliminaba flatos, moderado dolor en hemiabdomen inferior. En abdomen: Puntos de abordaje laparoscópico cubiertos por gasas limpias, dolor a la palpación en región operatoria. En el PO2, refiere náuseas, vómitos, SAT, toleraba vía oral, realiza deposiciones y diuresis conservada y dolor en zona de la operación al deambular 6/10. En el PO3, en buen estado general, solo refiere leve dolor en zona de la operación EVA 3/10. Es dado de alta con indicaciones de analgesia condicional al dolor y reevaluación por consultorio externo en 7 días.

## **Caso clínico n.º 2**

Paciente, masculino de 57 años, con antecedente patológico de HTA crónica (hace 8 años) con medicación de metoprolol 100mg 1tab en la mañana y valsartan 160mg 1tab en la noche, antecedente quirúrgico de amigdalotomía (hace 40 años), niega hábitos nocivos, niega alergias,

Enfermedad actual, paciente con tiempo de enfermedad 1 año, inicio insidioso y de curso progresivo. Sus síntomas principales fueron sensación de pequeña masa, dolor al defecar y sangrado

Ingresó por consultorio externo para cirugía programada, refiere que hace 1 año aproximadamente siente pequeña masa en región anal asociado a dolor leve al defecar motivo por el cual acude a gastroenterología donde le hacen una proctoscopia, donde le diagnostican hemorroides internas grado I, fisura crónica y le sugieren pasar por evaluación a cirugía general. Después de 2 meses aproximadamente, siente que la masa incrementa de tamaño además presenta secreción serohemática de moderada intensidad y un aumento de dolor después de realizar deposiciones; motivo por el cual acude al HMC para estudio.

Al examen físico en la región anal, a la inspección pasiva se observó orificio a las 7 horas, lesión elevada de 10mm aprox de diámetro, con bordes irregulares

y sangrado al roce, a las 12 horas se observó lesión de continuidad lineal cubierto por secreción serohemática. En el tacto rectal: esfínter normo tónico, no se palpo masas y dedo de guante limpio, en el canal anal se evidencio paquetes venosos dilatados en corona congestivos, que protruyen a la maniobra de Valsalva. Con los diagnósticos de fisura cronica y hemorroides internas grado 1, fue programado para Fisurotomia.

### **Caso clínico n.º 3**

Paciente, mujer de 84 años con nombre S.F.H. quien es traída por familiar con un tiempo de enfermedad +/- 2 días refiere dolor abdominal a predominio de fosa iliaca derecha asociado a náuseas y pérdida de apetito, niega vómitos, diarrea o sensación de alza térmica. Niega antecedentes patológicos, cirugías anteriores y reacciones adversas a medicamentos.

Al examen físico: Tiene funciones vitales PA: 100/60 mmHg T° 36.6 °C FR 20 x' FC 80 x' SatO2: 95 %. AREG, AREN, AREH. Piel: tibia, seca, poco elástica. Abdomen: RHA (+) plano, blando, depresible, dolor a la palpación en FID. Rebote (-). SNC: Despierta, desorientada en tiempo y espacio Escala de Glasgow 15/15.

Se plantea el diagnóstico de Síndrome doloroso abdominal a descartar apendicitis aguda y se le administra NaCl al 0.9 % 1000cc en 2 horas.

Se le realizan pruebas de laboratorio con los siguientes resultados: Hemoglucotest: 108mg/dl, Creatinina: 0.9, Hemograma con Leucocitos en 12 170, plaquetas en 232 000, hemoglobina en 13.10, linfocitos 16%, abastionados al 4 %, segmentados al 74 % y neutrófilos 78 %. También se le indica una ecografía y una tomografía de abdomen con contraste. Horas después salen los resultados: en la ecografía se evidencia síndrome de fosa iliaca derecha, leve dilatación de la vía biliar y extrahepática, escaso líquido libre en fosa iliaca derecha e Hidrops vesicular. En la tomografía de abdomen se concluye signos de proceso inflamatorio apendicular con apéndice cecal de 10 mm de diámetro transversal con alteración y escaso líquido libre en fosa iliaca derecha.

Se reevalúa después de 4 horas de su ingreso y se le agrega al examen físico Mc Burney (+) y Blumberg (-), por lo que se confirma el diagnóstico apendicitis aguda no complicada y proceden a programarla para SOP y se le realiza sus exámenes preoperatorios como tomografía de tórax sin contraste donde no

se encuentran alteraciones.

En SOP se realiza apendicectomía abierta con drenaje debido a que en los hallazgos operatorios se informa que el apéndice cecal mide 8 x 1 cm, base congestiva y edematosa, supurada en 1/3 proximal con un ciego eritematoso y escaso líquido inflamatorio a nivel de fondo de saco de Douglas por lo que utilizan una sutura en jareta. Se completa la cirugía sin complicaciones y pasa a hospitalización.

Se le indica el primer día con NPO, ceftazidima 1g endovenoso cada 8 horas, clindamicina 600 g endovenosa cada 24 horas, metamizol 1g endovenoso cada 8 horas, tramadol 50mg PRN al dolor intenso. Los días posteriores se le continua con una dieta líquida y después una dieta blanda más líquidos a voluntad, se continua antibióticos por 5 días junto con la deambulación diaria y progresiva y ejercicios respiratorios. Debido a una buena evolución donde elimina flatos, ausencia de vómitos y náuseas, tolerancia a líquidos y alimentos, una deambulación adecuada y una condición afebril de la paciente, se decide darle de alta.

#### **Caso clínico n.º 4**

Paciente mujer de 43 años con un tiempo de enfermedad de +/- 8 horas, refiere que hace aproximadamente 8 horas presentó dolor abdominal en epigastrio que se asocia a náuseas y vómitos en dos oportunidades, al momento de la evaluación refiere náuseas. Además, presenta dolor en cinturón que se irradia a la espalda. Niega diarrea y fiebre.

Niega antecedentes patológicos. Antecedentes quirúrgicos de cesárea hace un mes y medio con ligadura de trompas. Niega reacciones adversas a medicamentos.

Al examen físico se encuentran las siguientes funciones vitales:

PA: 110/60 T°: 36.5 °C, FR 19x', FC 92x', SatO2: 99 %.

Paciente en AREG, AREN, AREH. Piel: tibia, elástica, húmeda se aprecia cicatriz abdominal periumbilical. Tórax y pulmón: muy muy suaves y cular pasa en ambos campos pulmonares, sin rales. para yo bascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No se auscultan soplos. abdomen: leve distensión abdominal RHA (+). Dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. SNC: LOTEPE Escala de Glasgow 15/15.

Por lo que se plantea el siguiente diagnóstico:

- Dolor abdominal a descartar gastritis vs. Cólico biliar.

Se maneja con omeprazol 40 mg endovenoso, hioscina 20 mg endovenoso, metamizol 1 g endovenoso y metoclopramida de 10 mg con NaCl 0.9 % 100cc endovenoso.

Después de 20 minutos aproximadamente paciente refiere que dolor no remite y se exagera por lo que se le solicita una ecografía, amilasa, lipasa y un hemograma.

Una hora y media más tarde le realizan la ecografía en donde se evidencia una vesícula de 98 x 46 mm con paredes delgadas y múltiples litiasis en su interior que miden más de 5 mm e hidrops vesicular. Los resultados del hemograma: Leucocitos en 17 090, abastionados en 3 %, hemoglobina en 9.5 y la lipasa en 54. Debido a falta de reactivos no se pudo realizar la amilasa. Debido a lo anteriormente mencionado se decide hacer una colecistectomía laparoscópica por lo que se le realizan exámenes prequirúrgicos y se decide entrar a SOP, ya que el diagnostico cambia a una colecistitis aguda calculosa. En la cirugía se encuentra los siguientes hallazgos:

- Vesícula biliar de 10 x 5 cm plastronada con epiplón, paredes edematizadas y fibrina, conteniendo bilis purulenta a tensión y múltiples cálculos de 5 mm.
- Escaso líquido perivesicular.
- Conducto cístico de 5 mm, arteria cística única y posterior.

Por estos hallazgos se decide hacer una colecistectomía parcial por laparoscopia, quedando el fondo empotrado.

Se le realiza una evaluación postquirúrgica donde la paciente refiere molestias en abdomen sin náuseas o vómitos, no elimina flatos y deambula sola. Al examen físico con las siguientes funciones vitales: PA: 120/60 T°: 36.2 °C, FR 20x', FC 77x', SatO2: 99 %. AREG, AREN, AREH. Piel: tibia, hidratada, elástica y pálida con llenado capilar < 2", cicatriz de quemadura en abdomen superior y tórax y cicatriz de cesárea en abdomen inferior. Abdomen: Globuloso, blando, depresible, RHA aumentados, leve dolor a la palpación en epigastrio y mesogastrio. Resto de examen no contributivo.

Con el diagnostico de postoperada de 1 día de colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda calculosa y anemia moderada.

La paciente se encontraba estable en su primer día postoperatorio con un plan de trabajo de:

- NPO
- Ciprofloxacino 400 mg cada 12 horas endovenoso
- Metronidazol 500 mg cada 8 horas endovenoso
- Omeprazol 40 mg cada 24 horas endovenoso
- Metoclopramida de 10 mg cada 8 horas endovenoso.
- Metamizol de 2 g cada 8 horas endovenoso
- Tramadol PRN a dolor intenso
- Deambulación temprana

Al segundo día de postoperada se le continúa con la medicación antes mencionada y se le inicia dieta líquida, y se observa una evolución favorable por la eliminación de flatos, la deambulación temprana y la estabilidad de sus funciones vitales por lo que al tercer día se le decide dar de alta con previa cita para retiro de puntos dentro de 5 días.

#### **I.4. Rotación en Pediatría**

En la rotación de Pediatría, se participó en las áreas de hospitalización, consultorio externo y emergencia no COVID-19, cumpliendo con guardias diurnas y nocturnas de 12 horas. Se vieron pacientes pediátricos y neonatos.

##### **Caso clínico n.º 1**

Paciente de 3 años de edad, de sexo masculino, tiene antecedentes familiares: de asma y rinitis alérgica, patológicos rinitis alérgica diagnosticado al año de vida, niega rams.

Enfermedad actual, signos y síntomas principales: rinorrea, tos y dificultad respiratoria. Madre refiere que hace 5 días inicia cuadro catarral con rinorrea y estornudos esporádicos, luego de 2 días se le agrega tos seca poco exigente por lo que lo automedica con ambroxol, prednisona y desloratadina. La tos se torna progresivamente más exigente. 12 horas antes del ingreso, la madre refiere que “le silba el pecho” por lo que le administra salbutamol 2 puff cada 6 horas, sin embargo, se le agrega agitación. Por persistencia de síntomas y agravamiento de estos, es traído a emergencia del hospital.

Al examen físico, apreciación general AMEG, AREH, AREN, paciente alerta, FC 130x', FR 38 x', T° 36.6, Sat 98 % a fio2 0.21, Peso 18 kg. Cráneo: normocéfalo,

simétrico sin fascies llamativas. Bocas mucosas húmedas, no lesiones en mucosas, Nariz: coanas permeables, con secreción mucosa. Oídos: orejas de buena implantación, cae permeables, sin secreciones, membranas timpánicas conservadas. Orofaringe: levemente eritematosa, no congestiva. Tórax: amplexación conservada, simétrico. Pulmones: murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, sibilancias escasas difusas en aht, no se observan tirajes. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen: plano, RHA presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no masas, no visceromegalia. Genitourinario: masculinos, testículos descendidos en ambas bolsas escrotales, no globo vesical, PPL negativo, PRU negativo. Locomotor: fuerza y tono muscular conservados, rangos articulares conservados, moviliza 4 extremidades sin alteraciones. Neurológico: despierto, reactivo a estímulos, conectado con el entorno, sin signos meníngeos ni de focalización.

Diagnostico presuntivo: síndrome de distrés respiratorio + síndrome obstructivo bronquial agudo + d/c neumonía adquirida en la comunidad

A nivel laboratorial, en el hemograma: leucocitos: 19.7, hemoglobina: 11.6, plaquetas: 287, segmentados: 66.7 %, abastionados: 3 %, PCR 2.3, PCR COVID-19: negativo. Y se le solicito RX tórax. Se decide hospitalizar a paciente mientras se esperan resultados.

Paciente tiene como plan de trabajo: dieta blanda + LAV, Nacl 0.9 % : 200 cc en 1 hora, Ceftriaxona 720 mg c/12 horas (80 mg /kg/dia), Hidrocortisona 190 mg ev STAT, Ranitidina 20 mg ev STAT, Salbutamol 2 puff c/ 20 minutos por una hora, Bromuro de ipratropio 2 puff c/20 minutos por una hora, CFV + OSA, Inclinación de cabecera a 45 grados y Hospitalizar

## **Caso clínico n.º 2**

Paciente de 2 años, masculino. Antecedentes fisiológicos: producto de 3.<sup>er</sup> gestación, >6 CPN, sin complicaciones durante la gestación, parto eutócico, llanto inmediato, peso al nacer: 3500 gramos, talla: no recuerda, Apgar: no recuerda, alta y alojamiento conjunto. Desarrollo psicomotor: control cefálico: 2m, control torácico: 6m, marcha: 18 meses, palabras: 12m. Antecedentes familiares: madre 29 años ap. sano, se dedica al reciclaje. Padre 39 años ap. sano, se dedica al reciclaje. Hermanas: mujer de 12 años, mujer de 8 años ap. Sanos. Vivienda: material noble, luz, agua y desagüe. Mascotas (1 perro y 1

gato). Patológicos: niega. Quirúrgicos: niega. Alergias: niega. Medicación habitual: niega

Con tiempo de enfermedad de 10 días, inicio insidioso, curso progresivo, síntomas y signos principales de dificultad respiratoria. Madre refiere que paciente presenta hace 10 días, rinorrea y tos seca esporádica, luego, 7 días antes del ingreso se agrega fiebre 38.7 que cedió con antipiréticos y tos se intensifica, por lo que acude a clínica donde le recetan antihistamínicos y antitusígenos, no presentando mejoría. Luego, 3 días antes del ingreso reaparece la fiebre en 39 grados asociado a agitación por lo que acude al hospital puente piedra, en el cual le toman Rx de tórax y se hospitaliza, pese a cobertura antibiótica por 2 días, la fiebre y malestar general persiste. El día del ingreso, se agregan vómitos biliosos en 2 oportunidades e intolerancia oral, por lo que le dan de alta y le indican acudir por emergencia al hospital. En el hospital se decide hospitalizar.

Es atendida donde se le indica: metamizol IM 5.7ml, ambroxol 2.5 ml c/12 horas por 3 días, clindamicina 130 mg ev c/6h, dextrometorfano 2.5 ml c/24 h por 3 días.

Funciones vitales: FC 150 x', FR 63 x', Sat 98% FiO2: 0.60, T° 37.5°C

Funciones biológicas, apetito disminuido, sed conservada, orina de coloración amarillenta clara, frecuencia conservada, deposiciones semilíquidas 2 días, sueño aumentado, peso: 13 kg

Al examen físico en emergencia, despierto, ventila espontáneamente con apoyo oxigenatorio con mascara de reservorio a 10 lt. Piel: tibia, poco hidratada, elástica, llenado capilar <2'', palidez +/-+++. No cianosis, no ictericia. TCSC: no edemas. Cabeza: normocéfalo, sin lesiones, no masas palpables. Ojos: simétricos, sin secreciones, no hundidos. Tórax y pulmones: amplexación asimétrica, desbalance toracoabdominal, murmullo vesicular disminuido en 2/3 inferiores de HT derecho, no se auscultan ruidos agregados. Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles, ingurgitación yugular negativa. Abdomen: plano, RHA +, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se palpan masas ni visceromegalia. Genitourinario: masculinos, testículos descendidos, no globo vesical. SNC: quejumbroso, reactivo a estímulos externos, conectado con el entorno, sin signos meníngeos ni de focalización. Locomotor: moviliza extremidades sin alteración. Rangos articulares conservados. Tono y fuerza muscular

conservados 5+/5+.

Se le solicita Rx de tórax, hemograma completo, perfil de coagulación, grupo y factor, serológicos, dimero d, pcr, ferritina, glucosa, urea, creatinina, perfil hepático, hemocultivo I y II, estudio y cultivo de líquido pleural, prueba de COVID.

Paciente se hospitaliza con el diagnóstico presuntivo de Sd de distress respiratorio: neumonía complicada con derrame paraneumónico ya que a la Rx tórax se encuentra derrame pleural derecho masivo aprox. 500 cc, impresiona liquido denso. Presenta como diagnostico final: Empiema en hemitórax derecho. En el plan de tratamiento, paciente recibió ceftriaxona 100 mg / kg/día por 14 días, vancomicina 60 mg/kg/día por 14 días, NPO, hidratación con dextrosa 5 % 1000 cc + NaCl 20% 40 cc + KCl 20 % 10 cc : 50 cc por hora, VT= 1200 cc, metamizol 260 mg EV PRN fiebre y / o dolor, posición semisentada y Oxígeno suplementario para mantener Sat O2 por encima de 94 %.

Al paciente se le coloca tubo de drenaje torácico tras evaluación con cirugía de tórax y cardiovascular, se le retira tras ecografía control que muestra 0.4 cc en el hemitórax. El cultivo de líquido pleural sale negativo, se decide aumentar 7 días de antibiótico (21 días) debido a último pico febril el día de atb número 12. Se le realiza interconsulta a neumología para control y posibilidad de alta, indican completar 28 días de antibiótico tras observar rasgos de bulas en hemitórax derecho en radiografía control. Finalmente, se le indico alta con indicaciones tras tomografía con contraste con reevaluación y control por consultorio externo de neumología en 1 semana.

### **Caso clínico n.º 3**

Acude a emergencia un niño de 2 años traído por su madre, presenta desde hace 8 días tos productiva sin rubicundez, rinorrea cristalina, malestar general y fiebre cuantificada de 38 °C, que cede con antipirético. Cuatro días después se incrementa la intensidad de los síntomas y se agrega en una oportunidad un vómito de carácter alimenticio asociado a dolor abdominal tipo cólico; además, la madre nota agitación por lo que acude al Hospital Rebagliati donde recibe broncodilatador, corticoide inhalado y antipirético endovenoso. El día del ingreso persisten los síntomas y la tos se vuelve más exigente y se asocia a alza térmica por lo que acude a emergencia.

Niega antecedentes patológicos, quirúrgicos y transfusiones previas.

Funciones vitales FC 125 latidos por minuto FR 46 por minuto SatO<sub>2</sub>: 98 % FiO<sub>2</sub>: 0.21, Peso: 21 kg, no fiebre Al examen físico:

Piel tibia, hidratada y elástica, no pálida, no cianosis. Tórax: Simétrico con leves tirajes intercostales. Pulmones: Murmullo vesicular pasa disminuido en hemitórax izquierdo, crépitos en hemitórax izquierdo, amplexación conservada. Resto de sistemas conservados.

Con el relato de la madre y la exploración física, el médico llega a los siguientes diagnósticos:

- Síndrome de distrés respiratorio: Neumonía basal izquierda
- Eutrófico

En el plan de trabajo se solicita un hemograma, PCR, Glucosa, Urea, Creatinina y radiografía de tórax. Se maneja con fluidoterapia, NPO, ceftriaxona 840 mg endovenosa cada 12 horas, metamizol 420 mg endovenoso PRN a temperatura mayor a 38 °C y/o dolor, O<sub>2</sub> suplementario PRN si SatO<sub>2</sub> <93 %. Por esto se decide hospitalizar.

En los resultados de los exámenes solicitados anteriormente están los leucocitos de 12 000, abastados al 5 % plaquetas de 327 000, glucosa de 105, Urea de 16, creatinina de 0.43 y PCR de 22.94 que estaba aumentado al igual que los abastados y leucocitosis lo que apoya la decisión de hospitalizar.

En los días posteriores se completa medicación hasta los 4 días, posterior a ello se le indica antibiótico por vía oral, por lo que luego de unos días es dada de alta y se le da indicaciones a la madre para continuación del tratamiento en casa hasta completar los 7 días

#### **Caso clínico n.º 4**

Acude a emergencia una niña de 1 año y 7 meses, sin antecedentes de importancia, es traída por su madre refiriendo que hace 3 días presenta rinorrea y tos seca por lo que acude al médico particular donde recibe corticoide y antihistamínico. Un día antes del ingreso persisten los síntomas y se agrega vómitos de contenido alimentario no precedido de tos en 6 oportunidades, razón por la cual acude a emergencia del INSN, donde presenta nuevo episodio de vómitos junto con un episodio de desvanecimiento por síncope asociado a palidez;

por ello se decide su hospitalización.

Antecedentes patológicos: roséola en diciembre del 2021, niega hospitalizaciones, cirugías, transfusiones y reacciones adversas a medicamentos.

Funciones vitales dentro de los valores normales, no fiebre. Talla: 83 cm y peso: 12.5kg

Al examen físico:

Piel tibia, mucosas semisecas, no cianosis, no ictericia, llenado capilar <2". Ojos simétricos y hundidos levemente. Orofaringe levemente congestiva. Neurológico con tendencia la sueño, relacionada con el entorno, pupilas foto reactivas, no signos de focalización.

Con el relato de la madre y la exploración física, el médico llega a los siguientes diagnósticos:

- Síndrome emético con deshidratación moderada: Descartar intoxicación alimentaria
- Síncope
- Rinofaringitis aguda
- Eutrófico

Se le solicita hemograma completo, perfil de coagulación, PCR, urea, creatinina, electrolitos, calcio, fosforo, magnesio, TGO y TGP. Los resultados de las pruebas solicitadas están dentro de los parámetros normales.

Se maneja con fluidoterapia con dextrosa 5 % de 1000 cc, NaCl 20 % de 40 cc, KCl 20 % de 10cc pasando 50 cc por hora, ondansetron 1.9mg endovenoso condicional a náuseas y vómitos, reposición volumen a volumen y metamizol 250 mg condicional a temperatura mayor e igual a 38 °C.

La niña mostró tener buena tolerancia oral, por lo que luego de un día es dada de alta y se le da indicaciones a la madre para continuación del tratamiento en casa y traerla para un control en 7 días por consultorio externo.

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

Como se mencionó este trabajo fue realizado por dos internas de medicina humana que trabajaron en distintos establecimientos de salud.

El Hospital Militar Central del Perú «coronel Luis Arias Schreiber», establecimiento dirigido por el ministerio de Defensa, es el hospital sanitario del Ejército del Perú ubicado en Lima, en el distrito de Jesús María, en la avenida José Faustino Sánchez Carrión. Está destinado a proporcionar atención médica integral a los miembros del ejército peruano, familiares directos, personal con derecho en el ejército, así como atención médica de emergencia a pacientes civiles. Posee el nombre del médico y coronel Luis Arias Schreiber quien fue jefe de Sanidad del Ejército Peruano y legítimo gestor de la construcción del actual Hospital Militar. Fue inaugurado el 1 de diciembre de 1958, bajo el gobierno del presidente Manuel Prado. Actualmente catalogado como un hospital de categoría III-1 (Nivel III de Complejidad y Nivel 1 de Atención).

Las funciones del interno en el Hospital Militar iban desde la admisión de los pacientes programados hasta la atención en emergencia de los pacientes. Tenía la responsabilidad de acompañar y velar por el paciente y sus necesidades. En el área de hospitalización, tenía la función de elaborar las historias clínicas, realizar las evoluciones diarias, realizar las recetas, curaciones si lo ameritaban, realizar las altas y todo procedimiento práctico como toma de exámenes laboratoriales, colocación de sondas, etc., todo bajo la guía de los residentes de la especialidad y los asistentes. Las funciones iban variando dependiendo la rotación. En cirugía, tenía la función de realizar el “parte diario” que era un documento que se le tenía que presentar tanto al asistente de visita como al jefe del servicio para así mantener un control y conocimiento del número de pacientes hospitalizados, sus pendientes y evolución. La labor fue remunerada, a la par también fue valorado y recompensado con enseñanzas por parte de los especialistas y residentes que nos brindaban exposiciones, invitaciones a congresos y clases tanto presenciales como virtuales.

Se realizó el internado en INSN localizado en el distrito de Breña en Av. Brasil número 600 donde se pudo practicar la rotación de pediatría cumpliendo

horarios de 7:00 am hasta las 2:00 pm junto con una categoría de III-2, ya que es un hospital especializado en los niños y todas sus patologías. Las funciones que cumplen estos establecimientos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud además de la gestión de los servicios de salud.

La rotación de Neonatología y Ginecología y Obstetricia se realizó en el INMP se encuentra el distrito del cercao de Lima en Jr. Santa Rosa n.º 941 categoría de III-2, ya que es un hospital especializado en una especialidad de ginecología, obstetricia y la atención perinatal, contando con subespecialistas que tienen las herramientas para manejar casos complicados. Cumplen además investigaciones sobre la especialidad y enseñanza a las nuevas promociones de profesionales de la salud.

El Hospital de Emergencia Casimiro Ulloa se localiza en el distrito de Miraflores en la Av. República de Panamá 6399 con categoría III-E porque son hospitales de atención general con mayores unidades productoras especializadas y subespecialidades.

El centro de salud san miguel está ubicado en el distrito de San Miguel entre la Avenida av. Libertad av. Los Mochicas categoria I- 3 porque corresponde a centros de salud especializados. Tienen las especialidades de oftalmología, ginecología y obstetricia, medicina física, cardiología, endocrinología y psiquiatría.

El interno cumplía funciones como realizar de historias clínicas, la evolución diaria en áreas como hospitalización y la vigilancia de signos de alarma en los pacientes. Tenían, también, la posibilidad de realizar procedimientos guiados de los residentes y asistentes, así como también la participación en cirugías como las cesáreas o apendicectomías, etc.

Otra de las funciones que se encargaban eran con trámites como llenar los FUA, referencias o contrarreferencias, solicitudes de exámenes auxiliares tanto de laboratorio como de imágenes, recetas y otros formatos de alta del paciente.

## CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

### III Rotación en Ginecología Y Obstetricia

#### Caso clínico n.º 1

El prolapso de órganos pélvicos (POP, por sus siglas) es una hernia de órganos pélvicos intravaginal o transvaginal, este prolapso ocurre en hasta el 50 % de las mujeres que tienen hijos debido a la debilidad de la pared y músculos, y provoca una variedad de síntomas pélvicos, urinarios, intestinales y sexuales. (1)

El POP se diagnostica mediante un examen pélvico. El historial médico y antecedentes también son importantes para asociarlos con los síntomas comunes, ya que el tratamiento de los síntomas urinarios y fecales generalmente se coordina con el del POP (1).

El sistema de clasificación del POP fue elegido por la International Continence Society (ICS), la American Urogynecologic Society (AUGS) y la Society of Gynecologic Surgeons (SGS). Sistema POP-Q es objetivo específico del sitio para describir y estadificar el prolapso en mujeres. Incluye mediciones cuantitativas de múltiples puntos anatómicos, creando un mapa de "topográfico" de la vagina, para así determinar el nivel del prolapso (1).

El examen se lleva a cabo de manera similar al examen estándar, con un medio espéculo colocado en la vagina para visualizar las paredes vaginales (anterior, superior y posterior) y el cuello uterino. Los puntos anatómicos en relación a las paredes por donde puede protruir la vagina: pared anterior: Aa ubicado a < 3 cm del himen, indicando un uretrocele (U) y Ba indicando cistocele (C), pared superior el útero descansa sobre los ligamentos cardinales esta C: histerocele (H) y D: enterocele representando el saco de Douglas, y en la pared posterior están los puntos Ap y Bp indicando rectocele.

En el contexto de la paciente, presentaba un prolapso genital grado 3 Ba, lo que indicaba que se encontraba en la pared anterior afectando la vejiga, al ser grado 3 indica que desciende más de 1 cm más allá de los restos himeniales, por ende, la cirugía está indicada en estos casos y el procedimiento que se le realizó fue una colporragia anteroposterior + colocación de malla Sling Tot.

## **Caso clínico n.º 2**

El leiomioma uterino (también llamado fibroma uterinos o mioma) es el tumor pélvico más común en las mujeres. Son neoplasias monoclonales benignas derivadas de las células musculares lisas y fibroblastos del miometrio. Ocurren en mujeres en edad fértil y generalmente van acompañados de síntomas de sangrado uterino anormal y/o dolor pélvico (2).

Los fibromas uterinos se describen según su ubicación en el útero. Según la FIGO las clasifica en base a su posición exacta en el miometrio (2).

- Fibromas intramurales (FIGO tipos 3, 4, 5): estos leiomiomas se localizan dentro en la pared del útero. Pueden crecer lo suficiente como para deformar la cavidad uterina o la superficie serosa (2).
- Fibromas submucosos (FIGO tipos 0, 1, 2): estos leiomiomas surgen de las células miometriales justo por debajo del endometrio (revestimiento de la cavidad uterina). Estas neoplasias sobresalen en la cavidad uterina (2).
  - Tipo 0: completamente dentro de la cavidad endometrial
  - Tipo 1: Menos del 50% llegan al miometrio.
  - Tipo 2: más del 50 % se extiende al miometrio
- Fibromas serosos (FIGO tipos 6, 7): estos leiomiomas surgen en el miometrio, la superficie serosa del útero. Tienen una base ancha o pedunculada y pueden ser intraligamentosos (es decir, entre los pliegues del ligamento ancho) (2).
- Fibromas cervicales o parasito (FIGO tipo 8): estos leiomiomas se localizan en el cuello uterino en lugar del cuerpo (2).

La paciente presentada en el caso clínico tenía un mioma submucoso abortivo, quiere decir que este mioma, de origen interno del útero, al examen físico se evidenciaba a través del cuello, causando a la paciente dolor y sangrado abundante, que la llevo a una anemia severa. Con todo ello, cumplía con criterios para un tratamiento quirúrgico y a la par un tratamiento médico para la anemia severa. A la paciente se le planteo una miomectomía, ya que la paciente deseaba conservar su útero, de abordaje laparoscópico con previo control de hemograma satisfactorio, por lo cual se decidió actuar rápido para así eliminar la causa de la anemia. El postoperatorio de la paciente por el mismo factor de la cirugía laparoscópica tuvo menos sangrado intraoperatorio, menos dolor post operatorio, menor tiempo hospitalario y mejoría de los niveles de hemoglobina.

### **Caso clínico n.º 3**

Se define el embarazo gemelar por dos embriones en la cavidad uterina o fuera de ella. El tipo de embarazo gemelar puede ser dicigotos y monocigotos como en el caso de la paciente bicorionica-biamnióticos que son los segundos en frecuencia con una prevalencia de 25%. Existen otros tipos de embarazo gemelar como los monocorioales-biamnióticos que son los más frecuentes con un porcentaje de 75% y los monocoriales-monoamnioticos con un porcentaje de 1.2%. (3)

Algunas de las complicaciones que pueden presentar en este tipo de casos tanto para la madre como para el feto van desde mortales para ambos hasta las que ponen en riesgo la vida. Por tanto, hacen que aumente la morbimortalidad materna y del producto. El embarazo de gemelos monocigotos tienen mayor probabilidad de tener las complicaciones: Parto pretérmino, restricción de crecimiento uterino, muerte fetal intraútero, síndrome de transfusión feto –fetal, anomalías congénitas (4). También presentan con mayor frecuencia abortos, hiperémesis gravídica, hipertensión gestacional, cesáreas y trastornos de hemorragia (5).

La rotura prematura de membranas (RPM) ocurre cuando hay pérdida de continuidad del saco amniótico antes de haber iniciado el trabajo de parto y con una edad gestaciones de más de 22 semanas. Ocurre con mayor frecuencia en embarazos pretérmino y es a su vez una de las primeras causas del mismo (6). Es una de las primeras causas por la cual ocurren partos prematuros. Algunos de los factores de riesgo que influyen positivamente para tener esta patología es el haber presentado previamente un RPM y un parto pretérmino en gestaciones anteriores, tener un cérvix corto, antecedentes de polihidramnios, entre otras. Es importante mencionar que una de las principales complicaciones en este tipo de patologías son las infecciones como corioamnionitis o endometritis en la etapa puerperal, ya que la barrera que se encargaba de impedir que los microorganismos dañinos pueden entrar se ha roto (3).

El embarazo en gestantes adolescentes se produce en mujeres de diecinueve años o menores que esta edad. Tienen como complicaciones la anemia, mayor probabilidad de preeclampsia, un parto prematuro debido a la inmadurez de sus órganos sexuales, riesgo de aborto, mayor frecuencia de productos con bajo peso al nacer, malformaciones congénitas entre otros (7.)

Como hemos presentado en caso clínico vemos que nuestra paciente es una

adolescente de 17 años con un embarazo gemelar lo que de por sí nos incrementa exponencialmente la probabilidad de un parto prematuro junto con la ruptura prematura de membranas que de por sí, en la mayoría de las mujeres que lo presentan, hace que el parto se prematuro. Es importante también mencionar que la paciente tenía cuello corto lo que nos aumentaba las probabilidades de RPM y en conjunto todas las características nos indicaban que el embarazo iba a ser complicado.

Para el manejo de una RPM menor de 34 semanas se hospitaliza a la paciente y se le indica repos en decúbito lateral. Posteriormente se le realiza una ecografía para ver la viabilidad de los fetos y la cantidad de líquido amniótico perdido, también un PCR y leucocitos para ver si hay infección presente junto con pruebas como la hemoglobina y plaquetas para ver el estado de la paciente. Al ver en el caso clínico que no estaba n aumentados el PCR y la ecografía mostraba que el líquido amniótico estaba dentro de los valores normales, posterior a las 6 horas del evento se le inició profiláctico con ampicilina. Después se le decide iniciar maduración pulmonar con betametasona de 12 mg intramuscular cada 24 horas por dos días, ya que la paciente ingres con 32 semanas 1 día.

Después de 12 días se decide realizar una cesárea debido a que el feto 1 estaba en 5/10 por lo que es dudoso y la decisión es a criterios del profesional (3). Desde mi perspectiva fue una decisión acertada debido a la cantidad de complicaciones que tenía esta gestación y las complicaciones que podían aumentar debido a que era embarazo gemelar y la paciente era adolescente pudiendo desencadenar en sufrimiento fetal. Se le decide hacer puntos de Hayman junto con un empaquetamiento porque como hemos mencionado anteriormente los embarazos gemelares tienen riesgo de sufrir trastornos hemorrágicos como una atonía uterina.

Como hemos visto la paciente después, en el puerperio, sufre de endometritis debido a los flujos malolientes, el riesgo que de por sí la cesárea trae consigo para las infecciones, la anemia y el RPM que da como complicación también una endometritis (3). Se decide manejar con antibióticos como ceftriaxona, clindamicina y amikacina por 4 días y darle de alta debido a que no presentó fiebre ni síntomas los días previos.

#### **Caso clínico n.º 4**

El parto institucional es de suma importancia debido a que cuando atendemos a una

gestante queremos siempre disminuir todos los riesgos posibles, uno de ellos sería el parto extrahospitalario que como se aprecia que en tasas de muerte materna de años anteriores se ha mostrado que son la causa de 25.5 % del total de muertes maternas; dentro de ellas se le atribuye el 14 % a los partos domiciliarios, 9.9% partos que se desarrollaron el trayecto a la institución y 1,6 % en lugares diferentes a los anteriormente mencionados (8). Debemos de tener en cuenta que, si no estamos en una institución previamente preparada tanto con recurso humano como insumos, puede que sea imposible o difícil el manejo de algunas patologías como el parto prematuro, la preeclampsia, trastornos hemorrágicos, identificar patologías del puerperio que pueden llegar a matar a la madre con síntomas clave que otras personas podrían pasar por alto o no darle la importancia requerida (9).

Perineo vaginal episiotomía es un procedimiento en donde se realiza una incisión que divida el perineo vaginal (el músculo bulbocavernoso y el músculo transversal del periné); su importancia radica a la prevención de desgarros y a su vez también previene prolapso genital junto con la incontinencia urinaria. Otros beneficios que nos da este procedimiento es que evita los traumas obstétricos en el recién nacido. Hay 2 tipos más comunes de episiorrafia una de ellas es la de la línea media y el medio lateral que es la de elección a pesar de que genera más sangrado y más dolor, debido a que se puede ampliar más que la mediana (10).

Como vemos la paciente ha tenido un parto institucional lo que nos indica que ha tratado de disminuir los riesgos al mínimo, ya que como mencionamos hay podemos encontrar tanto a los especialistas en el área que requiera u patología como los insumos y los aparatos electrónicos que pueden ser de vitales para salvaguardar tanto la vida de la madre como la del feto. También se le practica una episiorrafia para poder evitar o prevenir el desgarramiento de tercer y cuarto grado y con esto también evitar otro tipo de patologías que conllevan los desgarramientos de alto grado como la incontinencia urinaria, evitar el dolor de los prolapsos o las infecciones que pueden ocasionar. Por último, vemos también que se le indico cefazolina 1 gramos profiláctico para evitar cualquier tipo de infección por la ruptura prematura de membranas que presentó +/- de 10 horas antes del parto. La paciente por no tener interurrencias y encontrarse afebril sin ninguna sintomatología se va de alta al día siguiente de tener su parto vaginal con indicación de regresar por consultorio externo para evaluar su evolución.

### **III.1. Rotación en Medicina Interna**

#### **Caso clínico n.º 1**

El paciente del caso clínico presentó una hemorragia digestiva alta, debido a una úlcera péptica. La hemorragia digestiva alta está definida como una del tubo digestivo superior que se suele presentar con hematemesis (vómitos de sangre o material similar al café molido) y/o melena (heces negras y alquitranadas), tal cual el paciente expuesto. La enfermedad de úlcera péptica era responsable de aproximadamente más de la mitad de las hemorragias digestivas altas, esta es debida a un desequilibrio de los factores protectores y agresivos de la mucosa gastroduodenal (11).

La úlcera péptica puede penetrar la submucosa o muscular, generando hiperemia y edema local, clínicamente manifestando con dolor en epigastrio, tipo quemante, cede a la ingesta de alimentos. Puede acompañarse con anorexia y pérdida de peso (11).

Adicionalmente el paciente presento un síndrome anémico secundario a la hemorragia digestiva alta, manifestándose con palidez ++ y llenado capilar > 2seg y taquicardia, el paciente al ser un hipertenso crónico no controlado la presión arterial que presento pudo haber “enmascarado” la hipotensión. Asu vez presentaba un síndrome doloroso abdominal. En relación al tratamiento, se actuó de manera adecuada, ya que en primera instancia es estabilizar al paciente, con fluidoterapia y controlando la anemia. Seguido de un examen diagnostico como es la endoscopia alta que permitió visualizar la lesión y sus características, en algunos casos se puede tomar biopsia, y también sirve como mecanismo para actuar en el tratamiento.

Se aconsejo reducir el consumo de tabaco, alcohol, café, comidas grasas, y todo factor gastrolesivo. Así como el cumplimiento de tratamiento con omeprazol, acompañado de un estilo de vida saludables, comer a sus horas, aumento de fibra, no automedicarse y acudir a sus controles por el servicio de cardiología.

#### **Caso clínico n.º 2**

La enfermedad de graves es la causa más frecuente de hipertiroidismo, de causa autoinmune, se caracteriza por presentar bocio difuso, oftalmopatía, dermopatía. También se puede manifestar con fatiga, nerviosismo, intolerancia al calor y disminución de peso (12). Sintomatología que la paciente presento, refiriendo

angustia, nerviosismo de varios días. Si bien semiológicamente la paciente presentaba todos los signos de hipertiroidismo, se piden exámenes auxiliares confirmatorios.

La paciente recibió tratamiento farmacológico. De primera línea se considera el Metimazol, una tionamida, Como segunda línea se considera al propilouracilo, especialmente usado en gestantes durante el primer trimestre. Otras alternativas de tratamiento sería el radioyodo o la cirugía, usados en caso el paciente ha estado aprox un año en tratamiento continuo y no a logrado llegar al eutiroidismo, así como también es pacientes con riesgo de presentar una tormenta tiroidea. (13)

### **Caso clínico n.º 3**

La tuberculosis es una enfermedad originada por la infección del *Mycobacterium tuberculosis* que se origina cuando este patógeno ingresa a huéspedes que por lo general están inmunosuprimidos. Esta patología puede tener como diana a cualquier órgano del cuerpo, pero tiene predisposición por el parénquima pulmonar. Los síntomas más característicos son la baja de peso y la anorexia que va a presentar la paciente y se agregaran otros síntomas según la localización del órgano afectado (14).

Vemos que, en este caso, la paciente estaba de cierta forma inmunosuprimida debido a la cantidad de cigarrillos que consumía diariamente la predisponía a este tipo de enfermedad, se pudo observar también en ella, síntomas como la anorexia, la baja de peso, junto con otros síntomas propios de afectación de los ganglios como las adenopatías con secreción purulenta. Se ve también que en la radiografía que se le hace al inicio de sus exámenes se puede observar un nódulo compatible con una primoinfección de la tuberculosis a nivel del ápice del parénquima pulmonar del lado derecho, lo que nos hace pensar que posteriormente el patógeno viajó por el sistema linfático llegando al cuello e instalándose en esa región.

El tratamiento de la tuberculosis pulmonar en pacientes sin infección de VIH/ SIDA con TB pulmonar o extrapulmonar excepto en casos de compromiso miliar, del sistema nervioso central y osteomuscular; es de 6 meses con 2 meses de

tratamiento con Isonacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol de manera diaria y los 4 meses siguientes con isionacida y rifampicina interdiaria. En el caso la paciente recibe el tratamiento completo sin ninguna interurrencia de importancia o una RAFA que impida la administración del primer esquema contra la TB sensible, ya que se le evaluó tanto al pasar de la primera fase a la segunda fase y posteriormente cuando termina su tratamiento, asegurando así que su tratamiento sea exitoso y su evolución favorable y compatible con su mejoría clínica (14).

#### **Caso clínico n.º 4**

La diabetes *mellitus* es un trastorno del metabolismo crónico, en donde se evidencia el déficit de insulina que puede ser parcial o total, lo que condiciona un estado crónico de hiperglicemia en el paciente dañado causante de trastornos microvasculares en órganos como la retina, el riñón, al sistema nerviosos periférico y el daño de los mismos vasos que condiciona a una aterosclerosis temprana y con evolución rápida. Es una de las patologías más frecuentes, ya que está presente en el 5 a 7 % de la población mundial y de estos la mitad aún no han sido diagnosticados (15).

Según la OMS define al pie diabético como una infección ulcerativa que causa un daño irreparable en los tejidos profundos de las extremidades inferiores que se acompaña con trastornos neurológicos y trastornos de los vasculares periféricos. Esta patología incluye la neuropatía sensitiva y motora porque el paciente pierde la sensibilidad y no siente dolor ante la lesión ocasionada, angiopatía porque disminuye la irrigación por lo que no puede haber una reparación adecuada de la lesión y empieza a gangrenarse, edema y la inmunosupresión (16).

Como vemos, en el caso de este paciente, presenta un pie diabético que no ha penetrado profundamente los tejidos, al contrario, es superficial por lo que el tratamiento es ambulatorio y se manejó con la primera línea que es la amoxicilina de 500 mg cada 12 horas por 2 semanas junto con desbridamientos diarios para limitar la lesión y evitar la infección de la misma.

### **III.2. Rotación en Cirugía**

#### **Caso clínico n.º 1**

La colecistitis crónica es una inflamación aguda de la vesícula biliar causada en el 90 % de los casos por la obstrucción del conducto cístico por cálculos. Una vesícula biliar obstruida se dilata y sus paredes se inflaman químicamente, manifestándose con edema y engrosamiento. Los factores que determinan la progresión de la enfermedad son el grado y duración de la obstrucción (17).

El paciente presentó cólicos biliares a repetición, esto ocurre cuando la obstrucción es parcial, y suele tener una corta duración. Ya presentaba un diagnóstico ecográfico de colelitiasis, a lo que con el tiempo se le aumenta sintomatología de colecistitis, que indica que hay un proceso asociado a irritación de la mucosa, activación de la respuesta inflamatoria aguda y reducción del flujo vascular de la pared debido a la distensión.

La colecistectomía es el tratamiento de elección y se debe realizarse de forma temprana, se dice que entre los 7 días desde la aparición de los síntomas. Se ha demostrado que la colecistectomía temprana elimina las enfermedades recurrentes relacionadas con cálculos biliares y sus complicaciones, que suelen ocurrir en un tercio a la mitad de los pacientes (18).

Si no se trata, se puede presentar alguna complicación como la colecistitis gangrenosa, que es la más frecuente hasta en un 20% de los casos, especialmente en pacientes de edad avanzada, diabéticos o que retrasan el tratamiento. Seguido de la perforación de la vesícula biliar, ocurre en aproximadamente el 10% de los casos, generalmente ocurre en pacientes con diagnóstico tardío o que no han respondido al tratamiento inicial. Y finalmente el ileo biliar, que es el paso de un cálculo biliar, por lo general >2,5 cm, a través de una fístula cistoentérica que puede causar una obstrucción intestinal mecánica, localizado por lo general a unos 60 cm proximal a la válvula ileocecal (19).

## **Caso clínico n.º 2**

La fisura anal es uno de los motivos frecuentes de consulta por el servicio de cirugía, es una lesión dolorosa en la región anal, se manifiesta como una ulcera lineal que se extiende desde la línea pectínea hasta el margen o borde anal. Su localización más frecuente es en el rafe o línea media posterior (90 %), como factor de riesgo más importante es el estreñimiento crónico. En el cuadro clínico, cursa con un cuadro agudo de dolor rectal asociado a la defecación y sangrado, en la fase crónica ya reduce la calidad de vida del paciente se manifiesta con una ulcera lineal con bordes elevado, suele aparecer una papila hipertrófica (20).

El paciente tenía una fístula, la cual requería un tratamiento quirúrgico para así evitar infecciones o complicaciones. Esta técnica permite la cicatrización del trayecto, mediante la liberación de la piel alrededor del ano y ensancha el canal anal, eliminando la necesidad de una esfinterotomía. Esta técnica quirúrgica elimina la incontinencia con una tasa de curación del 98,2 %. Al paciente se le pudo indicar inicialmente tratamiento farmacológico y/ o medidas higiénico-dietéticas de apoyo, como baños de asiento, fibra, ablandadores de heces, analgésicos tópicos, evitar el estreñimiento y cuidados de salud como evitar el consumo de cigarro, realizar ejercicio físico, correcto descanso, etc. (20).

### **Caso clínico n.º 3**

La apendicitis es la causa más frecuente dentro de las patologías quirúrgica de abdomen agudo y afecta con más frecuencia a pacientes adultos que a niños y ancianos; cabe mencionar que en los extremos de la vida es donde es más difícil su diagnóstico. Se estima que aproximadamente el 7 % de la población general se ve afectada con esta enfermedad. Se le puede atribuir algunos factores de riesgos como las dietas ricas en carbohidratos y proteínas sobre todo carnes rojas, el estreñimiento crónico. El la fisiopatología de esta enfermedad tiene 4 tipos de fases que mencionaremos a continuación:

- Fase Congestiva: Aquí la característica principal es que debido al incremento de la presión intraluminal ocasiona una obstrucción tanto venosa como linfática lo que produce como consecuencia un edema del apéndice.
- Fase Supurativa: En esta fase se la mucosa del apéndice se empieza a lesionar causando un exudado mucopurulento y ayudando a la proliferación bacteriana de bacterias de la flora intestinal como la *E.coli*.
- Fase Gangrenosa: Debido al aumento de volumen del apéndice por la secreción purulenta y el edema, se produce la obstrucción de la circulación arterial por lo que empieza la necrosis del apéndice y con ello la proliferación de bacterias anaerobias como bacteroides fragilis.
- Fase Perforada: En esta el apéndice se perfora y el contenido tanto fecaloide como el purulento puede ocasionar una peritonitis si llega en contacto con la cavidad peritoneal o de otro modo forma una masa que puede ser un plastrón si es que el epiplón a tapado la perforación o un absceso.

La apendicitis se puede evaluar según la clínica, con exámenes auxiliares tanto de laboratorio como de imagen. En esta patología podemos encontrar síntomas como el dolor que se inicia en epigastrio y migra hacia fosa iliaca derecha que se conoce como el signo de Mc Burney; que se acompaña de anorexia, vómitos y náuseas, fiebre, leucocitosis, desviación izquierda y en la ecografía o tomografía se aprecia al apéndice con aumento de volumen por el edema o la secreción purulenta. El tratamiento en esta patología es la extracción quirúrgica del apéndice (21).

En nuestro paciente tenemos que presentar dolor que es uno de los síntomas más comunes en la apendicitis, junto con la fiebre al comienzo. Conforme van avanzando las horas se ve que el paciente empieza a tener más síntomas que se van orientando más a esta patología como el Mc Burney (+) muy frecuente en la apendicitis. Se le toma también exámenes de laboratorio como un hemograma donde se evidencia los leucocitos elevados en 12 170 con tendencia a la desviación a la izquierda con bastonados de 4 % en el límite superior. En sus exámenes de imagen se le realiza al principio una ecografía donde se evidencia inflamación y aumento del diámetro transversal del apéndice midiendo 10 mm, por lo que se decide la operación y se le realiza una apendicectomía laparoscópica.

#### **Caso clínico n.º 4**

La colecistitis aguda se define como la inflamación de la pared vesicular, es una patología frecuente dentro de las causas de abdomen agudo quirúrgico en especial en pacientes adultos y con antecedentes de litiasis biliar que son aproximadamente el 90 % del total de casos. Suele presentarse con síntomas como dolor abdominal en hipocondrio derecho, fiebre y suele tener el signo de Murphy o arresto inspiratorio (+). Para el diagnóstico de esta patología se utilizan los criterios de Tokyo de 2018 los cuales nos indican que tenemos que tener: signos locales de inflamación como el signo de Murphy, dolor, masa o sensibilidad en el hipocondrio derecho; signos sistémicos de inflamación como fiebre, elevación del PCR y/o leucocitosis; por último hallazgos de imagen que nos indiquen una colecistitis aguda como engrosamiento de la pared vesicular >4mm, aumento del diámetro vesicular > 8mm y/o hallazgos de litiasis biliar. El diagnóstico presuntivo se hace cuando tenemos

uno de los signos locales y uno de los signos sistémicos. Sin embargo, el definitivo se hace cuando hay uno de los signos locales, uno de los signos sistémicos y hallazgos de imagen (22).

En el caso de la paciente, vemos que al principio solo presentaba el dolor, pero posteriormente se le agrega un signo de Murphy (+), además de presencia de hidrops vesicular y presencia de múltiples litiasis en el interior de la vesícula de más de 5 mm; cumpliendo así con los 3 criterios para confirmar el diagnóstico de colecistitis aguda calculosa.

Se maneja según los criterios de severidad de Tokyo que son 3 grados:

- Grado I: Leve o sin criterios de II o III.
- Grado II: Si tiene uno de las siguientes como leucocitosis de más de 18 000, una masa palpable y dolorosa en hipocondrio derecho, colecistitis de duración mayor a 72 horas, alguna complicación como necrosis, pericolecisto absceso, etc.
- Grado III: Si hay alguna falla de uno de estos sistemas como cardiovascular, neurológico, respiratorio, renal, hepática, hematológica.

Si es de grado I, ya que sus leucocitos están en 17 090, una duración del cuadro de +/- 8 horas y no cumple con los otros criterios antes mencionados. Por consiguiente, se hace un tratamiento con hidratación, analgesia, antibióticos y una colecistectomía laparoscópica antes de las 72 horas como en el caso de la paciente para evitar las complicaciones (22).

### **III.3. Rotación en Pediatría**

#### **Caso clínico N° 1**

Se define síndrome bronquial obstructivo (SBO) a una serie de trastornos respiratorios infantiles que comparten una sintomatología de obstrucción bronquial caracterizada por la presencia de espiración prolongada y sibilancias. Algunas series describen que hasta un 50% de los lactantes antes de los 3 años presentarán uno o más cuadros de sibilancias en algún momento de su desarrollo. Las causas de SBO se pueden dividir en tres grandes grupos: SBO asociada con infección (viral,

la causa más común), asma del lactante y SBO secundaria a otros trastornos o anomalías. (23)

El paciente del caso clínico expuesto inicia con un cuadro catarral que evoluciona a tos seca y dificultad respiratoria, madre refería que presentaba sibilancias por lo cual decide actuar administrándole una agonista beta adrenérgico de acción corta, paciente sin mejoría al tratamiento de rescate se agrava con agitación, es este caso de actuó de manera coherente decidiendo hospitalizar, ya que toda lactante se debe manejar y observar. En el plan se tomó importancia a la hidratación de la paciente, así como administrar un tratamiento rescate y mantenimiento para la obstrucción bronquial con broncodilatadores y corticoides, así como medicas de apoyo por ejemplo la inclinación de la cabecera. Algunas medidas preventivas que se debió tener en cuenta y aconsejar, al alta de la paciente, es mantener un adecuado medio ambiente, esto incluye evitar la exposición a ciertos aeroalérgenos (mascotas, peluches o alfombras), también, evitar el humo del tabaco. Asimismo, importante promover una adecuada lactancia materna ya que es considerado un factor protector durante la edad pediátrica.

Además, es de suma importancia que los pacientes con síndrome obstructivo bronquial, especialmente los que tiene cuadros recurrentes, tengan todas las inmunizaciones consignadas en el calendario nacional al día. Esto es un gran factor protector y se debe cumplir, a no ser que la enfermedad causante del cuadro contraindique la aplicación de alguna vacuna. Y finalmente en caso la paciente presentara recurrencia o persistencia de sibilantes o en general en caso sugestivos a asma, ya se podría plantear una terapia de mantenimiento con la administración de corticoides inhalados a dosis bajas por un tiempo de 3 meses. Después de este periodo, se debe volver a evaluar al paciente y su respuesta al tratamiento.

## **Caso clínico n.º 2**

Las infecciones respiratorias son la causa más común de enfermedad en los niños. La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una neumonía adquirida fuera del hospital en pacientes previamente sanos, que no han sido hospitalizados en la última semana o más de 48 horas después del alta, que es acompañado o no de menos de 15 días de manifestación evolutiva. (24)

La NAC presenta una clínica muy variada, además de que a nivel laboratorial es menos específicos que en la edad adulta. La presentación clínica varía según el grupo etario, el patógeno y la extensión y/o localización de la enfermedad. Los

síntomas en los niños pequeños comúnmente incluyen rechazo a la lactancia o alimentación, fiebre, taquipnea y retracciones intercostales, a diferencia de los niños mayores de dos años pueden experimentar síntomas más específicos, como tos expectativa, escalofríos, mal estado general, etc. (25)

El derrame pleural es una enfermedad frecuente en la infancia, especialmente cuando es producto de infecciones pulmonares adyacentes, Los derrames pleurales asociados con neumonía bacteriana, absceso pulmonar o bronquiectasias se denominan derrames paraneumónicos. Estos se pueden clasificar en dos tipos: complicados y no complicados. Los no complicados son la acumulación de líquido en el espacio pleural que se absorbe rápidamente tras el inicio de la antibioticoterapia. En casos complicados, el líquido que se acumula en el espacio pleural tiende a acumularse, lo que requiere un drenaje pleural para eliminar la infección. (26)

El paciente pediátrico presentaba en la radiografía un derrame pleural de 500cc con borramiento del ángulo costofrénico, por lo cual se le indicó antibioticoterapia por 14 días cubriendo con ceftriaxona y vancomicina, oxigenoterapia y colocación de tubo de drenaje por el servicio de tórax y cardiovascular, con un seguimiento ecográfico. El cultivo de líquido pleural sale negativo. Con una evolución favorable, paciente fue dado de alta con tratamiento ambulatorio y seguimiento tomográfico.

### **Caso clínico n.º 3**

La neumonía es una enfermedad por lo general de origen infeccioso del parénquima del pulmón que ocasiona tanto síntomas respiratorios localizados como síntomas sistémicos. La radiografía de tórax de un paciente con neumonía suele apreciarse patrones alveolares o infiltrados intersticiales depende del patógeno que ha invadido el parénquima. La neumonía puede ser adquirida en la comunidad que suele hacer referencia a pacientes pediátricos que no han estado hospitalizados una semana previa al inicio de los síntomas o que los síntomas comiencen después de 48 horas de haber estado hospitalizados. Suele presentarse con síntomas respiratorios altos y bajos como crépitos a la auscultación, rímorrea, frémito nasal, estornudos, estridor, sibilancias, dificultad respiratoria y tirajes subcostales; fiebre, con un aumento de la frecuencia respiratoria, disminución de la saturación de oxígeno.

El tratamiento de esta patología tiene como base la antibioticoterapia, junto con la hidratación, nutrición, administración de oxígeno si lo requiere y sintomáticos para

la fiebre y el dolor (24).

En el caso del paciente, vemos que presenta una clínica florida de la neumonía, ya que tiene tos productiva, rinorrea cristalina, malestar general y fiebre. Luego se le agrega la agitación que se evidencia en el examen clínico como la taquipnea tan característica en esta patología, además de la taquicardia atribuida al alza de temperatura, los crépitos y la disminución de murmullo vesicular. Además, se le encuentre una leucocitosis con desviación izquierda y un PCR patológica.

Se le manejó con fluidoterapia, ceftriaxona por 4 días y posteriormente continua con tratamiento ambulatorio hasta completar los 7 días, para la fiebre se le indica metamizol condicional a temperatura mayor de 38°C y oxígeno suplementario si saturación bajaba menor a 92 %.

#### **Caso clínico n.º 4**

La deshidratación se define como la pérdida de líquidos necesario para la correcta función de un organismo. En pacientes pediátricos es una de las causas más comunes de urgencia y emergencia en pacientes pediátricos; comúnmente causada por otra patología de base como la diarrea o el síndrome emético, es por ello que al mismo tiempo que tratamos la deshidratación, también debemos de tratar la causa de fondo que originó la misma. La importancia de trata esta enfermedad a tiempo es poder evitar complicaciones mortales de la misma como shock hipovolémico, trastorno del sensorio, falla renal o hasta la muerte. En paciente con deshidratación se debe observar los siguientes signos que nos van a indicar la gravedad del cuadro en el que se encuentre:

- Estado mental: puede ser buena o alerta en paciente no deshidratados, inquieto o irritable y letárgico o inconsciente en pacientes con deshidratación.
- Ojos: Pueden estar hundidos en un paciente deshidratado.
- Sed: Normal en paciente no deshidratados, sediento o bebe muy poco en pacientes con deshidratación.
- Turgencia de la piel: rápida en paciente no deshidratados, y retracción lenta del pliegue (mayor de 2 segundos) en pacientes deshidratados.

Si tiene menos de dos signos de deshidratación se considera como sin signos de deshidratación. Si tiene 2 o más signos se considera con deshidratación y mientras más acentuados sean los signos la deshidratación será más grave. (27)

En el caso del paciente se encuentra ante una deshidratación moderada debido a que sus mucosas estaban semisecas, ojos levemente hundidos y al momento del ingreso presenta sensorio disminuido, ya que esta con tendencia al sueño y posteriormente tiene pérdida de consciencia. Por ello lo deciden hospitalizarlo para administrarle el tratamiento que es 50-100 cc/kg/hora por 3 a 4 horas y luego reevaluarlo y luego reevaluación y si sigue con deshidratación continuar por 2 horas más. Además, se le administra ondansetrón para el síndrome emético y sintomáticos condicional a presencia de alza térmica como metamizol. Cuando la paciente mejoro se le realizó reposición volumen a volumen y posteriormente se pudo ir a casa.

## CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico comenzó con un mes de atraso para los que lo iban a realizarlo en hospitales del Minsa. Los internos asistían a los hospitales todos los días de 7:00 a. m. a 5:00 p. m. con excepción de los domingos en que la salida era a la 1:00 p. m. si se terminaban las tareas pendientes. También se realizaban guardias de 12 horas una vez por semana.

La primera rotación realizada fue la de pediatría, por lo que se pudo hacer un internado comparable al de años anteriores por ese motivo se observaron más casos, más procedimientos y aprender más sobre la atención y el manejo de los pacientes. Además, que gran parte de los residentes de años superiores tenían una predisposición a enseñarte en todo momento.

Algunas dificultades que se presentó en los casos de los internos en hospitales del Minsa fue que solo se pudo realizar 5 meses de internado en el hospital, mientras que otros compañeros como los del Hospital Militar pudieron realizar su internado a tiempo y lo llevaron los 10 meses que duró en el hospital. Por lo que los otros 5 meses cumplían su internado en la posta que si bien es cierto nos prepara para la atención en el Serums, no se puede observar la cantidad de casos que habría en el hospital.

Otra dificultad fue como los residentes de primer año eran nuevos y algunos con un internado virtual, no tenían lo suficiente experiencia para enseñarnos lo necesario por lo que tuvimos que aprender por nuestra cuenta y en otras ocasiones no nos dejaban realizar procedimientos como atención del parto, ya que ellos querían realizarlo.

## CONCLUSIONES

El internado médico es una vivencia que nos brinda experiencia primordial para la práctica de nuestra carrera, ya que nos ofrece la oportunidad de aplicar en la práctica todo lo aprendido en la teoría con supervisión de los doctores que tienen más experiencia que nosotros y permitiéndonos también aprender de ellos para poder realizar satisfactoriamente las prácticas preprofesionales para posteriormente culminar la carrera.

En esta etapa, el interno interactúa con todo tipo de pacientes lo que nos permite aprender de cada caso y cómo fue manejado por los asistentes con la manera asertiva frente a una situación incómoda o conflictiva. El hecho de poder conocer la metodología de los hospitales y acostumbrarnos a ellas es una ventaja al momento de ingresar a trabajar como médicos profesionales. Otro beneficio es el tener que trabajar en equipo con los médicos, personal sanitario y administrativo, lo que nos prepara para aprender cooperar con la finalidad de dar una atención que beneficie al paciente.

Toda esta experiencia nos ha enseñado que debemos ver al paciente holísticamente y tratar de solucionar tanto patologías físicas como psicológicas o psiquiátricas que pueden ser el origen de sus problemas físicos. Debemos también siempre tratar de brindar la mejor opción terapéutica y preventiva al paciente de acuerdo a sus necesidades y a su nivel adquisitivo para alcanzar la recuperación completa de su salud y aliviar todas sus molestias.

La pandemia del COVID-19 hizo que algunas de las clases de la carrera que eran netamente prácticas tengan que ser virtual y gracias al internado se pudo recuperar y ejercer algunas prácticas necesarias para el Serums, por lo que es sumamente importante esta etapa de la carrera para poder ejercerla con destreza.

## RECOMENDACIONES

Como recomendaciones, especialmente a los futuros internos, aprovechar todas las oportunidades que se nos presenten para poner en práctica todo lo teórico, tener iniciativa para realizar procedimientos, ayudar a hacer la recetas e indicaciones médicas, realizar ordenes de salas, ayudar al personal de enfermería ya que algunas veces serán nuestros aliados.

Nunca perder la empatía ante el paciente y sus familiares, tratarlos como si fueran nuestros padres o nuestros familiares. Sabemos que a veces el tiempo, el cansancio, el estrés y algunos otros factores juegan en contra, pero recordar que una sonrisa, un buen día, buenas noches, un saludo reconfortan. Somos nosotros, los internos, a las primeras personas que nos ven cuando vamos a evolucionarlos a primera hora, tratar de tener una buena relación médico paciente, ellos nos confiarán sus antecedentes, sus molestias, nos confiarán aspectos de su vida que, aunque no lo crean nos ayudarán a llegar al diagnóstico.

Otra recomendación, es que tengan un *hobbie* o un pasatiempo muy aparte del internado, este suele ser muy “pesado” o “estresante” por lo cual no es bueno llevar ese ánimo a casa. Siempre es bueno tener un pasatiempo que nos ayude a despejar la mente, claramente, con una previa organización de horarios y no descuidando el estudio.

Como comentario y recomendación para los hospitales y centros de salud, sería prudente crear un ambiente para los internos, ya sea un salón o una biblioteca donde puedan descansar y estudiar.

Y finalmente, se recomienda al gobierno que la remuneración del interno se mantenga para todos, durante el internado 2023 algunos de nuestros compañeros fueron no remunerados, ellos se costeaban sus propios pasajes, EPPS, materiales de estudio, alimentación, etc. El salario mensual para el interno es de gran apoyo e incentivo, después de todo pertenecemos al equipo médico del hospital.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Fashokun TB, G Rogers R. Pelvic organ prolapse in women: Diagnostic evaluation [Internet]. www.uptodate.com. Tola B Fashokun, MD, FACOG Rebecca G Rogers, MD; 2023 [cited 2023 Mar 29]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/pelvic-organ-prolapse-in-women-diagnostic-evaluation?search=prolapsed%20uterus&source=search\\_result&selectedTitle=2~58&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/pelvic-organ-prolapse-in-women-diagnostic-evaluation?search=prolapsed%20uterus&source=search_result&selectedTitle=2~58&usage_type=default&display_rank=2)
2. Stewart EA, Laughlin-Tommaso SK. Uterine fibroids (leiomyomas): Epidemiology, clinical features, diagnosis, and natural history [Internet]. www.uptodate.com. 2023 [cited 2023 Mar 30]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-epidemiology-clinical-features-diagnosis-and-natural-history?search=leiomioma&topicRef=5478&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-epidemiology-clinical-features-diagnosis-and-natural-history?search=leiomioma&topicRef=5478&source=see_link)
3. Guevara Rios E, Sanchez Gongora A, Luna Figueroa AM, Ayala Peralta FD, Mascaro Sanchez PA, Carranza Asmat CA, et al. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal; 2018 Sep.
4. Valenzuela M Pilar, Becker V Jorge, Carvajal C Jorge. Pautas de manejo clínico de embarazos gemelares. El reverendo chil. obstet. Ginecol. [Internet]. 2009 [citado 2023 marzo 31] ; 74K 1 ): 52-68. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262009000100010&lng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000100010&lng=en). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000100010>.
5. Rencoret G. Embarazo gemelar [Internet]. 6th ed. Vol. 25, Revista Médica Clínica Las Condes. Unidad de Medicina Materno Fetal. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Clínica Las Condes; 2014. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista->

medica-clinica-las-condes-202-articulo-embarazo-gemelar-  
S0716864014706455

6. Heras-Herraiz CI. Premature rupture of membranes of the second identical twin preterm births [Internet]. 3rd ed. Vol. 10. Madrid: Servicio de Partorio. Hospital Clínico San Carlos; 2009 [cited 2023 Mar 30]. Available from: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol10n3pag25-27.pdf>
  
7. Vargas Pérez A. El Embarazo en la Adolescencia Consideraciones para la prevención del Embarazo Adolescente. Rev.Cs.Farm. y Bioq [Internet]. 2013 Oct [citado 2023 Mar 31] ; 1( 1 ): 141-148. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2310-02652013000100016&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2310-02652013000100016&lng=es).
  
8. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, editor. Boletín epidemiológico del Perú. Ministerio de salud del Perú [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 30]; Available from: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/52.pdf>
  
9. Ministerio De Salud. Norma técnica para la atención del parto [Internet]. www.minsalud.gov.co. Colombia: dirección general de promoción y prevención; 2019 [cited 2023]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/V/S/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf>
  
10. Berzaín Rodríguez Mary Carmen, Camacho Terceros Luis Alberto. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Rev Cient Cienc Méd [Internet]. 2014 [citado 2023 Mar 31] ; 17( 2 ): 53-57. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-74332014000200011&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332014000200011&lng=es).

11. Lozano JA. La úlcera péptica y su tratamiento (I). Etiología, clínica, diagnóstico y medidas higienicodietéticas. *Offarm* [Internet]. 2000 Mar 1;19(3):110–7. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-ulcera-peptica-su-tratamiento-15468>
12. Cieza Diaz Deysy, Centeno Clemente Carmen, Pinto Valdivia Miguel. Características clínicas, perfil hormonal y marcadores de autoinmunidad de pacientes con enfermedad de Graves. *Rev Med Hered* [Internet]. 2008 Oct [citado 2023 Mar 31]; 19( 4 ): 152-157. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2008000400004&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2008000400004&lng=es).
13. Corrales-Hernández Juan José, Sánchez-Marcos Ana Isabel, Recio-Córdova José María, Iglesias-López Rosa Ana, Mories-Alvárez María Teresa. Tratamiento médico del hipertiroidismo. *Rev. ORL* [Internet]. 2020 Sep [citado 2023 Mar 31]; 11( 3 ): 273-281. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2444-79862020000300005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-79862020000300005&lng=es). Epub 11-Ene-2021. <https://dx.doi.org/10.14201/orl.20957>.
14. Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis -- Lima: Ministerio de Salud; 2006. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/342511/Norma\\_t%C3%A9cnica\\_de\\_salud\\_para\\_el\\_control\\_de\\_la\\_tuberculosis20190716-19467-rmxgh7.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/342511/Norma_t%C3%A9cnica_de_salud_para_el_control_de_la_tuberculosis20190716-19467-rmxgh7.pdf)
15. Zaballos Diego D, Garrido Calvo A, Cía Blasco P, Esteve Lafuente E, Pinós Laborda PJ. manifestaciones cutáneas de la diabetes. *Medicina Integral* [Internet]. 2001 Jun 1 [cited 2023 Mar 30];38(1):36–

42. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-manifestaciones-cutaneas-diabetes-13015296>
16. Rincón Yorgi, Gil Víctor, Pacheco Julio, Benítez Isabel, Sánchez Miguel. Evaluación y tratamiento del pie diabético. Rev. Venez. Endocrinol. Metab. [Internet]. 2012 Oct [citado 2023 Mar 31]; 10(3): 176-187. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-31102012000300008&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000300008&lng=es).
17. Pérez Huitrón María Ameyali, Ocaña Monroy Jorge Luis. Colecistitis crónica litiásica agudizada: una consulta frecuente en la guardia médica. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2018 Ago [citado 2023 Mar 31]; 61(4): 35-37. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422018000400035&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000400035&lng=es).
18. M VollmeR C, F Zakko S, H Afdhal N. Tratamiento de la colecistitis calculosa aguda [Internet]. www.uptodate.com. 2022 [cited 2023 Mar 30]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=colecistitis%20cronica&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H5](https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=colecistitis%20cronica&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=2#H5)
19. F Zakko S, H Afdhal N. Colecistitis calculosa aguda: características clínicas y diagnóstico [Internet]. www.uptodate.com. 2022 [cited 2023 Mar 31]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis%20cronica&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H205071386](https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis%20cronica&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=1#H205071386)
20. Arroyo A, Montes E, Calderón T, Blesa I, Elía M, Salgado G, et al. Tratamiento de la fisura anal: algoritmo de actuación. Documento de

consenso de la Asociación Española de Coloproctología y la Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía Española. 2018 May;96(5):260–7. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-tratamiento-fisura-anal-algoritmo-actuacion--S0009739X18300629>

21. Wong Pujada P, Morón Antonio P, Espino Vega C, Arévalo Torres J, Villaseca Carrasco R. Apendicitis Aguda [Internet]. Unmsm.edu.pe. 2021 [cited 2023 Mar 30]. Available from: [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo\\_i/Cap\\_11\\_Apendicitis%20aguda.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_11_Apendicitis%20aguda.htm)
22. Gargallo Puyuelo, C, Javier Aranguren F, Simón Marco MÁ. Colecistitis aguda [Internet]. www.elsevier.es. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario Iozano blesa. Zaragoza. España.; 2011. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-continuada-8-pdf-S1578155011700110>
23. Delgado Fernández María del Rosario. Síndrome Obstrutivo Bronquial en el niño menor de 2 años. Área de Salud Integral José Félix Rivas. Estado Cojedes, Venezuela. 2007-2008. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2012 Ago [citado 2023 Mar 31]; 34( 4 ): 427-438. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242012000400003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242012000400003&lng=es).
24. Visbal Spirko Lila, Galindo López Jaime, Orozco Cepeda Karla, Vargas Rumilla María Isabel. Neumonía adquirida en la comunidad en pediatría. Salud, Barranquilla [Internet]. 2007 Oct [citado 2023 marzo 31] ; 23K 2 ): 231-242. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522007000200010&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522007000200010&lng=en).

25. Karla Moëne B. Neumonías adquiridas en la comunidad en niños: diagnóstico por imágenes. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2013 Jan [cited 2023];24(1):27–35. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013701263>
26. Luna Valdez Carlos Max. Derrame pleural paraneumónico en niños. *Rev. bol. ped.* [Internet]. 2004 Jun [citado 2023 Mar 31] ; 43( 2 ): 95-98. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-06752004000200009&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752004000200009&lng=es).
27. CARRANZA CARLOS A., GÓMEZ B JULIANA, WILCHES LAURA. REHIDRATACIÓN EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO. *rev.fac.med* [Internet]. 2016 Julio [citado 2023 marzo 31] ; 24K 2 ): 33-46. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-52562016000200004&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562016000200004&lng=en). <https://doi.org/10.18359/rmed.2639>.