



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA Y EN EL
CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL MAGDALENA
2022-2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR**

DAISY CRISTINA POLAR GÓMEZ

**ASESOR
CECILIA FERNANDEZ REINOSO**

**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
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA Y EN EL CENTRO DE SALUD
MATERNO INFANTIL MAGDALENA 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

DAISY CRISTINA POLAR GÓMEZ

ASESOR

DRA. CECILIA FERNANDEZ REINOSO

LIMA - PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

2023

DEDICATORIA

En primer lugar, quiero dar gracias a Dios por guiarme en este largo camino, a mis padres por su gran sacrificio y apoyo a lo largo de estos 7 años de carrera, a mis hermanos por motivarme y acompañarme en cada logro, a mi abuelito Aganesto quien desde el cielo me guía en cada paso que doy y a mi casa de estudio por guiarme hasta alcanzar el éxito profesional.

ÍNDICE

PORTADA	1
JURADO.....	2
ÍNDICE	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	9
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	24
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	26
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	344
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES.....	36
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	37

RESUMEN

El internado médico es una de las etapas más importantes para un estudiante de medicina humana a lo largo de sus 7 años de educación profesional. El presente trabajo se expondrá en cuatro capítulos, el primero narrará la importancia del internado en mi formación como médico, las habilidades que se logre alcanzar, así como también comentaré dos casos clínicos por cada rotación realizada (Gineco-obstetricia, Medicina interna, Cirugía y Pediatría); en el capítulo dos se mencionará el contexto en el que se desarrolló cada una de las experiencias exponiendo las características del establecimiento de salud en donde realicé mi internado; en el tercer capítulo relataré las actividades realizadas es decir el desarrollo de mis habilidades frente a cada caso presentado y finalmente en el capítulo cuatro una reflexión de toda mi experiencia, de tal manera que se pueda apreciar las habilidades adquiridas frente a distintas situaciones gracias a mi internado médico.

ABSTRACT

The medical intern is one of the most important stages for a human medicine student throughout his 7 years of professional education. The present work will be presented in four chapters, the first will narrate the importance of the intern in my training as a doctor, the skills that will be achieved, as well as I will comment on two clinical cases for each rotation performed (Gynecology- obstetrics, Internal Medicine, Surgery and Pediatrics); In chapter two, the context in which each of the experiences will take place will be mentioned, exposing the characteristics of the health establishment where I did my internship; In the third chapter, I will describe the activities carried out, that is, the development of my skills in each case presented, and finally, in chapter four, a reflection of all my experience, in such a way that the skills acquired in different situations can be appreciated thanks to my Internal medic.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISP
O LOAYZA Y EN EL CENTRO DE SALUD
MA**

AUTOR

DAISY CRISTINA POLAR GÓMEZ

RECUENTO DE PALABRAS

8930 Words

RECUENTO DE CARACTERES

50228 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

39 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

85.4KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 14, 2023 7:33 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 14, 2023 7:34 PM GMT-5

● **15% de similitud general**

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

- 15% Base de datos de Internet
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



ASESORA: FERNANDEZ REINOSO, ANA CECILIA
DNI: 40907282
CÓDIGO ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3189-5719>

INTRODUCCIÓN

El internado médico es una etapa fundamental en el proceso de formación de manera integral de los futuros médicos ya que nos permite llevar a la práctica todos los conocimientos que se han adquirido durante los seis años de formación y de esta manera prepararnos para empezar a contribuir de la mejor manera al bienestar y a la salud de la población en el primer nivel de atención. Es clínica y se lleva a cabo en el último año de la carrera como estudiante de medicina humana, tiene como objetivo principal consolidar nuestras competencias médicas centrado en nuestro paciente (1). Cada rotación nos permite abordar integralmente a cada uno de los pacientes, reconocer y priorizar los problemas de salud que presentan, definir un plan de trabajo diagnóstico y/o terapéutico, integrarnos al equipo multidisciplinario de salud y mantener un trato de respeto y empatía con los pacientes y su familia. Son cuatro rotaciones que se realizan en distintas áreas de la medicina las cuales son: Ginecología y obstetricia, Medicina interna, Cirugía y Pediatría.

Debido al contexto nacional por el cual atravesamos desde el año 2020 a causa de la pandemia del COVID-19, todas las carreras del área de la salud y por supuesto el internado médico se vio afectado, teniendo que suspenderse las prácticas clínicas desde el 15 de marzo del 2020. El día 14 de agosto se publicó la resolución ministerial N° 622-2020 del Ministerio de Salud (MINSU) el cual aprobó el Documento técnico “Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del Decreto de Urgencia N° 090-2020” (2). Al día de hoy y debido a la coyuntura mencionada, el internado médico se dividió en dos etapas con diez meses de duración: cinco meses en un hospital y cinco meses en centros de salud.

Realicé mi internado médico en dos establecimientos de salud: cinco meses en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza y cinco meses en el Centro de Salud Materno Infantil Magdalena durante los meses de junio del 2022 hasta marzo del 2023, este trabajo pone en manifiesto las experiencias vividas a lo largo de estos diez meses, así como también el aprendizaje y habilidades adquiridas gracias a cada enseñanza que me llevo de cada paciente y su patología.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

A continuación se expondrán ocho casos clínicos que formaron parte de mi experiencia vivida durante el internado y que me permitió profundizar y afianzar conocimientos teóricos previamente aprendidos, además todo lo aprendido me brindó la capacidad de hacer frente a los diversos problemas por cuenta propia; los casos clínicos presentados pertenecen a los cuatro servicios por los que roté, que son Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía y Pediatría en el Centro de Salud Materno Infantil Magdalena. Desarrollaré dos casos clínicos por cada rotación, es decir un caso vivido en el hospital y uno en el centro de salud.

I.1 ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

Esta rotación fue de gran importancia, dado que es crucial la salud de la gestante y del feto en camino, es primordial cumplir con los controles ya que permitirán culminar una gestación en adecuadas circunstancias, asimismo es importante reconocer factores de riesgo que puedan repercutir en la gestante y el feto en un futuro. En el caso de mi rotación en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, se dividió en dos meses y medio de rotación en el servicio de Ginecología y dos meses y medio en el de Obstetricia. Por otro lado, en el Centro de Salud Materno Infantil Magdalena roté por las áreas como planificación familiar, control prenatal, centro obstétrico y emergencias obstétricas.

Caso clínico N°1

Paciente femenino de 29 años acude por emergencia del HNAL por presentar desde hace 5 meses aproximadamente sensación de “bulto” en el abdomen, indolora. Además, refiere alteración en su régimen catamenial, comenzó a presentar poli menorrea e hipermenorrea el cual se iba incrementando poco a poco, hace 2 meses presentó metrorragia, además se le agregó cefalea, náuseas y vómitos. Se le realizó una ecografía transvaginal evidenciándose múltiples miomas, además se encontró una hemoglobina baja por lo cual se decidió hospitalizarla en el pabellón 5-I de Ginecología para su estabilización y plantear el manejo más oportuno para la paciente.

- Antecedentes patológicos: Asma bronquial

- Antecedentes familiares: Madre hipertensa y padre diabético
- Antecedentes quirúrgicos: niega
- Alérgica a algún medicamento: niega
- Antecedentes gineco-obstétricos: Menarquia: a los 15 años, fecha de última regla: 16/06/22, régimen catamenial: 3-5/regular, primera relación sexual: 21 años, última relación sexual: hace dos meses aproximadamente, número de parejas sexuales: 3, método anticonceptivo: método de barrera, G0P0000.

Al examen físico:

Talla: 1.60, peso: 58 kg, IMC: 22.6 kg/m²

PA: 110/60 mmHg, FC: 75 lpm, FR: 18 rpm

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", palidez generalizada (+/+++)
- Mamas: simétricas, turgentes acorde con edad y sexo
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos sobreagregados
- Abdomen: Blando, depresible, no distendido, se palpa una masa de dura consistencia, poco móvil, de 25 cm aproximadamente el cual impresiona depender del útero
- Genitourinario: puño percusión lumbar y puntos renoureterales negativos, no se evidencia sangrado vaginal activo
- Neurológico: despierta, orientada en tiempo, espacio y persona

Examen ginecológico: genitales externos adecuado para su edad y sexo. A la especuloscopia se evidencia vagina amplia y elástica, OCE cerrado, lateralizado a la derecha, con escaso sangrado transorificial. Al tacto vaginal útero de 35 cm aproximadamente, moderado dolor a la palpación bimanual, poco móvil y no se palpan masas en anexos.

- Ecografía transvaginal: útero mide 22cmx80x135mm con miometrio heterogéneo, presentando múltiples miomas subserosos y un mioma intramural de 50 mm.
- PAP negativo para lesiones intraepiteliales y/o malignidad

Exámenes de laboratorio:

Hb: 9.6 mg/dl, plaquetas: 450 000 mm³, leucocitos: 9150 mm³, TP: 12,6 segundos con INR de 1.2, glucosa: 85 mg/dl, urea: 21 mg/dl, creatinina: 0.48 mg/dl, sedimento urinario negativo, urocultivo negativo.

Diagnóstico primario:

- Hemorragia uterina anormal (HUA) secundaria a miomatosis uterina
- Anemia moderada.

Plan de trabajo:

- Miomectomía laparoscópica tras la persistencia del sangrado, la anemia y el deseo de la paciente de tener hijos.

Caso clínico N°2

Este segundo caso fue en el Centro de Salud Materno Infantil Magdalena, en donde llega a consultorio una paciente de sexo femenino de 23 años, refiriendo que desde hace 3 días presenta secreción vaginal de color blanquecino el cual fue aumentando en cantidad asociado a prurito vaginal, niega fiebre o algún otro malestar.

- Antecedentes patológicos: niega
- Antecedentes familiares: Madre con asma bronquial
- Antecedentes quirúrgicos: niega
- Alérgica a algún medicamento: niega
- Antecedentes gineco-obstétricos: Menarquia: a los 13 años, fecha de última regla: 10/02/23, régimen catamencial: 3-5/regular, primera relación sexual: 19 años, última relación sexual: hace una semana, número de parejas sexuales: 2, método anticonceptivo: ACOS, G0P1001.

Al examen físico:

Talla: 1.58, peso: 62 kg, IMC: 24.8 kg/m²

PA: 120/70 mmHg, FC: 82 lpm, FR: 20 rpm

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2''
- Mamas: simétricas, turgentes acorde con edad y sexo, no se palpan masas
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos sobreagregados

- Abdomen: Blando, depresible, no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se palpan masas
- Genitourinario: puño percusión lumbar y puntos renoureterales negativos, no se evidencia sangrado vaginal activo
- Neurológico: despierta, orientada en tiempo espacio y persona

Examen ginecológico: genitales externos adecuado para su edad y sexo, vagina amplia, elástica, útero en posición posterior. A la especuloscopia se evidenció secreción blanquecina en regular intensidad, de aspecto grumoso, espeso, adherente, como “requesón” e inoloro, además se apreció la vulva eritematosa.

Diagnóstico primario:

- Vulvovaginitis Candidiásica

Plan de trabajo:

- Se le dio tratamiento con clotrimazol vía vaginal de 100 mg cada 24 horas por 7 días, además se le recomendó higiene vaginal constante y evitar relaciones sexuales hasta terminar el tratamiento; y finalmente acudir a consulta en 7 días para ver su evolución.

I. 2. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Rotar por este servicio me permitió afianzar conocimientos previos, adquiridos en toda la carrera sobre las diferentes patologías más usuales, y aplicar lo aprendido en los pacientes; y de esta manera adquirir capacidades para diagnosticar y tratar estas patologías habituales en la práctica médica. En el hospital roté en el pabellón 8-I y en el centro de salud en consultorio.

Caso clínico N°1

Paciente varón de 45 años acude por emergencia del HNAL con tiempo de enfermedad de 2 semanas, de inicio insidioso y curso progresivo, los síntomas y signos principales fueron fiebre, tos con expectoración y disnea. A la anamnesis, el paciente refirió que desde hace 4 semanas antes de su ingreso presentó dolor de garganta y tos seca, por lo cual decide tomar paracetamol, sin presentar mejoría alguna, por el contrario, la tos se hizo más persistente, una semana después la tos se tornó productiva con expectoración mucopurulenta, diaforesis, sensación de alza

térmica sobre todo por las noches, 3 días antes de su ingreso presento hemoptisis y un día después, sensación de falta de aire al despertarse.

- Funciones biológicas: Apetito disminuido, sed conservada, orina conservada y sin molestias al miccionar, deposiciones conservadas, sin rastros de mono ni sangre, sueño alterado y no refiere variaciones en su peso.
- Antecedentes patológicos: Diabetes mellitus diagnosticado hace 3 años tratado con Metformina 850 mg cada 8 horas al día.
- Antecedentes quirúrgicos: niega
- Hospitalizaciones previas: Debut diabético (2020)
- Alérgica a algún medicamento: niega
- Hábitos nocivos: alcohol solo en reuniones sociales (2 veces al mes)
- Antecedentes familiares: Padre con hipertensión arterial y diabetes mellitus

Al examen físico:

Talla: 1.73, peso: 62 kg, IMC: 20.7 kg/m²

PA: 110/70 mmHg, FC: 92 lpm, FR: 22 rpm

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", signo del pliegue cutáneo negativo, sin alteraciones en las mucosas, no hay edemas, no se palpan adenopatías
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, a la auscultación presencia del 1° y 2° ruido en focos aórtico, pulmonar, tricúspideo y mitral, no se encontraron soplos en ninguno de los focos auscultados
- Aparato respiratorio: a la inspección tórax simétrico, con disminución de la expansión torácica y de los movimientos respiratorios, se percute matidez en el hemitórax derecho y a la auscultación presencia de estertores supra e inter escapulares así como también un aumento de la transmisión de la voz
- Abdomen: Blando, depresible, no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se palpan masas, signo de Blumberg y Mc Burney negativo, se percute timpanismo en el espacio semilunar de Traube y en ambos flancos, presencia de matidez hepática y en la zona de hipocondrio izquierdo.
- Tacto rectal: negativo

- Genitourinario: genitales externos de acuerdo a su edad y género, puño percusión lumbar y puntos renoureterales negativos, no se evidencia descarga uretral ni presencia de lesiones ni masas, sin presencia de globo vesical
- Neurológico: despierta, orientada en tiempo espacio y persona, Glasgow 15/15, pares craneales I al XII conservados, coordinación y equilibrio conservado, eutrófico, signos de focalización negativo, no hay signos meníngeos ni rigidez de nuca

Diagnósticos sindrómicos:

- Síndrome cavitario
- Síndrome de condensación.

Impresión diagnóstica:

- D/c Tuberculosis pulmonar
- D/c Neumonía

Plan de trabajo:

- S/s hemograma completo, PCR, radiografía de tórax, prueba de esputo o baciloscopia, prueba de ELISA/VIH

Los resultados fueron:

- Hemograma: Hemoglobina 11 gr/dl, leucocitos 20 800 m³, PCR 9.06
- Baciloscopia: ++ 1 a BAAR por campo en 50 campos microscópicos
- Radiografía de tórax: se evidencio lesión cavitaria en el lóbulo superior derecho
- Prueba de ELISA/VIH: negativo

Diagnostico principal:

- Tuberculosis pulmonar

Plan de trabajo:

- Se interconsulta con el servicio de Neumología para ingresar al paciente a su servicio y se inició tratamiento de 2 meses (HREZ) diario (50 dosis) y 4 meses (H3R3) 3 veces por semana (54 dosis).

Caso clínico N°2

Paciente femenino de 33 años acudió al centro de salud acompañado por su hija, por presentar dolor abdominal súbito en epigastrio, tipo cólico, de moderada intensidad (8/10) el cual se irradiaba hacia ambos hipocondrios desde hace 24 horas. Además,

en tres oportunidades presentó náuseas y vómitos con restos alimenticios con un intervalo de 20 minutos cada uno. No tomó ningún fármaco para aliviar el dolor.

- Funciones biológicas: Apetito disminuido, sed conservada, orina conservada, deposiciones conservadas, sueño conservado y no refiere variaciones en su peso.
- Antecedentes patológicos:
 - Asma bronquial: Diagnosticada desde los 5 años y tratada con inhaladores bronquiales (Salbutamol 100mcg/dosis, dos puff condicionados a crisis asmática; Budesonida 200 mcg/dosis, dos puff interdiarios)
 - Colelitiasis: Diagnosticada hace siete años (2016) sin realización de cirugía
- Medicación actual: Simvastatina 20 mg/día, todas las noches no condicionado a previa ingesta de alimentos
- Antecedentes quirúrgicos: niega
- Alérgica a algún medicamento: niega
- Hábitos nocivos: niega
- Antecedentes familiares: Padre con hipertensión arterial y asma bronquial

Al examen físico:

Talla: 1.53, peso: 65 kg, IMC: 27.7 kg/m²

PA: 110/60 mmHg, FC: 90 lpm, FR: 18 rpm, T°: 37°C, Sat O₂: 98%

- Piel y faneras: tibia, poco hidratada, poco elástica, turgencia conservada, llenado capilar <2", palidez ++/+++, no icterica, no cianosis, no hay edemas, no se palpan adenopatías
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- Aparato respiratorio: a la inspección tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presente, dolor de moderada intensidad en epigastrio y en cuadrante superior derecho, no se palpan masas, Signo de Murphy (+) Signo de Blumberg (-)
- Genitourinario: genitales externos de acuerdo a su edad y género, puño percusión lumbar y puntos renoureterales negativos
- Neurológico: despierta, orientada en tiempo espacio y persona

Diagnósticos sindrómicos:

- Síndrome emético
- Síndrome doloroso abdominal

Impresión diagnóstica:

- D/C Pancreatitis aguda
- D/C colecistitis aguda

Plan de trabajo

Se indica reposo gástrico (NPO), hidratación parenteral, analgésicos endovenosos (metamizol 1g + 2 hioscina 20 mg + dimenhidrinato 50 mg); y se le solicitan exámenes como amilasa, lipasa, perfil hepático, perfil lipídico, hemograma completo y ecografía abdominal para reevaluación con resultados.

1. 3. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

En este servicio se profundizó el conocimiento obtenido previamente, en el caso de mi rotación en el centro de salud, esta rotación me ayudó a distinguir si una enfermedad requiere tratamiento médico o tratamiento quirúrgico y de esta manera derivar oportunamente al paciente a un centro de mayor complejidad en caso lo requiera.

Caso clínico N°1

Paciente mujer de 26 años fue hospitalizada en el pabellón 5-I ya que refería dolor desde hace 1 mes en el hipocondrio derecho de intensidad 8/10 el cual se irradiaba a espalda, asociado a náuseas y vómitos, el cuadro se desencadenaba tras ingerir comidas copiosas.

- Funciones biológicas: Apetito conservado, sed conservada, orina conservada, deposiciones conservadas, sueño conservado y no refiere variaciones en su peso.
- Antecedentes patológicos: niega
- Antecedentes quirúrgicos: niega
- Alérgica a algún medicamento: niega
- Hábitos nocivos: cigarro (+), alcohol (-), drogas (-)
- Antecedentes familiares: madre con hipertensión arterial

Al examen físico:

Talla: 1.68, peso: 61 kg, IMC: 21.6 kg/m²

PA: 120/70 mmHg, FC: 86 lpm, FR: 18 rpm, T°: 36.5°C, Sat O₂: 98%

Estado general: AREG, AREN, AREH

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", ictericia +/-
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles
- Aparato respiratorio: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presente, dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio, Signo de Murphy (+) Signo de Blumberg (-)
- Tacto rectal: diferido
- Genitourinario: genitales externos de acuerdo a su edad y género, puño percusión lumbar y puntos renoureterales negativos
- Neurológico: despierta, orientada en tiempo espacio y persona, no signos meníngeos

Tras la anamnesis y el examen físico se plantearon como síndromes:

- Síndrome doloroso abdominal
- Síndrome emético
- Síndrome nauseoso

Impresión diagnóstica:

- Colecistitis aguda

Plan de trabajo:

- Colecistectomía laparoscópica

Hallazgos operatorios:

- Vesícula biliar de 7 x 4 cm de paredes delgadas
- Conducto cístico de 3 mm y arterias císticas únicas

Caso clínico N°2

Paciente masculino de 18 años llegó a tópico del centro de salud traído por su papá, por presentar múltiples soluciones de continuidad en cara externa de pantorrilla y muslo izquierdo, producto del ataque de un perro desconocido mientras se encontraba en el parque hace 10 minutos aproximadamente.

Al examen físico:

PA: 130/70 mmHg, FR: 19 rpm, FC: 75 lpm, T°: 36.8°C, Sato2: 99%

Talla: 1.63 m, Peso: 57 Kg, IMC: 21.5 kg/m²

AREG, AREN, AREH.

- Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos de buena intensidad, rítmicos, no se auscultan soplos
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Extremidades:
 - Pantorrilla Izquierda: solución de continuidad de 2 cm x 0.5 cm aproximadamente en 1/3 distal de cara externa, con sangrado activo.
 - Muslo Izquierdo: soluciones de continuidad de 1 cm x 1 cm aproximadamente en cara anterior de 1/3 medio y superior, con sangrado activo.

Diagnóstico:

- Herida por mordedura de perro

Plan de trabajo:

- Limpieza de herida
- Analgesia VO (Ibuprofeno 400 mg 1 tableta c/8 horas por 5 días)
- Antibiótico VO (amoxicilina + ácido clavulánico 500 mg 1 tableta c/8 horas por 7 días)
- Vacuna antirrábica y reporte del perro para vigilancia y control por si presenta rabia.
- Lavado diario de la herida
- Reevaluación tras culminar tratamiento

I.4. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

La rotación por este servicio en el centro de salud me ayudó a profundizar información adquirida sobre las enfermedades habituales en consulta médica como por ejemplo infección respiratoria alta, enfermedad diarreica aguda, síndrome febril; así como el tratamiento y prevención de anemia. Mientras que en el hospital abordamos a cada paciente de manera más completa ya que las patologías son más complejas de manejar y requieren de monitoreo constante.

Caso clínico N°1

Paciente varón de 13 años ingresa por emergencia acompañado de su madre. A su ingreso a las 22:00 horas, la madre refiere que encontró a su hijo intranquilo, con dificultad para respirar, sensación de alza termina y tos productiva por lo que decide traerlo al hospital. Menciona que desde hace una semana su menor presenta tos seca y dolor de garganta por lo cual acude a la farmacia donde le recetan paracetamol, sin embargo, no vio mejoría y dos días después los síntomas se intensificaron añadiéndose tos productiva y disnea.

- Funciones biológicas: apetito disminuido, sed conservada, diuresis conservada, deposiciones conservadas, sueño alterado por la tos durante las noches
- Antecedentes personales:
 - Antecedentes natales: de parto eutócico, peso 3.500 kg, talla 51 cm, APGAR 8 al primer minuto y 9 al quinto minuto
 - Antecedentes post natales: lactancia materna durante el primer año de vida, ablactancia a los seis meses de vida, inmunizaciones completas, desarrollo psicomotor adecuado
 - Antecedentes patológicos: Asma bronquial desde los 4 años
 - Intervenciones quirúrgicas: niega
 - Alérgico a algún medicamento: niega
 - Hospitalizaciones previas: niega
- Antecedentes familiares: Padre hipertenso

Al examen físico:

Talla: 1.52, peso: 49 kg, IMC: 21.3 kg/m²

FC: 95 lpm, FR: 31 rpm, T°: 38.5°C, Sat O₂: 92%

Estado general: AMEG, AREN, AREH

- Piel y faneras: piel caliente, no hidratada, con signo de pliegue cutáneo positivo, llenado capilar < 2", a la inspección no se encontró lesiones primarias ni secundarias, no se palpan adenopatías, no cianosis
- Oídos: pabellón auricular íntegro, conducto auditivo externo permeable y membrana timpánica sin alteración alguna
- Nariz: simétrico, se palpa huesos propios de la nariz sin presencia de dolor con integridad del cartílago hialino, se evidencia aleteo nasal

- Labios: simétricos, cianosis no marcada
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles
- Aparato respiratorio: a la inspección tórax simétrico con disminución de la expansión torácica en ambos hemitórax sin presencia de tiraje subcostal, a la palpación disminución de la amplexación torácica, vibraciones vocales aumentadas, a la percusión matidez en ambos hemitórax y a la auscultación murmullo vesicular disminuido, presencia de crépitos y de soplo tubárico en base de hemitórax derecho
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presente, no doloroso a la palpación superficial ni profunda
- Genitourinario: genitales externos de acuerdo a su edad y género, testículos descendidos, puño percusión lumbar y puntos renoureterales negativos
- Neurológico: despierto, orientada en tiempo espacio y persona, no signos meníngeos

Impresión diagnóstica:

- Neumonía asociada a la comunidad (NAC)
- Tuberculosis pulmonar

Plan de trabajo:

- S/s Hemograma completo y PCR
- S/s prueba de PPD o BK en esputo
- S/s Radiografía de tórax AP
- S/s Cultivo de esputo

Resultados:

Hemograma y PCR

- Leucocitos: 16000/mm³
- Neutrófilos: 75%
- PCR: 55mg/L

BK en esputo

- No se encontró BAAR en ninguna de las 3 muestras

Radiografía de tórax AP:

- Se observa una condensación basal derecha que borra hemidiafragma homolateral (signo de la silueta) preservando la línea paracardial, compatible

con foco único de neumonía con patrón bacteriano en LID. Mínimo derrame pleural acompañante. Radiografía compatible con NAC con patrón bacteriano.

Cultivo:

- Espudo: 6 células ep/campo
- 40% leucocitos pmn/campo

Tratamiento:

- Hidratación EV con Cl Na 0.9% 1L
- Oxigenoterapia con cánula binasal a 3L
- Metamizol 1gr IM
- Ampicilina 1gr EV c/6h si a las 24h-48h la evolución es favorable se opta x continuar el tratamiento vía oral c/6h hasta completar 7 días
- Paracetamol 500mg c/8h por 3 días

Caso clínico N°2

Paciente varón de 5 años acude a consultorio de pediatría del centro de salud acompañado de su madre, quien refiere que su menor hijo presenta desde hace 5 días deposiciones de consistencia blanda, evolucionando a diarreas acuosas con frecuencia de 5-6 deposiciones diarias, además refiere que su menor está irritable la mayor parte del día, no tiene apetito y menciona que no le tomó la temperatura, pero lo siente muy caliente desde hace 2 días.

- Funciones biológicas: apetito disminuido, sed disminuida, diuresis disminuida, deposiciones aumentadas (5-6 deposiciones líquidas al día), sueño alterado
- Antecedentes personales:
 - Antecedentes natales: de parto eutócico, peso 3. 200 kg, talla 49 cm, APGAR 9 al primer y quinto minuto
 - Antecedentes post natales: lactancia materna durante el primer año de vida, ablactancia a los seis meses de vida, inmunizaciones completas, desarrollo psicomotor adecuado
 - Antecedentes patológicos: niega
 - Intervenciones quirúrgicas: niega
 - Alérgico a algún medicamento: niega
 - Hospitalizaciones previas: niega
- Antecedentes familiares: niega

Al examen físico:

Talla: 1.062 mtrs, peso: 15 kg, IMC: 13.2 kg/m²

FC: 96 lpm, FR: 35 rpm, T°: 36.9°C, Sat O₂: 97%

Estado general: AMEG, AREN, AREH

- Piel y faneras: piel caliente, no hidratada, con signo de pliegue cutáneo positivo, llenado capilar < 2"
- Orofaringe: mucosa oral seca con coloración normal y sin alteraciones
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles
- Aparato respiratorio: a la inspección tórax simétrico con expansión torácica y movimientos respiratorios conservados, amplexación y vibraciones vocales conservadas, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados
- Abdomen: ligeramente distendido por la parte superior, ruidos hidroaéreos aumentados, no doloroso a la palpación superficial ni profunda
- Genitourinario: genitales externos de acuerdo a su edad y género, testículos descendidos, puño percusión lumbar y puntos renoureterales negativos
- Neurológico: despierto, orientada en tiempo espacio y persona, no signos meníngeos

Impresión diagnóstica:

- Síndrome diarreico agudo
- Síndrome de mala absorción

Plan de trabajo:

- S/s Hemograma completo
- S/s Coprocultivo

Resultados:

Hemograma

- Leucocitos: 14000/mm³

Coprocultivo:

- Se encontró E. Coli en gran cantidad

Tratamiento:

- Sulfametoxazol + trimetoprima 200mg+40mg / 5ml dar 7.5ml (cucharadita y media) c/12h

- Sales de rehidratación oral, diluir un sobre en 1 litro de agua tibia y tomar a libre demanda por 3 días
- Enterogermina tomar 1 c/12h por 3 días
- En caso de fiebre dar paracetamol 120mg/5ml 10ml c/8h

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza fue fundado en el año 1549 por el primer arzobispo del Perú llamado Jerónimo Loayza; en la actualidad, el hospital depende del Ministerio de Salud tanto estructuralmente, funcionalmente, como también de forma financiera. Tiene una categorización de nivel III-1, el cual ofrece servicios especializados a los pacientes, impulsa la docencia como también la investigación en el sector salud. Este establecimiento brinda servicios de consulta externa, atenciones de emergencia, atenciones en la unidad de cuidados intensivos, procedimientos médicos, exámenes de laboratorio, exámenes de imágenes, hospitalización en los servicios de medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría, neonatología, y otras especialidades médicas. Mi primera rotación fue en el servicio de Medicina Interna en el pabellón 8-I, fuimos 4 internos y cada uno tuvo a su cargo 8 camas, de la mano de nuestros residentes desarrollamos el plan de trabajo del día de cada paciente después de cada visita la cual iniciaba alrededor de las 7:30 am. Mi segunda rotación Cirugía general en el pabellón 6-II en donde fuimos 6 internos y teniendo a cargo 8 camas, las visitas médicas iniciaban a las 7 am y solían ser de alrededor 3 horas duración; las patologías a intervenir con mayor frecuencia fueron apendicitis aguda y colelitiasis. Como tercera rotación, Pediatría, en este servicio nos dividieron en dos grupos, un grupo de rotación en neonatología y otro en pediatría. Finalmente, en Ginecología y Obstetricia también nos dividieron en dos grupos, en donde las morbilidades más frecuentes durante mi rotación fueron miomas uterinos y distopias.

El Centro de Salud Materno Infantil Magdalena es un establecimiento de categoría I-4, cuya dirección es Jr. Junín 322 ubicado en el distrito de Magdalena del Mar y pertenece a la jurisdicción de la DISA Dirección de Salud Lima Centro, cuenta con los servicios de medicina interna, ginecología y obstetricia, pediatría, odontología, enfermería, psicología, laboratorio y tópico de cirugía que tiene una ambulancia a su disposición en caso se requiera. El servicio de medicina cuenta con médicos generales como también médicos especialistas como por ejemplo una gastroenteróloga, una neumóloga, dos otorrinolaringólogos, un cirujano general, una cirujana plástica y una psiquiatra. En el caso de ginecología y obstetricia, cuenta con atención de partos las 24 horas del día, además de las atenciones brindadas por el

especialista de la mano de las obstetras (cuidado de la salud sexual, planificación familiar, control de embarazo, atención de partos y postpartos). En el caso del servicio de pediatría, la atención es 24 horas ya que se realiza la atención inmediata del recién nacido. Finalmente, en tópico de cirugía se reciben solo urgencias ya que si se presenta una emergencia debe ser referido al hospital de referencia que en este caso es el Hospital Santa Rosa.

En este establecimiento la labor de los internos de medicina es atender a los pacientes bajo la supervisión del médico, realizar una buena anamnesis, tomar signos vitales, realizar el examen físico y procedimientos simples en caso sea necesario, plantear posibles diagnósticos, si es necesario solicitar exámenes de laboratorio y/o de imágenes (de no ser posible realizarse dichos exámenes en el centro de salud, solicitarlo de manera particular al paciente) y plantear el tratamiento o plan de trabajo acorde a cada caso. En el caso de tópico, los internos realizamos las suturas de heridas simples bajo la supervisión del médico a cargo del servicio.

Los pacientes que requerían de un manejo más complejo eran referidos al Hospital Santa Rosa ubicado en la Av. Simón Bolívar en el distrito de Pueblo Libre.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Caso clínico N°1

El primer caso presentado en el HNAL, fue una paciente de sexo femenino de 29 años cuyo diagnóstico fue miomatosis uterina, quien acude a emergencia presentando sensación de bulto según refería y sangrado uterino desde hace 5 meses. La hemorragia uterina anormal es muy frecuente en ginecología y suele afectar a mujeres en cualquier etapa de su vida, la cual puede ser causada por alguna patología uterina estructural como por ejemplo adenomiosis, pólipos endometriales, leiomioma o neoplasias o no estructural como coagulopatías, disfunción ovulatoria o anovulación, causas endometriales, iatrogénicas y las no clasificadas.

Los leiomiomas uterinos derivan de las células del músculo liso del miometrio, son los tumores pélvicos más frecuentes en las mujeres en edad reproductiva (20 a 40%) y su pico de presentación es entre la cuarta y quinta década de vida. Su clasificación se da según su ubicación en el útero: submucosos, intramurales y subserosos (3). La mayoría de los leiomiomas se presentan de manera asintomáticas y suelen ser pequeños, los síntomas están relacionados con el tamaño, el número y la ubicación de los tumores, el 30% de las mujeres con miomas acuden al establecimiento de salud por presentar trastornos menstruales entre los cuales la hipermenorrea es el signo más frecuente, además de los síntomas relacionados con el volumen como dolor, presión pélvica, infertilidad, abortos espontáneos o complicaciones obstétricas. En cuanto al diagnóstico, se basa en un examen pélvico completo de la mano de los hallazgos en la ecografía transvaginal en la cual generalmente se ven como masas redondeadas bien delimitadas e hipo ecogénicas. No se suele requerir de una confirmación anatomopatológica para poder proceder con el manejo, a excepción de los casos en que se sospeche de malignidad (4). Finalmente, con respecto al tratamiento, lo principal en toda paciente con HUA es estabilizarla, hidratarla, evitar el sangrado y posteriormente buscar la causa para poder plantear el manejo definitivo. Es importante saber si la paciente tiene deseo de salir gestando antes de la elección del tratamiento, las indicaciones para un manejo quirúrgico es la persistencia del dolor, sangrado uterino asociado a anemia, tumores mayores de 10cm e infertilidad

(5). En el caso clínico presentado, el tratamiento elegido fue la miomectomía laparoscópica.

Caso clínico N°2

La paciente de este caso tuvo como diagnóstico Vulvovaginitis Candidiásica, la cual se estima que alrededor de un 75% de las mujeres en edad reproductiva presentan al menos un episodio en su vida. La enfermedad es producida por el sobrecrecimiento de manera excesiva de la *Cándida spp.*, y de las cuales la especie más frecuentemente aislada es la *Cándida albicans*, causante del 85% de los episodios. Si bien es cierto la infección ocurre de manera esporádica, se han registrado factores de riesgo como uso de antibióticos, diabetes mellitus, embarazo, corticoterapia, VIH, genética, terapia de reemplazo hormonal (TRH), entre otros. A pesar de que ésta no es una infección de transmisión sexual se debe realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías que si se transmiten por vía sexual. El cuadro clínico característico es la presencia de flujo blanquecino, grumoso (como requesón), sin mal olor, eritema y prurito vaginal intenso, disuria e incluso dispareunia (6). Para realizar el diagnóstico es importante la clínica, realizar una buena exploración física, además de otras herramientas como el pH ácido, examen directo en fresco en donde se observan hifas o pseudohifas o cultivo del flujo vaginal. En cuanto al tratamiento, en caso de infecciones no complicadas, se indicaría monodosis de fluconazol de 150 mg por vía oral, clotrimazol tópico en crema al 1% vía vaginal por 3-7 días, clotrimazol comprimido de 100 mg intravaginal por 7 días o de 500 mg monodosis o miconazol ovulo de 200 mg por 3 días cada 24 horas o de 100 mg diario por 7 días.

III.2. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico N°1

En este primer caso estuve frente a un paciente que acudió al HNAL con toda la sintomatología característica de Tuberculosis pulmonar, se le realizaron los exámenes diagnósticos y tras su confirmación se dio inicio al tratamiento por 6 meses. La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa transmisible la cual es causada por el microorganismo *Mycobacterium tuberculosis*, el cual compromete el aparato respiratorio (afectando el parénquima pulmonar o el árbol traqueobronquial) y otros órganos. El principal mecanismo de transmisión es por la vía aérea, el paciente

enfermo al hablar, toser, estornudar, elimina microgotas en forma de aerosoles cargadas de estas micobacterias, las llamadas gotitas de Pflüger tienen un tamaño de 5-10 µm aproximadamente y llegan a las vías aéreas más proximales. Sin embargo, otras de las vías de transmisión son vía digestiva, cutáneo-mucosa, urogenital, inoculación directa o por vía transplacentaria (8). Clínicamente la tuberculosis pulmonar se caracteriza por un cuadro de tos y expectoración mucopurulenta, o en ocasiones la expectoración se torna hemoptoica asociada a síntomas generales como fiebre, astenia, baja de peso, sudoración nocturna, anorexia). Lo más importante en nuestra sospecha de TBC pulmonar es un paciente sintomático respiratorio el cual es definido como toda persona que presenta tos y expectoración por alrededor 15 días o más, además debemos indagar acerca de contactos recientes con personas sintomáticas en casa o a su alrededor. En cuanto al diagnóstico, puede sospecharse por el cuadro clínico-radiológico sin embargo su confirmación es microbiológica es decir la demostración del *Mycobacterium tuberculosis* en muestras respiratorias. La baciloscopia y el cultivo de Koch de expectoración son fundamentales, el hallazgo de BAAR al microscopio permite confirmar el diagnóstico con una especificidad cerca al 100%, mientras que el cultivo de Koch es el Gold standard es decir el único método que permite establecer el diagnóstico de certeza de tuberculosis (9). Finalmente, el tratamiento de la TBC pulmonar tiene una duración de seis meses, sin embargo, las formas graves (miliar, diseminada, meningitis, mal de Pott) y los pacientes con VIH quienes son tratadas por 12 meses. El esquema de TB sensible consiste en una primera fase de rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol se administran diariamente excepto los domingos y tiene una duración de 2 meses; mientras que la segunda fase se continua solo con rifampicina e isoniacida 3 meses por semana durante 4 meses (10).

Caso clínico N°2

La pancreatitis aguda es uno de los trastornos gastrointestinales que comúnmente suelen requerir valoración en el servicio de emergencias, su patogenia se da debido a la activación de manera precoz de las enzimas del páncreas exocrino dentro de las células acinares provocando de esta manera su auto digestión y la estimulación de macrófagos los cuales inducen la producción de citoquinas proinflamatorias lo cual es fundamental en la patogénesis de esta enfermedad. El 80% de los casos se presenta como una enfermedad leve en donde el paciente se recupera en un corto periodo de

tiempo (pocos días), mientras que el 20% de los casos son severos con estancias hospitalarias prolongadas y hasta un 15-20% de mortalidad. En cuanto a su etiología, la más frecuente es la colelitiasis (50% de los casos), y en segundo lugar el consumo de alcohol (20%), entre otras causas tenemos la hipertrigliceridemia, drogas (como valproato, azatioprina), la CEPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica), algunas infecciones virales (paperas y virus Coxsackie B4), entre otras causas (11). La presentación clínica en estos pacientes es el dolor abdominal severo y de manera constante, generalmente de inicio súbito el cual se puede irradiar hacia la espalda y en un 80% de los casos es asociado a vómitos. Para su diagnóstico se requiere de al menos de los de los siguientes criterios:

- Dolor abdominal agudo, caracterizado por inicio súbito, persistente localizado en epigastrio el cual puede irradiar hacia la espalda
- Niveles séricos de lipasa o amilasa elevados tres veces su valor normal como mínimo
- Hallazgos característicos en la TAC o resonancia magnética como colecciones intraabdominales

Las complicaciones de esta enfermedad se deben sospechar si el paciente presenta dolor abdominal de manera persistente, si hay aparición de fiebre, aumento de las enzimas pancreáticas, leucocitosis o falla orgánica en aumento. Se clasifican en 4 tipos de colecciones basándose en hallazgos radiológicos y patológicos: dos tipos de colecciones en caso de la pancreatitis edematosa intersticial (colecciones peri pancreáticas agudas y pseudoquistes pancreáticos) y dos tipos de colecciones en la pancreatitis necrotizante (colecciones necróticas agudas y necrosis tabicada). El tratamiento depende de la severidad y de la presencia o no de complicaciones. El manejo se debe individualizar para determinar el mantenimiento de fluidos, el manejo del dolor, el uso o no de antibióticos, la nutrición, entre otros factores (12).

III.3. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Caso clínico N°1

En este caso, se presentó a una paciente con un cuadro de colecistitis aguda en la cual se planteó una colecistectomía laparoscópica con evolución favorable. La colecistitis aguda es un proceso inflamación de la vesícula biliar, alrededor de un 90% de los casos se debe a una complicación de la colelitiasis, la mayoría de casos por

obstrucción del conducto cístico, distensión e inflamación, además de una infección bacteriana secundaria. El 5-10% restante presenta una colecistitis alitiásica cuya etiología es multifactorial y un porcentaje mínimo < 1% resultan de tumores oclusivos del conducto cístico (13). La clínica es caracterizada por dolor abdominal persistente en el cuadrante superior derecho con hipersensibilidad y resistencia a la palpación que se irradia a la parte superior derecha del dorso o zona interescapular mientras que en un cólico biliar simple el dolor cede de forma temporal y parcial con analgésicos, también puede agregarse anorexia, náuseas, vómitos y fiebre, además el signo de Murphy en el examen físico que se describe como la detención de la inspiración con la palpación profunda en la zona subcostal derecha. El examen de elección para el estudio inicial de un paciente con sospecha de colecistitis aguda es la ecografía abdominal el cual es un examen no invasivo, de bajo costo, alta sensibilidad y especificidad.

Hallazgos ecográficos:

- Signo de Murphy ecográfico: aparece el signo al comprimir la vesícula biliar con la sonda ecográfica
- Distensión vesicular: longitud > 8 cm y/o ancho de > 4cm lo cual sugiere presencia de proceso inflamatorio u obstructivo de la vesícula y/o vía biliar
- Engrosamiento de la pared vesicular: pared de espesor > 3mm

Actualmente, el tratamiento de elección es la colecistectomía laparoscópica ya que se ha reportado menor estancia hospitalaria en el post operatorio. En cuanto a las complicaciones, dependerán del estado basal y comorbilidades que presente el paciente, así como también del grado de inflamación de la vesícula biliar y tejidos adyacentes; dentro de las complicaciones más comunes tenemos: empiema vesicular, perforación vesicular, gangrena vesicular, plastrón vesicular, absceso subfrénico, pancreatitis aguda, entre otros (14).

Caso clínico N°2

Las mordeduras de perro son muy frecuentes en la atención en tópicos en los centros de salud, de los cuales solo un pequeño porcentaje presentan complicaciones que ameritan hospitalización y el agente patógeno más frecuente es la *Pasteurella* spp. Estas mordeduras se clasifican según el patrón que presenten pudiendo ser laceración, abrasión, punzantes, aplastamiento, avulsión o amputación; también es

importante describir adecuadamente la herida: la localización, el tamaño, la profundidad y la presencia o no de cuerpos extraños; de la misma forma debemos evaluar el área distal a la lesión a fin de buscar la integridad neurovascular (15). Es muy importante obtener información detallada sobre el incidente, como el tiempo, lugar y circunstancia, especie del animal y el estado de salud actual del animal. El 60% de las heridas por mordedura de perro son punzantes, un 10% son laceraciones y alrededor del 30% son combinaciones de varias, los dientes de un perro son amplios y romos por lo cual suelen causar laceraciones que solo involucran tejidos superficiales. Clínicamente, se puede observar signos de infección como fiebre, eritema, edema, drenaje purulento de la herida, abscesos, celulitis y linfadenopatía (16). En cuanto al manejo de las mordeduras caninas, todas deben lavarse profusamente con agua y jabón, suministrar tempranamente soluciones yodadas, alcohol o agua oxigenada lo cual ayuda a disminuir el riesgo de infección por el virus de la rabia. La sutura de la herida sigue siendo un tema en discusión debido al riesgo de infección, generalmente se sugiere manejar las heridas con cierre secundario, sin embargo si se trata de una herida en rostro, grande, desfigurante o con menos de 8 a 12 horas de evolución se prefiere suturar prontamente por las infrecuentes complicaciones infecciosas, en esta área del cuerpo se ha tenido un buen resultado estético debido a la gran irrigación de la cara y cuero cabelludo. Por otro lado, las contraindicaciones para el cierre son heridas en rostro o en extremidades de más de 12 a 24 horas de evolución, mordeduras punzantes en mano, asociadas con lesiones por aplastamiento o en pacientes inmunocomprometidos. Para el cierre, se recomienda puntos simples con monofilamento, mantener la herida limpia y seca por 48 horas y vigilancia de ella. El esquema antibiótico utilizado como primera línea es amoxicilina/ácido clavulánico 500 mg vía oral por 5-7 días ya que provee cobertura adecuada para bacterias aeróbicas como *S. aureus*, estreptococos, *Pasteurella* spp, entre otras; si el paciente es alérgico a penicilinas se recomienda el uso de clindamicina más trimetoprima sulfametoxazol (17). Finalmente, se debe administrar la vacuna antitetánica y la antirrábica para evitar complicaciones.

III.4. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Caso clínico N°1

La neumonía es una enfermedad que afecta al aparato respiratorio el cual consiste en una inflamación aguda de los espacios alveolares de los pulmones y/o compromiso intersticial. Se define neumonía adquirida en la comunidad si afecta a pacientes no hospitalizados 14 días previos o si aparece en las primeras 48 horas desde su hospitalización. La causa más frecuente de la NAC son las infecciones virales (30-60%) siendo el Virus Sincitial Respiratorio la más frecuente, otros virus habituales son virus influenza A y B, para influenza serotipos 1, 2 y 3, adenovirus y rinovirus; seguidas de las bacterianas en donde el *Streptococo pneumoniae* es la causa más común de neumonía bacteriana en niños, en segundo lugar tenemos al *Mycoplasma pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*; y en un tercio de los casos por infecciones mixtas; la frecuencia de los principales agentes etiológicos en los niños varía de manera importante en función de la edad de cada paciente (18). Clínicamente, los hallazgos más comunes son fiebre, aumento de trabajo respiratorio (aleteo nasal, retracciones, tirajes), taquipnea, tos, roncus, sibilancias y crepitantes; debemos hacer énfasis en el estado de hidratación y la saturación de oxígeno ya que esto nos indicaría la necesidad de hospitalización (19). Para el diagnóstico, los hallazgos clínicos y ciertos factores como la edad del menor y la estación del año serán suficientes para el diagnóstico, por otro lado, la radiografía de tórax es un estudio de imagen muy importante, sin embargo, no cambia significativamente el tratamiento. Frente a la sospecha clínica de NAC de causa bacteriana, se debe iniciar antibioticoterapia, si la clínica es compatible con neumonía típica el antibiótico de primera línea es la amoxicilina oral a dosis altas mientras que si se sospecha de neumonía atípica se recomienda el uso de macrólidos. Las posibles complicaciones en estos pacientes son derrame pleural, absceso pulmonar, neumatoceles y neumonía necrotizante (20).

Caso clínico N°2

En este caso, tuvimos a un paciente con enfermedad diarreica aguda, la cual ha sido una de las principales causas de morbimortalidad en la infancia. En nuestro medio, la etiología principal de la diarrea aguda infantil es la de causa viral (Rotavirus, adenovirus), mientras que los agentes bacterianos (*Campylobacter*, salmonellas, shigella, entre otros) pueden ser predominantes en niños mayores. Fisiopatológicamente, la diarrea de causa infecciosa se produce cuando el volumen

de agua y electrolitos en el colon excede su capacidad de absorción, eliminándose de forma aumentada por las heces, todo ello puede generar deshidratación en el menor esto debido a la gran pérdida de líquidos y electrolitos (21). Ante la sospecha, es importante realizar una historia clínica completa es decir indagar sobre la duración de la enfermedad, características de las deposiciones (consistencia ya sea líquida, semilíquida; presencia de elementos como moco, sangre o alimentos no digeridos), frecuencia de evacuaciones, presencia de vómitos, fiebre, decaimiento, sed, capacidad o no de tolerar alimentos y líquidos (22). No existe tratamiento específico, el objetivo principal en el manejo terapéutico es la corrección de la deshidratación y una vez realizada esta corrección, se pasará a la recuperación nutricional (23)

CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Con la llegada del coronavirus, el internado médico se vio muy afectado ya que no nos permitió cumplir con nuestras rotaciones del 5to y 6to año de carrera en los establecimientos de salud, y el simple hecho de retomar nuestras practicas después de alrededor dos años fue muy complicado; sin embargo gracias al apoyo y enseñanzas de cada uno de mis residentes pude salir a delante en cada rotación adquiriendo nuevos conocimientos los cuales me ayudaron a poder desenvolverme cada vez mejor frente a cada paciente y su patología. Mi función y la de todos mis co-internos en el Hospital Arzobispo Loayza iniciaba cada mañana examinando a nuestros pacientes, viendo su evolución y averiguar si ocurrió algún evento durante la madrugada para poder exponerlo en cada visita médica, una vez culminada la visita iniciábamos con el plan de trabajo del día (solicitar exámenes de laboratorio, exámenes de imagen, curaciones, interconsultas, entre otras actividades dependiendo de lo que requería el paciente) y finalmente evolucionar todo lo acontecido en el día. Por otro lado, realizar parte de mi internado en un centro de salud me permitió trabajar de la mano del médico general a realizar la historia clínica, examen físico, dar posibles diagnósticos y plantear el manejo médico, ello me ayudó a desenvolverme mejor con cada paciente y a tener más confianza en mis conocimientos. Trabajar en el primer nivel de atención me permitió tener un panorama previo al trabajo rural que ya estoy próxima a realizar es decir el Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (SERUMS). Nuestros horarios en el centro de salud eran más accesibles comparados a los del hospital, lo cual fue una gran ventaja ya que se acercaba el ENAM y pude prepararme con más tranquilidad.

Indudablemente el internado médico 2022-2023 tuvo limitaciones, sin embargo, supe adaptarme a ello y salir adelante confiando en mis habilidades y conocimientos a lo largo de estos años de carrera. Del internado me llevo todo lo aprendido de mis maestros en estos 10 meses, las enseñanzas de mis residentes, el apoyo y compañerismo de mis co-internos y sobre lo fundamental que es el respeto y

responsabilidad y compromiso que debemos tener frente a cada uno de nuestros pacientes.

CONCLUSIONES

El internado médico es una de las etapas más importantes de la carrera de medicina humana, en esta etapa se pone en práctica y se consolida todo lo aprendido en los 6 años previos de carrera. En este último año de carrera los internos interactúan no solo con los asistentes y médicos residentes, sino también con los demás trabajadores dentro del establecimiento de salud como los técnicos o el personal administrativo, lo cual es un punto fundamental, ya que de esta manera el interno se familiariza con su equipo de trabajo y aprende a trabajar en conjunto, punto indispensable para el médico. La pandemia del COVID-19 hizo de este internado muy distinto al de otros años, sin embargo, gracias a ello pudimos ser conscientes de la gran importancia de cumplir con las normas de bioseguridad y del correcto uso del EPP y mascarillas.

La experiencia del internado médico en los centros de salud es decir del primer nivel de atención nos permitió complementar nuestras habilidades clínicas, así como también de aprender el manejo adecuado de las patologías más frecuentes. El tiempo de duración del internado a raíz de la pandemia se redujo a 10 meses (5 meses en centros de salud y 5 meses en hospital), en donde en cada establecimiento nos asignaron un tutor para asesorarnos y a su vez realizamos exposiciones de cada patología que recibíamos con mayor frecuencia, como también campañas de prevención para informar a la población.

A pesar de las limitaciones o dificultades que se pueda encontrar en el camino, depende de cada uno saber aprovechar las oportunidades que tenemos de aprender cada día algo nuevo y salir adelante frente a las carencias.

RECOMENDACIONES

A los próximos internos, les recomendaría tener iniciativa desde el primer día, pedir realizar todos los procedimientos posibles en cada rotación bajo supervisión de su médico residente o asistente para así consolidar habilidades y destrezas, si en el camino tienen alguna duda o no saben algo deben pedir ayuda o preguntar sin temor al qué dirán, deben recordar que todos estamos en constante aprendizaje y es normal no tener el mismo conocimiento que nuestros maestros quienes tienen años de experiencia. Asimismo, es importante fomentar la investigación en nuestro día a día no solo en el camino de nuestra carrera como estudiante, sino también por el resto de nuestra vida ya que todo ello conllevará a una mejor atención y resultados en cada uno de nuestros pacientes. A pesar de que el internado se redujo a 10 meses a causa de la pandemia, deben aprovechar al máximo cada una de sus rotaciones, así como también las ponencias realizadas por sus residentes o por ustedes mismos, ya que eso les ayudará a familiarizarse y manejar mejor cada patología. Finalmente, mi mejor recomendación es que cada día después de terminar nuestro trabajo en el establecimiento de salud, estudien la patología de cada uno de sus pacientes para de esta manera puedan realizar un correcto manejo de su enfermedad. Siempre sean empáticos no solo con su paciente, sino también con su familia, deben comprender su preocupación frente a la situación que están pasando.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Delgado MF. Internado médico en el primer nivel de atención. [Online].; 2021.. Disponible en: <https://www.aspefam.org.pe/series/serie5.pdf>.
2. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N°622-2020-MINSA. [Online].; 2020.. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1097726-622-2020-minsa>.
3. Ortiz Ruiz ME, Matute Labrador. Miomatosis uterina. [Online].; 2009.. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2009/bc094h.pdf>.
4. Fábregues. Mioma uterino-manifestaciones clínicas y posibilidades actuales de tratamiento conservador. [Online].; 2002.. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-mioma-uterino-manifestaciones-clinicas-posibilidades-13036877>.
5. Mutch D. Miomas uterinos. [Online].; 2020.. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/miomas-uterinos/miomas-uterinos>.
6. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica y de procedimientos en ginecología. [Online].; 2020.. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3319.pdf>.
7. Ugalde Gonzales F, Rivera Gutiérrez H, Duran Méndez MJ. Candidiasis Vulvovaginal recurrente. [Online].; 2021.. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/700>.
8. Sánchez CL, Pineda F. Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. [Online].; 2011.. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2011/myl113-4d.pdf>.

9. Frieden T. Tuberculosis, detección de casos, tratamiento y vigilancia. [Online].; 2004.. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/742/9275316171.pdf?sequence=1>.
10. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Manejo de la tuberculosis en atención primaria de la salud. [Online].; 2013.. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31260/index.pdf?sequence>.
11. Garro Urbina V, Thuel Gutierrez M. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. [Online].; 2020.. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207j.pdf>.
12. Brodas J, Ballsels J. Valoración y tratamiento de la pancreatitis aguda. [Online].; 2014.. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-valoracion-tratamiento-pancreatitis-aguda-documento-S0210570514002465>.
13. Monestes J, Galindo F. Colecistitis aguda. [Online].; 2009.. Disponible en: <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/ccuarentayuno.pdf>.
14. Álvarez M, Zarate A. Colecistitis aguda. [Online]. Disponible en: <https://medfinis.cl/img/manuales/Colecistitis%20aguda.pdf>.
15. De la Concha Tiznado M, Flores Palomar JF. Actualizaciones en la mordedura de perro. [Online].; 2020.. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2020/am203i.pdf>.
16. Pérez Cánovas C. Mordeduras y picaduras de animales. [Online].; 2020.. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/24_mordeduras_picaduras.pdf.
17. Orozco Cardenas A. Tratamiento de las mordeduras de perro. [Online].; 2014.. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc142w.pdf>.
18. Sanz Borrell L, Chiné Segura M. Neumonía y neumonía recurrente. [Online].; 2016.. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx01/04/n1-038-050_LidiaSanz.pdf.

19. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de neumonía en las niñas y los niños. [Online].; 2019.. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4931.pdf>.
20. Cobos Barroso , Escribano Montaner. Protocolo del tratamiento de las neumonías en la infancia. [Online].; 1999.. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/50-2-18.pdf>.
21. Vásquez Rojas A. Enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años. [Online].; 2020.. Disponible en: https://eipediatria.com/num_ants/julio-septiembre-2020/03_V%C3%A1zquez-Rojas_A_Rev_EIP_2020.pdf.
22. Reyes Gómez U, Reyes Hernández K. Enfermedad diarreica aguda en niños. [Online].; 2018.. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salquintanaroo/sqr-2018/sqr1840f.pdf>.
23. Barrio Torres J, Roman Riechmann E. Diarrea aguda. [Online].; 2020.. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2-diarrea_aguda.pdf.