



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL  
JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA Y CENTRO DE SALUD  
SAN ANTONIO DE PEDREGAL**

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

**PRESENTADO POR  
JOHANN RONALDO FARGE VERÁSTEGUI**

**ASESOR  
ERICSON LEONARDO GUTIERREZ INGUNZA**

**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**

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL JOSÉ  
AGURTO TELLO DE CHOSICA Y CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO  
DE PEDREGAL**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADA POR**

**JOHANN RONALDO FARGE VERÁSTEGUI**

**ASESOR**

**DR. ERICSON LEONARDO GUTIERREZ INGUNZA**

**LIMA – PERÚ**

**2023**

## **JURADOS**

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

:

## **DEDICATORIA**

A mis padres, por el poder brindarme una educación de calidad y estar siempre apoyándome.

## ÍNDICE

RESUMEN	v
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	2
I.1 Rotación en Medicina Interna	2
I.2 Rotación en Cirugía General	5
I.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia	10
I.4 Rotación en Pediatría	14
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	18
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	20
III.1 Rotación en Medicina Interna	20
III.2 Rotación en Cirugía General	22
III.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia	25
III.4 Rotación en Pediatría	26
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	29
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES	32
FUENTES DE INFORMACIÓN	33

## RESUMEN

**Introducción:** Siendo el último año de la carrera profesional de medicina, el internado médico también se presenta como el año donde pondremos en práctica todo el conocimiento anteriormente aprendido en pregrado, donde no solamente evocaremos nuestro conocimiento, sino también se pone en práctica nuestra habilidad de cómo nos desenvolvemos y respondemos ante las diferentes situaciones que se nos presenta, siempre buscando el bienestar del paciente y manteniendo siempre los principios morales y éticos.

**Objetivo:** En el presente documento se expone mi experiencia en el internado médico, con el propósito de presentar como el ir adquiriendo experiencia progresivamente, el reforzar los conocimientos previos, y el proceso mediante la enseñanza y aprendizaje, facilitaron el brindar una adecuada atención, diagnósticos oportunos y tratamientos apropiados.

**Materiales y métodos:** Se presentarán 8 casos obtenidos de las diferentes rotaciones en los servicios de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, y Pediatría, del Hospital José Agurto Tello de Chosica, así como del Centro de Salud San Antonio de Pedregal, cuyos casos fueron identificados, evaluados y analizados, para sustentar un diagnóstico oportuno y con ello realizar una terapéutica dirigida para cada uno de los diferentes casos.

**Resultados:** Medicina Interna. Caso n °1: Paciente mujer de 34 años acude por pérdida de peso, poliuria, polifagia y polidipsia; presenta diagnóstico definitivo de diabetes mellitus tipo 2. Caso n °2: Paciente mujer de 47 años acude por presentar flogosis en miembro inferior; presenta diagnóstico definitivo de celulitis en pierna derecha. Cirugía General. Caso n °1: Paciente mujer de 50 años ingresa por presentar dolor abdominal crónico; presenta diagnóstico definitivo de colecistitis crónica calculosa. Caso n °2: Paciente varón de 19 años ingresa por síndrome doloroso abdominal; presenta diagnóstico definitivo de apendicitis aguda complicada. Ginecología y Obstetricia. Caso n °1: Paciente mujer de 21 años primigesta ingresa

por referir sangrado vaginal; presenta diagnóstico definitivo de aborto frustrado. Caso n °2: Paciente mujer de 27 años acude por presentar síndrome de flujo vaginal; presenta diagnóstico definitivo de tricomoniasis. Pediatría. Caso n °1: Paciente varón de 4 años ingresa por presentar crisis convulsiva; presenta diagnóstico definitivo de convulsión febril simple. Caso n °2: Paciente mujer de 4 años ingresa por presentar estridor; presenta diagnóstico definitivo de crub viral moderado.

**Conclusiones:** En el internado médico se aprenderán las habilidades necesarias que debemos manejar para lograr el desarrollo en el ámbito profesional, donde si bien se evocara todo lo aprendido en años anteriores, se presentaran limitaciones que nos hará adecuarnos a la situación para el manejo de estos. Además, se aprenderá a manejar y desenvolverse con seguridad ante los diferentes casos que se nos presente como médicos.

**PALABRA CLAVE:** Internado médico, Medicina.

## ABSTRACT

**Introduction:** Being the last year of the professional career of medicine, the medical internship is also presented as the year where we will put into practice all the knowledge previously learned in undergraduate, where we will not only evoke our knowledge, but also put into practice our ability of how we develop and respond to the different situations that we are presented, always seeking the welfare of the patient and always maintaining the moral and ethical principles.

**Objective:** This paper presents my experience in the medical internship, with the purpose of presenting how the progressive acquisition of experience, the reinforcement of previous knowledge, and the process through teaching and learning, facilitated the provision of adequate care, timely diagnosis and appropriate treatment.

**Materials and methods:** 8 cases obtained from the different rotations in the Internal Medicine, Gynecology and Obstetrics, General Surgery, and Pediatrics services of the José Agurto Tello Hospital in Chosica, as well as the San Antonio de Pedregal Health Center, whose cases were identified, evaluated and analyzed, to support a timely diagnosis and thus make a targeted therapy for each of the different cases, will be presented.

**Results:** Internal Medicine. Case n °1: A 34 year old female patient presents with weight loss, polyuria, polyphagia and polydipsia; she presents a definitive diagnosis of diabetes mellitus type 2. Case n ° 2: A 47 years old female patient presents with phlogosis in lower limb; presents definitive diagnosis of cellulitis in right leg. General surgery. Case n ° 1: A 50 years old female patient is admitted for presenting chronic abdominal pain; presents a definitive diagnosis of chronic calculous cholecystitis. Case n °2: A 19 year old male patient admitted for abdominal pain syndrome; presents definitive diagnosis of complicated acute appendicitis. Gynecology and Obstetrics. Case n °1: A 21 year old primigravid female patient admitted for referring vaginal bleeding; presents definitive diagnosis of missed abortion. Case n °2: A 27 year old female patient presents with vaginal discharge syndrome; definitive diagnosis of trichomoniasis. Pediatrics. Case n ° 1: Male patient of 4 years old is admitted for presenting convulsive crisis; presents definitive diagnosis of simple febrile convulsion.

Case n °2: Female patient of 4 years old admitted for presenting stridor: presents definitive diagnosis of moderate viral crub.

**Conclusions:** In the medical internship the necessary skills that we must manage to achieve the development in the professional field will be obtained, where although everything learned in previous years will be evoked, there will be limitations that will make us adapt to the situation for the management of these. In addition, we will learn how to manage and perform safely in the different cases that are presented to us as doctors.

**KEYWORD:** Medical internship, Medicine.

NOMBRE DEL TRABAJO

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO  
EN EL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO  
DE CHOSICA Y CENTRO DE SALUD SAN  
AN**

AUTOR

**FARGE VERÁSTEGUI, JOHANN RONALD  
O**

RECuento DE PALABRAS

**9443 Words**

RECuento DE CARACTERES

**52550 Characters**

RECuento DE PÁGINAS

**44 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**335.3KB**

FECHA DE ENTREGA

**Apr 17, 2023 11:50 AM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Apr 17, 2023 11:51 AM GMT-5**

● **13% de similitud general**

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

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



ERICSON GUTIERREZ INGUNZA  
MEDICO CIRUJANO  
C.M.P. 51968

ASESOR: DR ERICSON LEONARDO GUTIERREZ INGUNZA

DNI: 42160697

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4725-6284>

## INTRODUCCIÓN

En Perú se considera al último año de estudios de la carrera de medicina humana como internado médico, una etapa en la cual el futuro médico aplica los conocimientos adquiridos en los años anteriores para poder así desarrollar de manera correcta las diversas habilidades clínicas en el ámbito sanitario en el cual ejercerá su profesión, sin restar importancia al aspecto ético y moral de la medicina.

Durante este periodo de formación, el interno tiene la oportunidad de ver el manejo ya sea en el diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de diversas patologías asimismo se adquiere las habilidades sociales, tanto con los pacientes (en el cual prima la empatía), como con el personal de salud, trabajando en conjunto para la adecuada atención integral sanitaria. Asimismo, se logra conocimiento en la parte preventivo-promocional de la medicina, una parte muy importante de la salud.

El internado médico se desarrolló aun durante la etapa de la pandemia por COVID 19, si bien los casos no eran tan frecuentes o de mayor severidad como anteriormente, se realizó las debidas medidas de bioseguridad debido al potencial riesgo de contagio, pese a esta limitante no se desaprovecho las oportunidades brindadas por cada servicio en la realización de las diversas labores correspondientes a un internado.

Este trabajo describe 8 casos clínicos de enfermedades frecuentes observadas en el ámbito clínico del Hospital José Agurto Tello, así como en el establecimiento de primer nivel de atención realizado en el Centro de Salud San Antonio de Pedregal.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El internado médico realizado en el Hospital José Agurto Tello de Chosica consistió de 4 rotaciones en los diferentes servicios: medicina interna, cirugía general, pediatría y gineco-obstetricia. En ello se aprendió a evaluar, manejar y tratar las diferentes situaciones de cada paciente, siendo ello bajo la guía de los asistentes. Por otro lado, en el Centro de Salud San Antonio de Pedregal se atendieron las patologías más frecuentes que nos encontraremos día a día como médicos.

A continuación, se presentarán 8 casos clínicos; 2 por cada rotación.

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

#### **Caso Clínico ° 1**

##### **Anamnesis:**

Paciente mujer de 34 años acude al centro de salud, refiriendo sentir que ha perdido peso este último mes, además que desde hace 2 semana acude frecuentemente al baño por las noches, aumentando el apetito y la sed.

##### **Antecedentes familiares:**

- Madre con diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada hace 12 años.
- Padre con diabetes mellitus tipo 2 diagnosticado hace 8 años.
- Abuela paterna con hipertensión arterial diagnosticada hace 5 años.

##### **Antecedentes personales:**

- Patológicos: Hipertensión arterial diagnosticada hace 4 años en tratamiento con Losartán 50 mg c/24 horas, DM (-), TBC (-), asma (-), COVID (-)
- Quirúrgicos: Niega
- Alergias: Niega

##### **Examen físico:**

- Funciones vitales: Temperatura: 36.3 ° C, PA: 136/80 mmHg, FC: 92 lpm, FR: 18 rpm, SatO2: 96 %, Talla: 1.58 m, Peso: 74 kg.
- AREG, AREN, AREH, ventila espontáneamente.

- Piel: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar < 2 seg, no cianosis, no ictericia, no palidez, acrocordones en cuello, acantosis nigricans en cuello y axilas.
- Mucosas: Húmedas.
- Tórax y pulmones: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, globuloso, blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación.
- Genito-urinario: PPL (-), PRU (-).
- SNC: Despierta, LOTEP, EG:15/15, no signos meníngeos, no focaliza.

#### **Diagnóstico:**

- Hipertensión arterial por antecedente de historia clínica
- D/C Diabetes mellitus tipo 2.

#### **Plan de trabajo:**

- Solicitar: hemoglobina, hematocrito, colesterol, triglicéridos y glucosa en ayunas.
- I/C nutrición

#### **Resultados:**

Hb: 13.8 gr/dL, hematocrito: 40.9 %, glucosa: 130 mg/dL, colesterol: 220, LDL: 130, HDL: 38, triglicéridos: 184.

Al obtener el resultado se corroboró mediante el interrogatorio si el paciente se encontró en ayunas en el momento del análisis de la glucosa, por lo que se le solicita acudir al día siguiente para una segunda toma de glucosa, de igual manera en ayunas. Siendo el resultado el siguiente día de 131 mg/dL, con ello confirmando el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, además de una dislipidemia.

Dejando como tratamiento la metformina de 850 mg c/12 horas, continuar con el losartán 50 mg c/24 horas, seguir las indicaciones del plan realizado por nutrición, y en 30 días venir para su reevaluación.

## **Caso Clínico ° 2**

### **Anamnesis:**

Paciente mujer de 47 años acude por emergencia al presentar dolor en pierna izquierda desde hace 4 días, además de mencionar que ha notado en su pierna izquierda una hinchazón, aumento de temperatura y un cambio progresivo en la coloración a un tono rojizo desde hace 7 días.

### **Antecedentes familiares:**

- Niega

### **Antecedentes personales:**

- Patológicos: Diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina de 850 mg c/12 horas diagnosticada hace 9 meses, hipertensión arterial (-) TBC (-), asma (-)
- Quirúrgicos: Niega
- Alergias: Niega

### **Examen físico:**

- Funciones vitales: Temperatura: 36.4°C, PA: 106/60 mmHg, FC: 87 lpm, FR: 16 rpm, SatO2: 96 %, Talla: 1.61 m, Peso: 92 kg.
- AREG, AREN, AREH, ventila espontáneamente, en silla de ruedas.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, globuloso, blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación.
- Genito-urinario: PPL (-), PRU (-).
- Extremidades: Pierna izquierda con aumento de volumen, eritema se extiende hasta parte posterior del 1/3 inferior, signo de flogosis y brillante.
- SNC: Despierta, LOTEP, EG:15/15, no signos meníngeos, no focaliza.

**Diagnóstico:**

- Diabetes mellitus tipo 2 por antecedente de historia clínica
- Celulitis en pierna derecha
- Obesidad grado 2 (IMC 35,5)

**Plan de trabajo:**

- Se le solicita: hemograma completo, glucosa, colesterol, triglicéridos y dímero D
- Iniciar antibioticoterapia

**Resultados:**

Hb: 14 gr/dL, hematocrito: 41.8 %, leucocitos: 13120 mm<sup>3</sup>, abastionados: 0 %, segmentados: 80.5 %, plaquetas: 182 000 mm<sup>3</sup>, glucosa: 130 mg/dL, colesterol: 157, LDL: 120, HDL: 37, triglicéridos: 174, dímero D: 0.2 µg.

Se realiza la hospitalización de la paciente donde se iniciará la antibioticoterapia mediante oxacilina 2gr ev c/4 horas por 5 días, clindamicina 600mg ev c/8 horas por 5 días, ibuprofeno 400 mg c/o horas por 3 días y la elevación del área afectada. La paciente presento evolución favorable, donde el signo de flogosis desapareció, presento algunos pliegues por la disminución del edema y pudiendo movilizar la extremidad sin dificultad alguna, antes de retirarse se le realizo I/C a nutrición para que le realice un plan de nutrición, esto debido a la obesidad que presenta puede predisponer una recidiva e incluso acentuar una celulitis.

**I.2 Rotación en Cirugía General****Caso Clínico ° 1****Anamnesis:**

Paciente mujer de 50 años acompañada de hija ingresa por emergencia al hospital JATCH, refiriendo que desde hace aproximadamente 4 horas después de desayunar presento un dolor tipo cólico que inicialmente empezó en epigastrio de moderada intensidad (5/10) y luego irradia a hipocondrio derecho, cada vez haciéndose más fuerte, por ello acudió a la farmacia para comprar ibuprofeno, que inicialmente le dio un leve alivio, luego empezó a volver el dolor más intenso (7/10), motivo por el cual acude por emergencia. Menciona además que aquel dolor en hipocondrio derecho lo

presento desde hace 3 años, pero nunca le tomo importancia debido que era intermitente.

**Antecedentes familiares:**

- Madre con diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada hace 20 años.

**Antecedentes personales:**

- Patológicos: Apendicitis aguda hace 27 años, HTA (-), DM (-), TBC (-), asma (-), COVID (-)
- Quirúrgicos: Apendicetomía convencional hace 27 años
- Alergias: Niega

**Examen físico:**

- Funciones vitales: Temperatura: 37°C, PA: 139/70 mmHg, FC: 106 lpm, FR: 22 rpm, SatO2: 97%
- AREG, AREN, AREH, ventila espontáneamente, facie dolorosa.
- Piel: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar < 2 seg, no cianosis, no ictericia, no palidez.
- Mucosas: Levemente hidratadas.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, taquicárdico, no soplos audibles.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, leve dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, signo de Murphy (+), no signos peritoneales.
- Genito-urinario: PPL (-), PRU (-).
- SNC: Despierta, LOTEP, EG:15/15, no signos meníngeos, no focaliza.

**Diagnóstico:**

- D/C colecistitis crónica

**Plan de trabajo:**

- Solicitar: Hemograma completo, glucosa, PCR
- Solicitar: Ecografía abdominal superior

**Resultados:**

Hemograma: Hb: 13 gr/dL, hematocrito: 38.2%, leucocitos: 10240 mm<sup>3</sup>, abastoados: 0%, segmentados: 70.1%, plaquetas: 282 000 mm<sup>3</sup>. Perfil hepático: Bilirrubinas totales: 1.41 mg/dL, bilirrubina directa: 0.54 mg/dL, bilirrubina indirecta: 0.87 mg/dL, TGO: 16 U/L, TGP: 19 U/L, fosfatasa alcalina: 226 U/L, gamma glutamil transferasa: 72 U/L, glucosa: 97 mg/dL, PCR: 6.20, ecografía: vesícula biliar de 9x5x4 con paredes engrosadas (4 mm), lumen no visible, presencia de múltiples cálculos en su interior, siendo el mayor tamaño de 19 mm, resto de órganos evaluados sin alteraciones ecográficas. Con el resultado de los exámenes y la ecografía se nos orienta al diagnóstico de una colecistitis crónica calculosa, por lo que se solicita los demás exámenes para ingresar a sala, serología: HIV prueba rápida: no reactivo, VHB prueba rápida: no reactivo, RPR-sífilis: no reactivo, examen completo de orina: no patológico, grupo sanguíneo: O+, y con ello se programa una colecistectomía laparoscópica, ya en sala de operaciones se encuentra el hallazgo de una vesícula biliar de 9 x 5 x 4 cm, paredes semiengrosadas con contenido de múltiples cálculos siendo el mayor de 20 mm, empotrada al lecho, de esta manera se confirma una colecistitis crónica calculosa, con ello se procede a realizar la colocación de trocánteres según la técnica americana modificada (03 trocánteres), disección del triángulo de Calot, clipaje de conducto cístico (02), clipaje de arteria cística (01), desperitonización del lecho vascular, extracción de vesícula biliar, electrofulguración de lecho, revisión de hemostasia, retiro de trocánteres y finaliza con el cierre de pared por planos. Posterior a la operación el paciente presenta una evolución favorable, presentando una tolerancia VO a las 12 horas y deambulando sin necesidad de apoyo a las 24 horas, por lo que a las 48 horas se indica su alta médica con las siguientes indicaciones: ibuprofeno 400 mg c/8 horas por 3 días, cefalexina 500 mg c/ 8 horas por 5 días y venir por consultorio externo dentro de 7 días.

## **Caso Clínico ° 2**

### **Anamnesis:**

Paciente varón de 19 años ingresa por emergencia refiriendo que desde hace 2 días presento por la noche un dolor tipo cólico que inicialmente empezó en epigastrio de moderada intensidad (4/10) y luego irradia a fosa iliaca derecha donde el dolor se hizo más intenso (6/10), ingirió té de anís para internar calmar el dolor, pero inmediatamente realizo un vomito no bilioso, luego a las 3 horas volvió a vomitar y perdió el apetito. Por la mañana presento sensación de alza térmica por lo que se tomó 2 tableta de paracetamol (1g), hace 1 hora el dolor se volvió intolerable por lo que acude inmediatamente al hospital

### **Antecedentes familiares:**

- Niega

### **Antecedentes personales:**

- Patológicos: Hipertensión arterial (-), DM (-), TBC (-), asma (-), COVID (-)
- Quirúrgicos: Niega
- Alergias: Niega

### **Examen físico:**

- Funciones vitales: Temperatura: 37.7°C, PA: 118/80 mmHg, FC: 100 lpm, FR: 24 rpm, SatO2: 97%
- AREG, AREN, AREH, ventila espontáneamente, facie dolorosa.
- Piel: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar < 2 seg, no cianosis, no ictericia, no palidez.
- Mucosas: Húmedas.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, taquicárdico, no soplos audibles.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos disminuidos, leve dolor a la palpación superficial en hemiabdomen inferior, signo de Mc Burney (+), signo de Rovsing (+), signo de Blumberg (+).

- Genito-urinario: PPL (-), PRU (-).
- SNC: Despierta, LOTEP, EG:15/15, no signos meníngeos, no focaliza.

### **Diagnóstico:**

- D/C apendicitis aguda complicada

### **Plan de trabajo:**

- Solicitar: Hemograma completo, glucosa, PCR
- Solicitar: Ecografía abdominal inferior

### **Resultados y manejo:**

Hemograma: Hb: 14 gr/dL, hematocrito: 41.6%, leucocitos: 14030 mm<sup>3</sup>, abastados: 0 %, segmentados: 72.4 %, plaquetas: 400 000 mm<sup>3</sup>, glucosa: 87 mg/dL. PCR: 10.11, ecografía: no se visualizó el apéndice, resto de órganos evaluados sin alteraciones ecográficas. Mediante la anamnesis y el examen físico ya nos orienta a un diagnóstico, y solamente se utiliza la ecografía para terminar de confirmar el diagnóstico de una apendicitis aguda complicada + peritonitis localizada, por lo que se solicita los demás exámenes para ingresar a una operación de urgencia, serología: HIV prueba rápida: no reactivo, VHB prueba rápida: no reactivo, RPR-sífilis: no reactivo, examen completo de orina: no patológico, grupo sanguíneo: O+, y con ello se programa una apendicetomía convencional + secado + drenaje. Ya en sala de operaciones se encuentra el hallazgo de un apéndice cecal de aprox. 10 x 1,5 cm de posición retrocecal ascendente, gangrenada en toda su extensión, perforada en 1/3 medio, plastronada con epiplón, base congestivo y friable, ciego fijo, secreción purulenta de 50 cc en fondo de saco de Douglas. Con estos hallazgos se procede a realizar una incisión transversa infraumbilical derecha, para continuar con una apendicectomía retrograda con ligadura de meso apendicular y base apendicular con seda negra, seguidamente se hace un secado de la cavidad, colocación de dren laminar en fondo de saco de Douglas, finalmente se hace el conteo de gases correspondiente y el cierre de la pared por planos. Posterior a la operación el paciente presenta una evolución lentamente favorable, drenaje sero-hemático de 7cc las primeras 24 horas, presenta tolerancia VO a las 12 horas, deposiciones a las 24

horas, deambulando sin necesidad de apoyo a las 36 horas, luego de 4 días de observación se indica su alta médica con las siguientes indicaciones: ibuprofeno 400 mg c/8 horas por 3 días, ciprofloxacino 500 mg c/ 12 horas por 5 días, metronidazol 500 mg c/8 horas por 5 días y venir por consultorio externo dentro de 5 días.

### **I.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia**

#### **Caso Clínico ° 1**

##### **Anamnesis:**

Paciente mujer de 21 años primigesta de 8 semanas por FUR ingresa por emergencia al referir que presento un escaso sangrado por la vagina desde hace 3 horas, niega otra molestia.

##### **Antecedentes obstétricos:**

- Fórmula obstétrica: G1 P0000
- FUR: 21/06/2022
- FPP: 28/03/2023
- EG: 8 semanas
- Controles prenatales: 0
- Menarquia: 12 años
- Anticonceptivos: Niega

##### **Antecedentes familiares:**

- Niega

##### **Antecedentes Personales:**

- Patológicos: Hipertensión arterial (-) DM (-) Asma (-), TBC (-), COVID (-)
- Quirúrgicos: Niega
- Alergias: Niega
- Transfusiones: Niega

##### **Examen físico**

- Funciones vitales: Temperatura: 37 ° C, PA: 118/80 mmHg, FC: 73 lpm, FR: 19 rpm, SatO2: 98%
- AREG, AREN, AREH, ventila espontáneamente.
- Piel: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar < 2 seg, no cianosis, no ictericia, no palidez.
- Mucosas: Húmedas.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles.
- Abdomen: Ruidos Hidroaéreos presentes, blando, depresible, leve dolor a la palpación superficial en hipogastrio.
- Tacto vaginal: Genitales externos conservados, vagina con longitud de 4cm, útero anteflexo aumentado de volumen, cérvix cerrado, se observa escaso sangrado oscuro mediante especuloscopia.
- SNC: Despierta, EG 15/15, LOTEPE.

**Diagnóstico:**

- D/C aborto frustrado

**Plan de trabajo:**

- Solicitar: Hemograma completo, grupo sanguíneo, factor RH, glucosa, perfil de coagulación, RPR, VHI, VHB prueba rápida
- Solicitar: Ecografía transvaginal

**Resultados y manejo:**

Hemograma: Hb: 12.9 gr/dL, hematocrito: 37.6 %, leucocitos: 8030 mm<sup>3</sup>, abastionados: 0 %, segmentados: 50 %, grupo sanguíneo: O+, plaquetas: 215 000 mm<sup>3</sup>, glucosa: 87 mg/dL, PCR: 1, HIV prueba rápida: no reactivo, VHB prueba rápida: no reactivo, RPR–sífilis: no reactivo. Ecografía transvaginal: útero anteroversoflexo de 74x54x72 mm, embrión de 11.3 mm sin presencia de latidos cardiacos. El encontrar el cuello cerrado y la ausencia de los latidos cardiacos nos confirma el diagnóstico establecido, es por ello que se procede a realizar la aspiración manual endouterina

(AMEU), para lo cual se realiza la preparación del cuello para el procedimiento y el manejo de sangrado mediante misoprostol 200 mcg en tabletas, y oxitocina 10 UI en ampolla, luego de 30 minutos se realiza el procedimiento sin mayor complicación y siendo enviada a observación por 12 horas. Finalmente realizada su alta se le indica como tratamiento ambulatorio el Ibuprofeno 400 mg VO c/8 horas por 3 días, metronidazol 500 mg c/8 horas por 5 días y venir por consultorio externo dentro de 7 días.

## **Caso Clínico ° 2**

### **Anamnesis:**

Paciente mujer de 27 años que labora como trabajadora sexual acude al centro de salud al referir que desde hace 6 días presenta un flujo vaginal amarillento que produce un mal olor parecido como a pescado podrido, además de comezón intensa en la vagina.

### **Antecedentes obstétricos:**

- FUR: 17/05/2022 (hace 14 días)
- Menarquia: 12 años
- Régimen catamenial:3/30
- Anticonceptivos: Preservativo en cada relación sexual, implante anticonceptivo subdérmico (1 sola varilla) de 2 años
- N ° de parejas sexuales: Aproximadamente 3 por semana
- Inicio de relaciones sexuales: 15 años

### **Antecedentes familiares:**

- Niega

### **Antecedentes Personales:**

- Patológicos: Hipertensión arterial (-) DM (-) Asma (-), TBC (-), COVID (-)
- Quirúrgicos: Niega
- Alergias: Niega
- Transfusiones: Niega

## **Examen físico**

- Funciones vitales: Temperatura: 37 ° C, PA: 103/70 mmHg, FC: 62 lpm, FR: 16 rpm, SatO2: 98%
- AREG, AREN, AREH, ventila espontáneamente.
- Piel: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar < 2 seg, no cianosis, no ictericia, no palidez.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no impresiona dolor a palpación.
- Tacto vaginal: Genitales externos conservados, útero anteflexo, cérvix cerrado, presencia de flujo verdoso amarillento de olor fétido, espumoso, mediante especuloscopia se observa colpitis en fresa.
- SNC: Despierta, EG 15/15, LOTEP, pupilas CIRLA

## **Diagnóstico:**

- Tricomoniasis

## **Plan de trabajo:**

- Solicitar: VIH prueba rápida y RPR–sífilis
- Iniciar antibioticoterapia
- Calmar sintomatología

## **Resultados y manejo:**

HIV prueba rápida: no reactivo, RPR–sífilis: no reactivo. Se indica metronidazol 2g vo dosis única, para calmar el prurito se aplicará clotrimazol 1 % en crema c/12 horas por 7 días, además se le indicará ciertas recomendaciones como el mantener las medidas de higiene en la zona íntima, usar ropa interior de algodón y evitar mantener relaciones sexuales hasta 1 semana después de culminar el tratamiento indicado.

## **I.4 Rotación en Pediatría**

### **Caso Clínico ° 1**

#### **Anamnesis:**

Madre ingresa por emergencia cargando a su menor hijo de 4 años quien se encuentra presentando una convulsión tónico – clónica, indicando que se encuentra de esa manera desde aproximadamente 5 minutos debido que se encontraba frente a la puerta del hospital cuando empezó a convulsionar. Madre además refiere que desde hace 1 día presenta aumento de temperatura por lo que le dio una cucharadita (5 ml) de paracetamol y no presento mejoría, por ello se encontraba en dirección al hospital con su menor hijo cuando empezó a convulsionar.

#### **Funciones biológicas:**

- Orina: Conservado
- Sed: Conservado
- Sueño: Conservado
- Deposiciones: Conservado
- Apetito: Disminuido

#### **Antecedentes familiares:**

- Madre niega

#### **Antecedentes personales:**

- Prenatales: CPN: 8
- Natales: Parto: eutócico, peso: 3500 gr, talla: 49 cm, Apgar: 1': 9, 5': 10
- Post natales: lactancia materna exclusiva por 6 meses
- Vacunas: completas para su edad

#### **Antecedentes patológicos:**

- Enfermedades anteriores: Madre niega
- Intervención quirúrgica: Madre niega
- Alergias: Madre refiere no presentar a medicamentos, alimentos o animales

**Examen físico:**

- Funciones vitales: Temperatura: 39 ° C, FC: 110 lpm, FR: 25 rpm, SatO2: 96%, Peso: 16 kg.
- Ventila espontáneamente sin apoyo de O2.
- Piel: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar < 2 seg, no palidez.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible.
- SNC: Despierto, reactivo a estímulos.

**Diagnóstico:**

- D/C convulsión febril simple

**Plan de trabajo:**

- Asegurar vía aérea permeable
- Iniciar tratamiento farmacológico
- Monitorizar funciones vitales

**Resultados y manejo:**

Inicialmente se permeabilizo la vía aérea, como no había presencia de secreciones no fue necesario realizar aspiración, en todo momento se monitorizo las funciones vitales. Una vez estabilizado se inició con el tratamiento farmacológico, mediante el uso de diazepam 9.5 mg ev, además de metamizol 160 mg ev. La crisis cedió a los 2 minutos de iniciarse el manejo, dando un total desde el momento de ingreso hasta el momento que se detuvo la convulsión aproximadamente 10 minutos. Después de ello se indicó a la madre que su hijo debía permanecer en observación por 4 horas, en los cuales no se presentó ninguna adversidad, de modo que se informa a la madre el uso correcto del antipirético y si presentara signos que le llamaran la atención como somnolencia, o volviera a convulsionar traerlo inmediatamente.

**Caso Clínico ° 2****Anamnesis:**

Paciente mujer de 4 años es traída por su padre al servicio de emergencia, el cual refiere que desde hace 4 días presento episodios de tos recurrente y estornudos con moco, hace 2 días presento fiebre (38°C) por lo que empezó a tomar paracetamol 2 cucharaditas (10 ml), cediendo de esta manera. El día de hoy la niña se encontraba irritable, siendo lo que llamó la atención del padre y el motivo por lo que acude a emergencias, siendo en el momento en que llora su hija donde se escucha la voz ronca.

**Funciones biológicas:**

- Orina: Conservado
- Sed: Disminuido
- Sueño: Incrementado
- Deposiciones: Disminuidas
- Apetito: Disminuido.

**Antecedentes familiares:**

- Madre con diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada hace 2 años

**Antecedentes personales:**

- Pre natales: CPN: 4
- Natales: Parto: eutócico, peso: 3600 gr, talla: 47 cm, Apgar: 1': 8, 5': 9
- Post natales: lactancia materna y formula por 6 meses, luego continuo con lactancia materna hasta los 2 años
- Vacunas: completas para su edad

**Antecedentes patológicos:**

- Enfermedades anteriores: Padre niega
- Intervención quirúrgica: Padre niega
- Alergias: Padre refiere no presentar a medicamentos, alimentos o animales

**Examen físico:**

- Funciones vitales: Temperatura: 36.8 ° C, FC: 105 lpm, FR: 28 rpm, SatO2: 94%, Peso: 14 kg
- Irritable, no colaboradora, ventila espontáneamente sin apoyo de O2
- Piel y mucosas: Tibias, húmedas, elástica, llenado capilar < 2 seg, no cianosis, no palidez, no ictericia
- Tórax: Amplexación conservada, tórax simétrico, MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no presenta, estridor inspiratorio al llanto
- CV: RCR de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Globuloso, Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación

SNC: Despierto, reactivo a estímulos

#### **Diagnósticos:**

- Crub viral moderado

#### **Plan de trabajo:**

- Hospitalización
- Hidratación
- Dexametasona
- Se solicita Hemograma completo, Prueba COVID-19, radiografía de tórax.

#### **Resultados y manejo:**

Hb: 12.9 g/dL, Hct: 37 %, leucocitos: 11.000, abastionados: 0 %, segmentados: 72 %  
plaquetas: 365,000, prueba COVID: negativa, radiografía de tórax: disminución de la luz a nivel de la laringe.

Inicialmente se buscó estabilizar a la paciente mediante la hidratación, y la limpieza de las fosas nasales. Luego se buscó mandar a hospitalización, seguidamente se dio inicio al tratamiento farmacológico con dexametasona 5 ml (1 cucharadita), la paciente no tolera y vomita, es por ello que se acude a administrar por ev. (2,5 ml) y continua en vigilancia. Al día siguiente presenta buena evolución, es por ello que es dada de alta a los 2 días, e indicando que debe acudir por consultorio externo dentro 7 días.

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

El siguiente trabajo se realizó en el Hospital José Agurto Tello de Chosica y en el Centro de Salud San Antonio de Pedregal.

El Hospital José Agurto Tello de Chosica ubicado en la provincia de Lima, distrito de Lurigancho, con dirección en Jr. Arequipa 218– Chosica. Es un centro hospitalario de nivel II-2, con la misión de poder brindar una atención integral de salud con el principal énfasis en la atención recuperativa, siendo su visión para el 2023 ser el nosocomio de referencia por excelencia para todo Lima Este. Actualmente cuenta con 36 años de creación y con ello múltiples especialidades se fueron agregando los últimos años (1).

Entre sus fortalezas se encuentra ser el hospital de referencia de la Oroya hasta parte del distrito de Ate, y contar con una Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, esto gracias a su ubicación geográfica. A pesar de lo anteriormente comentado, también presenta debilidades, siendo una de las principales el ser un hospital de mediana complejidad, ya que es indispensable el sistema de referencia a centros de mayor complejidad, esto por los limitados recursos y equipos con los que cuenta.

En el hospital se brindó la posibilidad de realizar desde procedimientos simples como el suturar heridas de menor tamaño y profundidad, curaciones de heridas o tomar muestra para la gasometría arterial (AGA), hasta procedimientos de mayor complejidad como el asistir en una operación; otras actividades a realizar fueron el atender partos, atender en tópico de emergencias, medicar, debatir sobre algún diagnóstico mediante conversatorios con los asistentes y residentes, realizar las evoluciones de los pacientes hospitalizados, realizar el trámite para ingreso a sala de operaciones u hospitalización, realizar las altas médicas. Siendo estas algunas de las actividades más frecuentes que se llegaron a desarrollar.

Culminado los primeros 5 meses, se realizó los 5 meses restantes en un Centro de Primer Nivel de Atención.

Centro de Salud San Antonio de Pedregal, presenta un nivel de complejidad I-3, se encuentra ubicado en la provincia de Lima, distrito de Lurigancho, con dirección en Av Alfonso Ugarte S/N – San Antonio de Pedregal (2), encontrándose en un asentamiento humano, siendo una zona de pobreza y clase media emergente, cerca se encuentra una quebrada donde se convierte en un peligro en la temporada de inundación por huayco. Encontrándose a 10 minutos en vehículo del Hospital José Agurto Tello de Chosica, siendo este último su hospital de referencia.

En el Centro acuden pacientes con patologías frecuentes y variadas, por motivo de encontrarse cerca de la Carretera Central y por su mismo clima de la zona.

En su cartera de servicios se encuentra: laboratorio, farmacia, medicina general, obstetricia, odontología, psicología, nutrición, Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) e inyectables. Además de contar con diferentes campañas como la vacunación en escolares, campaña nutricional, oftalmología, prevención contra dengue y vacunación contra la rabia.

En el Centro de Salud las actividades que se realizaron fueron la atención en triaje, atención del paciente dentro del consultorio médico, recetar medicamentos, realizar referencias para apoyar diagnóstico o continuar tratamiento, llenado de FUA, registro en el sistema de información hospitalaria (HIS), realizar campañas de prevención, suturar pequeñas heridas y retirar puntos de sutura.

## CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

### III.1 Rotación en Medicina Interna

#### Caso Clínico ° 1

La diabetes mellitus tipo 2 es un trastorno metabólico crónico que se identifica por una hiperglicemia crónica, además de un trastorno del metabolismo de carbohidratos, grasas o proteínas, siendo este trastorno una consecuencia de la disminuida secreción de insulina o aumento de la resistencia a este (3). Este tipo se encuentra presente en el 90 a 95% de los diabéticos, además suele manifestarse de manera insidiosa o progresiva (4).

Esta enfermedad va a presentar como factores de riesgo al sedentarismo, personas que consumen frecuentemente alimentos con alto valor calórico, tabaquismo, alcohol, antecedentes familiares, sobrepeso u obesidad, hipertensión arterial, antecedentes de diabetes gestacional, síndrome metabólico síndrome de ovario poliquístico, macrosómico, haber nacido con bajo peso o prematuridad (5).

El cuadro clínico va a depender que tan avanzado se encuentre la enfermedad, pudiendo ser asintomático hasta los primeros 8 a 15 años, mientras que los síntomas se presentan como polifagia, polidipsia, poliuria y pérdida de peso, incluso pudiendo presentar prurito y cansancio.

El diagnóstico se puede dar de las siguientes maneras: Glucemia en ayunas  $\geq 126$  mg/dl en 2 oportunidades, clínica de hiperglucemia o crisis hiperglucémica más glucemia  $\geq 200$  mg/dl en 1 oportunidad o glucemia  $\geq 200$  mg/dl 2 horas después de una carga de 75g vo de glucosa anhidra (5, 6).

El manejo constará en iniciar un tratamiento farmacológico en el momento del diagnóstico acompañado de un cambio en los estilos de vida, inicialmente se empezará la monoterapia con metformina, una tableta de 500 o 850 mg por día, de manera progresiva Incrementar de 500mg a 850mg cada 1 a 2 semanas si fuera necesario, en caso de estar contraindicado o presentar intolerancia puede iniciar con sulfonilureas (4, 7).

En este caso nuestro paciente recibió como tratamiento la metformina de 850 mg c/12 horas, continuar con su medicación habitual de losartán, seguir las indicaciones y venir para su reevaluación en 30 días.

### **Caso Clínico ° 2**

La celulitis es una infección aguda localizada en las partes blandas ocasionada por el ingreso de bacterias a través de una barrera cutánea alterada, siendo el patógeno más frecuente el *Streptococcus*, causando hasta el 80 % de los casos. Generalmente se presenta en personas de edad media y adultos mayores, de igual frecuencia en ambos sexos, y comprometiendo aproximadamente el 75 % de los casos a una extremidad inferior, más frecuentemente en el área pretibial (8). Los factores de riesgo abarcan desde los sistémicos como la obesidad o inmunosupresión, y otros de menor relevancia como el tabaco o diabetes mellitus, mientras que los factores de riesgo locales se encuentran la insuficiencia venosa, intertrigo interdigital, linfedema, trauma, quemadura, picadura de insecto o una discontinuación de la piel.

Clínicamente se presenta como una placa eritematosa brillante de bordes irregulares, intenso dolor, signos de flogosis, pudiendo acompañarse de fiebre y de vesículas en la zona afectada.

El diagnóstico es clínico, pero puede complementarse con exámenes adicionales como un hemograma completo, VSG y PCR, si bien generalmente se encuentran en valores aumentados, el encontrarse en valores casi normales no descarta la patología, en caso de presentar toxicidad o inmunosupresión podremos realizar un hemocultivo (8, 9, 10).

Respecto al tratamiento generalmente en casos de celulitis no complicada se recomienda 5 días de antibioticoterapia, acompañado de AINEs por 5 días y medidas generales como la elevación del miembro afectado e hidratación de la piel. (9)

## Tratamiento empírico para celulitis no purulentas (excluye SAMR)

	Adultos	Niños > 28 días
<i>Oral</i>		
Dicloxacilina	500 mg c/6 h	25-50 mg/kg al día en 4 dosis
Cefadroxilo	500 mg c/12 h	25-50 mg/kg al día en 3-4 dosis
Clindamicina	300-450 mg c/6-8 h	20-30 mg/kg al día en 4 dosis
<i>Parenteral</i>		
Cefazolina	1-2 g c/8 h	100 mg/kg al día en 3-4 dosis
Oxacilina	2 g c/4h	150-200 mg/kg al día en 4-6 dosis
Clindamicina	600-900 mg c/8 h	25-40 mg/kg al día en 3-4 dosis
Nafcilina	2 g c/4 h	150-200 mg/kg al día en 4-6 dosis

**Figura n ° 1:** Tratamiento empírico para celulitis no purulentas

**Fuente:** <https://www.actasdermo.org/es-actualizacion-el-abordaje-manejo-celulitis-articulo-S0001731018304253> (9)

En este caso nuestra paciente fue hospitalizada y recibió antibioticoterapia mediante oxacilina 2gr ev c/4 horas por 5 días, clindamicina 600mg ev c/8 horas por 5 días, ibuprofeno 400 mg c/8 horas por 3 días y la elevación del área afectada, presentando una evolución favorable.

### III.2 Rotación en Cirugía General

#### Caso Clínico ° 1

La colecistitis crónica es ocasionada por la inflamación de evolución prolongada de la vesícula biliar que persiste en el tiempo, como respuesta de episodios repetidos de colecistitis aguda, esto provocando alteraciones la morfología del órgano y su capacidad funcional. Asociado en más del 80 % a la presencia de cálculos biliares (11).

Clínicamente su presencia está relacionada con los síntomas, ya que los pacientes con inflamación crónica pueden tener solo síntomas mínimos o presentar náuseas, vómitos o dolor en hipocondrio derecho de leve a moderada intensidad (12).

Para su diagnóstico se recomienda la ecografía abdominal como método de elección para demostrar la presencia de cálculos y la morfología de la vesícula, se puede complementar con la colangiografía en caso de suponer una coledocolitiasis, mientras que en caso de sospechar una colecistitis crónica complicada solicitaremos un TAC abdominal.

Para su manejo es la Colecistectomía Laparoscópica, previamente haber realizado los siguientes exámenes de hemograma completo, urea, creatinina, glucosa, examen de orina completa perfil de coagulación, grupo sanguíneo- Rh, y serología.

En el caso presentado mediante los exámenes de laboratorio se llegó al diagnóstico de una colecistitis crónica calculosa, por lo que se solicitó los demás exámenes y el trámite correspondiente para poder ingresar a sala, donde se realizó una colecistectomía laparoscópica, no presentando complicación alguna durante el acto operatorio, siendo llevada inicialmente a sala de recuperación para luego pasar a hospitalización y mantenerse en observación y brindar los respectivos cuidados con analgésicos (tramadol sc c/ 12 horas) y profilaxis antibiótica. El paciente presento una evolución favorable, por ello se indicó su alta médica a las 48 horas con siguientes indicaciones: ibuprofeno 400 mg c/8 horas por 3 días, cefalexina 500 mg c/ 8 horas por 5 días y venir por consultorio externo dentro de 7 días (13).

## **Caso Clínico ° 2**

La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente en el mundo. Se clasifica en no complicada (congestiva y supurada) y complicada (necrosada y perforada). (14)

Clínicamente se puede encontrar en aproximadamente el 50% de los pacientes la secuencia de Murphy: Inicia dolor en epigastrio o mesogastrio que luego se traslada a fosa ilíaca derecha; seguidamente presenta náuseas y vómitos, y finalmente aparece fiebre. Actualmente, se refiere que es cada vez menor su uso porque el cuadro de apendicitis aguda cada vez se muestra más atípica (15, 16).

Para el diagnóstico sigue siendo de utilidad la escala de Alvarado. Donde se clasifican los riesgos: Riesgo bajo:  $\leq 4$ , Riesgo intermedio: 5 – 7 y Riesgo elevado: 8 – 10. Un riesgo bajo nos aleja del diagnóstico, riesgo intermedio puede corroborarse el diagnóstico mediante una TAC o en caso no contemos con ello, podremos realizar una ecografía abdominal, mientras que un riesgo elevado ya indica el manejo mediante apendicetomía (17, 18). Además, también realizar exámenes de laboratorio de hemograma completo y PCR.

**Cuadro.** Escala de puntuación para el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda según la escala de Alvarado

Aspecto	Manifestaciones clínicas y de laboratorio	Puntuación
Síntomas	Migración del dolor a fosa iliaca derecha	1
	Anorexia	1
	Náuseas y / o vómitos	1
Signos	Dolor en cuadrante inferior derecho	1
	Dolor al rebote o descompresión	2
	Fiebre	1
Laboratorio	Leucocitosis	2
	Desviación izquierda	1
Total de puntos		10

**Figura n ° 2:** Escala de Alvarado

**Fuente:** [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932015000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000200004) (17)

Para el manejo en caso de que se tratará de una apendicitis aguda no complicada se debe realizar apendicetomía convencional o laparoscópica, mientras si se tratara de una apendicitis aguda complicada realizaremos además de la apendicetomía drenaje en la cavidad o un lavado en la cavidad peritoneal (19 y 20).

El paciente ingresa con un puntaje de Alvarado de 8 puntos y es por ello que se programa apendicetomía convencional de urgencia y al ser complicada es necesario realizar un drenaje, a pesar de ello no se presentan complicaciones durante la operación por lo que es inicialmente llevado a sala de recuperación para luego pasar a hospitalización y mantenerse en observación donde recibe analgésico (tramadol 50 mg sc c/12 horas) y profilaxis antibiótica (ceftriaxona 1 g ev c/12 horas más

metronidazol 500 mg ev c/12 horas). Luego de 4 días de evolución lentamente favorable y de retirar el dren, se realiza el alta médica con las siguientes indicaciones: ibuprofeno 400 mg c/8 horas por 3 días, ciprofloxacino 500 mg c/ 12 horas por 5 días, metronidazol 500 mg c/8 horas por 5 días y venir por consultorio externo dentro de 5 días para su reevaluación.

### **III.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia**

#### **Caso Clínico ° 1**

El aborto según la OMS es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o cuando el feto aún mantiene < 500 g de peso, además es una de las principales causas de hemorragia obstétrica en la primera mitad del embarazo. Entre los diferentes tipos de aborto, se encuentra el aborto frustrado o retenido, como indica su nombre el feto muere, pero queda retenido en el útero (21).

Para sus criterios diagnóstico requiere los siguientes parámetros ecográficos:

- No hay visualización del embrión en una gestante con diámetro medio de saco gestacional de 25 mm, en la ecografía abdominal; o de 18 mm en una ecografía transvaginal.
- No identificación de latido cardíaco fetal en el embrión

Para el manejo deberá hospitalizarse y solicitar los diferentes exámenes como el perfil de coagulación, Hemograma completo, Grupo sanguíneo, factor Rh, examen completo de orina y serología. Si el cuello uterino no es permeable, se debe madurar con misoprostol. Luego debemos evaluar si existen alteraciones en las pruebas de coagulación, además de ello calcular la edad del feto, con estos datos podremos decidir si el procedimiento a realizar será un legrado o AMEU (22, 23).

En este caso la paciente se encontró hemodinámicamente estable, ecografía de embrión sin presencia de latidos cardíacos, al momento del tacto OCI cerrado, por lo que se solicita los exámenes restantes para programar su procedimiento. Al ser el embrión < 8 semanas y la madre no tener problemas de coagulación, se decide por realizar el AMEU, por lo que se prepara para administrar misoprostol 200 mcg vo en

tabletas, y oxitocina 10 UI ev en ampolla, para dilatar el cuello y evitar una hemorragia. Finalmente se realizó el procedimiento sin ninguna complicación pasando un corto tiempo en observación, siendo dada de alta con antiinflamatorios y antibióticos profilácticos, mencionándole que debe acercarse a consultorio externo en 7 días.

## **Caso Clínico ° 2**

La tricomoniasis es una infección de transmisión sexual muy frecuente en la población sexualmente activa, siendo causada por la *Trichomona vaginalis*. Sus factores de riesgo son el mantener múltiples parejas sexuales, abuso de drogas ev y el no usar método de barrera en el acto sexual (24).

Clínicamente manifiestan síndrome de flujo vaginal (aumento en la cantidad, color, olor), comúnmente acompañado de prurito y polaquiuria.

El si bien el diagnóstico por excelencia es el cultivo de Diamond, no todos los centros de salud cuentan con ello. Por ese motivo nos guiaremos mediante la anamnesis y el examen físico. Flujo: verdoso/amarilloso espumoso, especuloscopia: colpitis en fresa, síntoma principal: leucorrea, además de mencionarse un olor desagradable.

Para el tratamiento se puede indicar: metronidazol 2g vo en dosis única, tinidazol 2 g dosis única o metronidazol 500 mg vo c/ 12 por 7 días. En caso de presentar prurito genital se puede agregar clotrimazol 500 mg vía vaginal en dosis única (25).

En este caso la paciente fue tratada ambulatoriamente con dosis única de metronidazol 2g, el Centro de Salud al no tener clotrimazol vo, se hace entrega de clotrimazol 1 % en crema para su administración tópica por 7 días, además de indicar las medias de higiene y cuidado que deberá mantener.

## **III.4 Rotación en Pediatría**

### **Caso Clínico ° 1**

Las crisis febriles son episodios convulsivos que van a estar asociados a fiebre, en ausencia de infección, de algún disturbio metabólico o historia previa de crisis epilépticas sin fiebre, que ocurre en los niños entre los 6 meses a 5 años (con pico a los 18 meses). Siendo clasificada en 2 grupos:

Típicas	Atípicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- crisis generalizada breve</li> <li>- &lt; 15 min</li> <li>- Tipo: tónico, clónica o tónico – clónica</li> <li>- única vez dentro de las primeras 24 horas</li> <li>- Examen neurológico normal luego del período postictal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crisis de inicio focal</li> <li>- &gt;15 min</li> <li>- Tipo: focalizada</li> <li>- Se repite dentro de las 24 horas</li> <li>- Examen neurológico anormal luego del período postictal</li> </ul>

Siendo las típicas las de mayor frecuencia con aproximadamente el 70% de los casos (26).

Para el tratamiento inicialmente debemos asegurar la vía aérea permeable y aporte de oxígeno, aspiración de secreciones a demanda., siempre estar contabilizando la duración de la crisis. Inmediatamente seguiremos con el tratamiento farmacológico, siendo de elección el midazolam ev, o intranasal si no se consigue acceso, esto repetir a los 5 minutos si no cede y al mismo tiempo manejar el desencadenante que es la fiebre, vo si esta consciente o ir si se encuentra en crisis (27).

Al no contar con midazolam, el paciente fue tratado con diazepam, además de metamizol (ambos ev). La crisis duro poco tiempo después del tratamiento, donde el paciente permaneció en observación acompañado de la madre. No se presentó adversidad alguna, siendo permitido su alta, no sin antes orientar a la madre sobre los signos de alarma y el correcto uso del antipirético.

## Caso Clínico ° 2

El crup es una de las causas de obstrucción de las vías aéreas superiores en la infancia, presentándose entre los 3 meses a 4 años.

Los síntomas y signos clínicos que presenta son: tos perruna, estridor inspiratorio y puede presentarse sibilantes si existe compromiso a nivel bronquial.

Cuando se presenta el estridor solamente en el momento que el niño se agita, la guía del minsa nos indica que se trata de un crub moderado.

Es por ello que el paciente debe ser hospitalizado para su vigilancia, mantener la hidratación, y dexametasona vo o im (28).

En este caso, la paciente en momento de la evaluación no presento dificultad para respirar, por ello se realizó la hidratación correspondiente y la limpieza de fosas nasales, para luego pasar a hospitalización para su observación. Donde se le administra dexametasona ev, debido que no lo tolera vo, Presentando una buena evolución y siendo dada de alta a los 2 días.

## **CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

Siendo el último año de la carrera profesional, el internado médico también se presenta como el último año donde podremos cometer errores sin temor a equivocarnos, una vez culminado seremos totalmente responsables de las decisiones que tomemos. Es por ello que en el internado se refleja los conocimientos que, adquiridos de los años anteriores, y poder evocarlos y reforzarlos. Además del conocimiento también es importante el desarrollar el trato a los pacientes, la comunicación con el personal, la opinión crítica y buscar lograr un buen ambiente laboral.

Llegue a presenciar la carencia con la que cuentan los hospitales que se encuentran más a la periferia de la capital, y con ello también la habilidad del personal de ingeniárselas para cubrir esas carencias, demostrando realizar todo lo posible para satisfacer las necesidades de la población.

Otra carencia que se presentó en mi internado médico, fue el del personal, incluyendo a residentes e internos, esto si bien pudo ser una problemática para la atención de la población, también era una oportunidad para nosotros los internos de medicina, debido que podíamos realizar el mayor número de actividades, en los diferentes servicios.

Ahora daré un breve comentario de lo que aprendí de los diferentes servicios.

En la rotación por Medicina Interna pude aprender como evaluar a un paciente desde el primer momento que entra al consultorio, como saber si el paciente se encuentra exagerando los síntomas con total de que se lo atienda lo mas pronto posible, el saber dirigir la entrevista al paciente, el manejar las situaciones con la mayor calma y el analizar las situaciones antes de actuar.

En la rotación de Cirugía si bien fue la rotación de mayor desgaste físico, también fue en donde más aprendí de la práctica, aprendí a identificar una urgencia quirúrgica, a realizar curaciones de heridas sucias como de quemaduras, suturar

heridas desde simples hasta de mediana complejidad, colocación de sondas vesicales y evaluar pacientes policontusos.,

En Pediatría fue el servicio donde aprendes que no solamente debes tratar al paciente, también debes tratar con los padres, ya que te ven como a alguien a quien le pueden confiar a su hijo. Aprendí a reconocer las principales patologías respiratorias, así como manejar enfermedades diarreicas agudas, parasitosis y evaluar a un recién nacido.

En Gineco – Obstetricia participe en la atención de partos y aprendí la valoración del puerperio inmediato y el manejo de preeclampsia.

El internado lo culmine en el Centro de Salud, para aprender a laborar en un Primer Nivel de Atención, si bien los casos terapéuticos eran más limitados, se enfocó en la prevención y promoción de la salud, mediante las múltiples campañas realizadas.

A pesar de todo lo mencionado, habrá momento donde nos sentiremos cansados o agobiamos, ya sea por la sobrecarga de obligaciones o el hecho que se acerca la fecha del ENAM. Esos son los momentos donde debemos recordar que estamos en el último tramo de nuestra carrera (momentáneamente), y a partir del siguiente año tendremos muchas más responsabilidades y retos de mayor complejidad.

## **CONCLUSIONES**

- En el internado médico si bien se aplica lo que aprendemos de los libros de textos o bien leyendo de algún artículo, en la práctica entendemos que no todos los pacientes se manejan de la misma manera, por ello debemos adecuarnos para manejar los diferentes casos.
- En el internado médico se pone a prueba nuestra vocación de servir, debido a que no llega a ser lo mismo el tener conocimiento de medicina, que el aplicar ese conocimiento en la práctica. Este último involucra tener una solución o respuesta casi inmediata para tranquilizar al paciente, además de tener empatía con cada uno de ellos.
- Aprenderemos de primera línea las limitaciones con las que cuenta nuestro sistema de salud, como la falta de medicamentos o insumos, malas condiciones de los equipos médicos o del establecimiento, déficit y mala distribución de especialistas en el país; siendo estas solo algunas de las problemáticas que se nos presentan.
- El principal objetivo del internado médico es el aprender a manejar y desenvolverse con seguridad ante los diferentes casos que se nos presente como médicos.

## **RECOMENDACIONES**

El primer paso para aprender a hacer un buen internado es entender que todo el personal trabaja en equipo, si bien el médico es de mayor jerarquía, las funciones que realizan los diferentes trabajadores son de igual importancia. Además de ello, en muchas ocasiones nos ayudaran en buscar soluciones a problemas u orientarnos en trabajos que no conocemos, por ello siempre es bueno mantener una relación de buen ambiente laboral con cada uno de ellos.

Si bien este es el año donde aplicamos todo lo aprendido previamente, siempre habrá situaciones que no podremos manejar solos, por ello no dudar en preguntar a los médicos de mayor jerarquía, de igual manera no tener miedo a los comentarios o críticas que nos realicen, porque todo ello busca que seamos mejores profesionales y reforzar nuestras deficiencias.

El quedarse más tiempo en el centro hospitalario del horario indicado, o ser muy participativo, nos brinda mayores posibilidades de aprendizaje, y con ello además el reconocimiento del personal de salud.

Si bien el internado médico depende mucho del desenvolvimiento de cada uno, es muy importante la situación de los convenios que cuenta la universidad con las diferentes sedes, debiendo la universidad buscar un mayor número de convenios y el estar pendiente de cuando culmina su convenio con cada uno, para de esta manera renovarlo sin complicaciones, así evitando dificultades para el desarrollo del internado.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital José Agurto Tello Chosica. Misión y visión del Hospital José Agurto Tello de Chosica [Internet]. [citado el 12 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.hospitalchosica.gob.pe/mision-y-vision.php>
2. Establecimientos de Salud. Centro de Salud San Antonio de Pedregal Lurigancho [Internet]. [citado el 12 de abril de 2023]. Disponible en <https://www.establecimientosdesalud.info/lima-este/centro-de-salud-san-antonio-de-pedregal-lurigancho/>
3. Goyal R, Jialal I. Diabetes Mellitus Type 2 [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2023 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513253/>
4. MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención [Internet]. Lima: MINSA; 2016 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
5. Leiva AM, Martínez MA, Petermann F, Garrido-Méndez A, Poblete-Valderrama F, Díaz-Martínez X, et al. Factores asociados al desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 en Chile. *Nutrición Hospitalaria*. abril de 2018;35(2):400-7.
6. PAHO. Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2 [Internet]. Washington D.C: PAHO; 2020 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53007>
7. Hospital Cayetano Heredia – Servicio de endocrinología. Práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 [Internet]. Lima: MINSA; 2018 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53007/OPSWNMHNV200043\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53007/OPSWNMHNV200043_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
8. Ortiz-Lazo E, Arriagada-Egnen C, Poehls C, Concha-Rogazy M. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. *Actas Dermosifiliogr*. 1 de marzo de 2019;110(2):124-30.
9. Benaiges A. Concepto, clasificación y tratamiento de la celulitis. *Offarm*. 1 de mayo de 2003;22(5):78-88.

10. Fica C A. Celulitis y erisipela: Manejo en atención primaria. Rev chil infectol [Internet]. 2003 [citado 12 de abril de 2023];20(2). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182003000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182003000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
11. Luis Enríquez Sánchez, José García Salas, Javier CarrilloGorena. Colecistitis crónica y aguda, revisión y situación actual en nuestro entorno. México: Cirujano general; Julio-septiembre 2018; Vol. 40 (3) paginas. 175-178.
12. Salam F. Zakko. Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=chronic%20cholecystitis&source=search\\_result&selectedTitle=1~23&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H5](https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=chronic%20cholecystitis&source=search_result&selectedTitle=1~23&usage_type=default&display_rank=1#H5)
13. Héctor Cid B. Colecistitis crónica. [Internet]. Chile: Hospital Clínico San Borja; 2019 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://cirugiasanborja.cl/wp-content/uploads/2019/06/14.-Colecistitis-cronica.pdf>
14. González RCR, Álvarez JG, Téllez RT. Apendicitis aguda: Revisión de la literatura. Rev Hosp Jua Mex 2009; 76 (4): 210-216.
15. Juan-Pastor A. [Apendicitis aguda y la importancia del diagnóstico clínico]. Gac Med Mex. 2019;155(1):112.
16. Rocha Quintana A, Fernández Suárez O, Rodríguez Larraburu E, Castro Rodríguez C. Valoración de la secuencia de Murphy como elemento clínico de diagnóstico en la apendicitis aguda. MediSur. abril de 2011;9(2):81-7.
17. de Quesada Suárez L, Ival Pelayo M, González Meriño CL. La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda. Revista Cubana de Cirugía. junio de 2015;54(2):121-8.
18. Apendicitis aguda: revisión de la literatura [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992019000100033](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033)

19. Rodríguez Fernández Z. Tratamiento de la apendicitis aguda. Revista Cubana de Cirugía [Internet]. marzo de 2019 [citado 12 de abril de 2023];58(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74932019000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74932019000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
20. Snyder MJ, Guthrie M, Cagle S. Acute Appendicitis: Efficient Diagnosis and Management. Am Fam Physician. 1 de julio de 2018;98(1):25-33.
21. Enrique Guevara Ríos. Aborto [Internet]. Perú: 2023 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/4044\\_2015\\_07\\_14\\_complicaciones\\_aborto.pdf](https://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/4044_2015_07_14_complicaciones_aborto.pdf)
22. MINSA. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutoria [Internet]. Lima: MINSA; 2007 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852\\_IMP198.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf)
23. OMS. Tratamiento médico del aborto. WHO [Internet]. 2007 [citado el 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1>
24. Schumann JA, Plasner S. Trichomoniasis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534826/>
25. MINSA. Guía nacional de manejo de casos de ETS [Internet]. Lima: MINSA; 2014 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2104.pdf>
26. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de crisis febriles [internet]. Minsa. Publicado 15 de septiembre del 2021, citado el 05 de noviembre de 2022. Disponible en: [https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2021/RD/RD\\_369-2021-HCH-DG.pdf](https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2021/RD/RD_369-2021-HCH-DG.pdf)
27. Marlon Alexander Cerna Márquez, et all. Crisis Convulsivas Febriles: Revisión Integral [internet]. Acta Pediátrica Hondureña, Vol. 8, No. 2. 2018. Citado el 06

de septiembre de 2022. Disponible en:  
<http://www.bvs.hn/APH/pdf/APHVol8/pdf/APHVol8-2-2017-2018-8.pdf>

28. MINSA. Guía clínica y terapéutica, para uso del personal sanitario cualificado en programas curativos, hospitales y dispensarios. [Internet]. Lima: Medicins Sans Frontiers; 2016 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en:  
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4229.pdf>