



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO EN UN CENTRO  
DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y UN HOSPITAL DE LIMA  
NORTE 2022 - 2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
BRANDO ISRAEL LIBON MAICEL**

**ASESOR  
RISOF ROLLAND SOLIS CONDOR**

**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 UN CENTRO DEL  
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y UN HOSPITAL DE LIMA  
NORTE 2022 - 2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR**

**BRANDO ISRAEL LIBON MAICEL**

**ASESOR:**

**DR. RISOF ROLLAND SOLIS CONDOR**

**LIMA, PERÚ**

**2023**

## **JURADO**

**Presidente:** Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga.

**Miembro:** Dr. Johandi Delgado Quispe.

**Miembro:** Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mi hermana, mis padres y mis abuelos quienes en todo el trayecto de mi carrera profesional han estado brindándome su apoyo incondicional.

A mi abuelo, a pesar que ya no está presente conmigo físicamente, me cuida y guía desde el cielo.

De la misma forma, deseo agradecer a Dios por brindarme salud a lo largo de la carrera y las fuerzas para continuar a pesar de todo.

## **AGRADECIMIENTOS**

A toda mi familia, por su soporte totalmente incondicional en el transcurso de mi etapa universitaria, gracias por siempre velar por mí y darme fuerzas para continuar y no rendirme.

Al Dr. Risos Solís, quién con su comprensión, dedicación y entereza pudo guiarme en el proceso del presente trabajo.

## ÍNDICE

ÍNDICE .....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT .....	viii
INTRODUCCIÓN.....	xi
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	1
<b>1.1 Rotación de Cirugía General.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Rotación de Pediatría .....</b>	<b>5</b>
<b>1.3 Rotación de Ginecología y Obstetricia .....</b>	<b>7</b>
<b>1.4 Rotación por Medicina Interna: .....</b>	<b>10</b>
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA .....	14
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL .....	15
<b>3.1 Rotación de Cirugía General.....</b>	<b>15</b>
<b>3.2 Rotación de Pediatría .....</b>	<b>19</b>
<b>3.3 Rotación de Ginecología y Obstetricia .....</b>	<b>22</b>
<b>3.4 Rotación de Medicina Interna:.....</b>	<b>25</b>
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.....	28
CONCLUSIONES.....	30
RECOMENDACIONES.....	31
FUENTE DE INFORMACIÓN .....	32
ANEXO 1 .....	36
ANEXO 2 .....	36
ANEXO 3.....	37
ANEXO 4.....	37

## RESUMEN

El internado médico en el Perú se considera una etapa en donde los estudiantes de medicina del último año, que han culminado sus estudios teóricos alcancen poner en destreza sus conocimientos y consigan la capacidad de ampliar sus experiencias en al área clínica y obtener a base de ello un juicio crítico.

**Objetivo:** Exponer las lecciones y el desarrollo del internado médico situado durante el periodo 2022 - 2023. Asimismo, especificar la trayectoria profesional de acuerdo al entorno vivido durante el internado.

**Metodología:** Se puntualizaron las vivencias y lecciones del internado médico ejecutado en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales y en el Centro de Salud 1-III Gustavo Lanatta de San Martín de Porres.

**Resultados:** Caso 1 – paciente varón de 27 años acude por presentar dolor abdominal tipo cólico localizado en fosa iliaca derecha asociado a náuseas y vómitos, cuenta con el diagnóstico de síndrome doloroso abdominal a descartar Apendicitis. Caso 2 – paciente femenina de 27 años acude por presentar dolor abdominal tipo cólico a nivel de hipocondrio derecho, refiere antecedente de ingesta de comida copiosa, cuenta con el diagnóstico de síndrome doloroso abdominal a descartar Colecistitis. Caso 3 – paciente varón de 9 años acude por presentar lesiones escoriativas extensas a nivel de MMSS y MMII asociado a prurito con mayor intensidad en las noches, cuenta con el diagnóstico de Escabiosis. Caso 4 – paciente femenino de 6 años acude por presentar otalgia con evidencia de secreción purulenta, cuenta con el diagnóstico de Otitis media aguda. Caso 5 – paciente femenina de 23 años acude por presentar dolor pélvico tipo cólico con sangrado vaginal de escasa cantidad, cuenta con el diagnóstico de aborto incompleto. Caso 6 – paciente femenina de 32 años acude por presentar flujo vaginal de mal olor y d color grisáceo, cuenta con el diagnóstico de vaginosis bacteriana. Caso 7 – paciente varón de 49 años acude por presentar cuadro clínico respiratorio asociado a disnea a medianos esfuerzos con antecedente de pico febril, cuenta con el diagnóstico de Neumonía adquirida en la comunidad. Caso 8 – paciente masculino de 51 años acude por presentar mareos repetitivos



produciéndole inestabilidad a la marcha con sensación nauseosa cuenta con el diagnóstico a descartar síndrome de Meniere.

**Conclusiones:** El internado médico es un período muy relevante de formación, en donde ponemos en práctica toda nuestra base de conocimiento adquirido a lo largo de la carrera. En todo momento nos impulsan a tener una capacitación constante para manejar de forma adecuada a los pacientes y sobretodo con una visión relacionada a la realidad de nuestro país.

**Palabras clave:** Internado médico hospitalario, primer nivel de atención, crisis sanitaria.

## ABSTRACT

The medical internship in Peru is considered a stage where last-year medical students, who have completed their theoretical studies, are able to put their knowledge to use and gain the ability to broaden their experiences in the clinical area and obtain, based on it, a critical judgment.

**Objective:** To expose the lessons and the development of the medical internship located during the period 2022 - 2023. Also, to specify the professional trajectory according to the environment lived during the internship.

**Methodology:** The experiences and lessons of the medical internship carried out at the Sergio E. Bernales National Hospital and at the 1-III Gustavo Lanatta Health Center in San Martin de Porres were pointed out.

**Results:** Case 1 – A 27-year-old male patient attended for colicky abdominal pain located in the right iliac fossa associated with nausea and vomiting, diagnosed with abdominal pain syndrome to rule out appendicitis. Case 2 – A 27-year-old female patient attended for colicky abdominal pain at the level of the right hypochondrium, referred a history of ingesting copious food, and had a diagnosis of abdominal pain syndrome to rule out cholecystitis. Case 3 – 9-year-old male patient attended for presenting extensive excoriative lesions at the level of MMSS and MMII associated with itching with greater intensity at night, with a diagnosis of scabies. Case 4 – 6-year-old female patient presented with otalgia with evidence of purulent discharge, with a diagnosis of acute otitis media. Case 5 – A 23-year-old female patient attended for colic-type pelvic pain with a small amount of vaginal bleeding, with a diagnosis of incomplete abortion. Case 6 – A 32-year-old female patient attended due to vaginal discharge with a bad smell and a grayish color, with a diagnosis of bacterial vaginosis. Case 7 – A 49-year-old male patient attended due to respiratory symptoms associated with dyspnea at moderate exertion with a history of feverish spike, with a diagnosis of community-acquired pneumonia. Case 8 – A 51-year-old male patient attended due to repetitive dizziness causing gait instability with a nauseating sensation, he had a diagnosis to rule out Meniere's syndrome.

**Conclusions:** The medical internship is a very relevant period of training, where we put into practice all our knowledge base acquired throughout our career. At all times they encourage us to have constant training to properly handle patients and above all with a vision related to the reality of our country.

**Keywords:** Hospital medical internship, first level of care, health crisis.

NOMBRE DEL TRABAJO

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO  
EN UN CENTRO DEL PRIMER NIVEL DE A  
TENCIÓN Y UN HOSPITAL DE LIMA NOR**

AUTOR

**BRANDO ISRAEL LIBON MAICEL**

RECUENTO DE PALABRAS

**9135 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**51442 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**46 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**326.7KB**

FECHA DE ENTREGA

**Apr 18, 2023 11:11 AM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Apr 18, 2023 11:12 AM GMT-5**

● **12% de similitud general**

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

- 12% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



**Dr. RISOF R. SOLIS CONDOR**  
Médico Neumólogo  
CMP: 35913  
RNE: 18582

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9770-8085>

## INTRODUCCIÓN

El internado médico en el Perú se considera una etapa en donde los estudiantes de medicina del último año, que han culminado sus estudios teóricos alcancen poner en destreza sus conocimientos y consigan la capacidad de ampliar sus experiencias en al área clínica y obtener a base de ello un juicio crítico en un contexto hospitalario, además de un adecuado manejo de atención medica de manera oportuna. Por ello, el internado es de suma importancia para la capacitación del profesional de salud por lo que constituye el pilar fundamental para trabajar de forma directa con los pacientes y aprender de las diversas patologías que presentan cada uno de ellos. En esta etapa los internos cuentan con el alcance de poder observar el tratamiento de los pacientes, lo cual obtendrán experiencia del manejo multifactorial del paciente como identificar el diagnóstico, tratamiento y brindar una adecuada atención, del mismo modo lograr una comunicación integral con los pacientes y el personal de salud asignado en nuestra área. En el internado se dispone de un conjunto de profesionales médicos sumamente capacitados que se encargan de la parte docente, brindando una enseñanza integral en base de sus logros y experiencias obtenidas a lo largo de su carrera profesional. Además, el internado médico sirve para identificar la realidad de la práctica médica en el Perú y sobrellevar un adecuado funcionamiento del sistema de salud nacional.

El internado médico en el transcurso de la pandemia del COVID – 19, se vio obligado a modificar su tiempo de duración, de su habitual duración de 12 meses, se optó por una duración de 10 meses. La cual, se dispone de cinco meses en un hospital y los otros cinco meses en un centro de salud de primer nivel de atención.

El actual trabajo de suficiencia desarrolla y elabora ocho casos clínicos de patologías frecuentes que se pudo identificar a lo largo del internado medico en el Hospital Sergio E. Bernales de Comas y en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan.

## CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

### 2.1 Rotación de Cirugía General

#### Caso clínico 1:

Anamnesis:

Paciente masculino de 27 años acude al servicio de tóxico de cirugía de emergencia con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 8 horas, refiere dolor en región abdominal tipo cólico de moderada intensidad, la cual cuantifica con valor 7/10, localizándose en primera instancia a nivel de epigastrio migrando posteriormente a fosa iliaca derecha. El paciente además refiere disminución marcada del apetito, presenta sensación nauseosa y 2 episodios de vómitos sin moco y sin sangre. Indica que no ha recurrido a la automedicación. Niega molestias urinarias, niega sensación de alza térmica.

Antecedentes:

- Patológicos: Niega Alergias medicamentosas, Asma (5 años)
- Quirúrgicos: Niega intervenciones quirúrgicas
- Familiares: Padre con Hipertensión arterial

Examen físico:

Funciones vitales:

- PA: 110/ 74 mmHg, FC: 98 lpm, FR: 19 rpm, T°: 36.8, Sat: 97%

Piel y faneras: tibia, poco hidratada y elástica, palidez +/+++ , llenado capilar menor de 2 segundos, no cianosis, no ictericia.

Tórax y pulmones: A la auscultación murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.

Cardiovascular: A la auscultación ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se evidencian soplos.

Abdomen: A la inspección se evidencia un abdomen plano, a la auscultación ruidos hidroaéreos presentes, a la percusión timpánico y a la palpación blando, depresible con dolor a nivel de fosa iliaca derecha, signo de Mcburney positivo.

Genitourinario: PPL (-) PRU (-), sin alteraciones

Sistema Nervioso Central: Lucido, orientado en espacio tiempo y persona, escala de Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

Síndrome doloroso Abdominal

- Descartar: Apendicitis aguda

Exámenes auxiliares:

Se le solicita:

- Hemograma completo y prequirúrgicos: leucocitos =  $16.30 \times 10^3 \text{ mm}^3$ , hemoglobina = 14.3 g/dl, glucosa = 89 mg/dl, urea = 32 mg/dl, creatinina = 1.2 mg/dl, tiempo de coagulación = 6 min, tiempo de sangría = 2 min, grupo sanguíneo y factor = A positivo, serológicos = no reactivo.
- Examen de orina: Leucocitos 1-3 x campo, nitritos = negativo.
- Prueba COVID – 19: no reactivo.
- Ecografía abdominal: apéndice no compresible y doloroso a la presión con el transductor, apéndice cecal de aproximadamente 8 cm de diámetro.

Plan de trabajo:

- Reposo gástrico (NPO)
- NaCl al 0.9% 1000 cc a XXX gotas x min EV
- Ceftriaxona 2g c/ 24 horas EV
- Omeprazol 40 mg c/24 horas EV
- Control de funciones vitales c/ 8 horas
- Programación a SOP para apendicetomía

Reporte operatorio:

- Apendicitis aguda flemonosa
- Hallazgos: apéndice cecal de 10 x 1.5cm aproximadamente flemonosa en toda su extensión, base indemne, posición retroileal, ciego móvil.

Procedimiento:

- Apendicetomía

Tratamiento post operatorio inmediato:

- NPO x 6 horas, luego iniciar tolerancia oral de manera progresiva
- NaCl 0.9% 1000cc a XXX gotas por minuto EV
- Ketoprofeno 100mg C/8horas EV
- Ranitidina 50mg c/8horas EV

- CFV c/8h

## **Caso Clínico 2**

### **Anamnesis:**

Paciente femenina de 27 años acude al servicio de emergencia con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 6 horas, refiere antecedente de ingerir alimentos copiosos ricos en grasas (frituras), indica que 1 hora posterior a la ingestiva cursa con dolor en región abdominal tipo cólico de moderada intensidad, la cual cuantifica con valor 8/10, localizado a nivel de hipocondrio derecho. La paciente además refiere contar con ecografía abdominal evidenciando el hallazgo de litiasis vesicular. Además, indica que no es la primera vez que presenta un episodio similar, solo que en esta ocasión no cede con la automedicación. Refiere sensación de alza térmica y sensación de nauseosa, niega vómitos.

### **Antecedentes:**

- Patológicos: Niega Alergias medicamentosas, niega antecedentes patológicos de importancia.
- Quirúrgico: Niega intervenciones quirúrgicas.
- Familiares: Hermano y Madre (Litiasis vesicular).

### **Examen físico:**

#### **Funciones vitales:**

- PA: 105/68 mmHg, FC: 110x, FR: 18x, T°: 38.2° C, Sat: 98%

Piel y faneras: tibia, hidratada y elástica, palidez +/+++ , llenado capilar menor de 2 segundos, no cianosis, no ictericia.

Tórax y pulmones: A la auscultación murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.

Cardiovascular: A la auscultación ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se evidencian soplos.

Abdomen: A la inspección se evidencia un abdomen globuloso, a la auscultación ruidos hidroaéreos presentes, a la percusión timpánico y a la palpación blando, depresible con dolor a nivel de hipocondrio derecho, signo de Murphy positivo.

Genitourinario: PPL (-) PRU (-), sin alteraciones



Sistema Nervioso Central: Lucida, orientada en espacio tiempo y persona, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no focalización.

Impresión diagnóstica:

Síndrome doloroso Abdominal

- Descartar: Colecistitis crónica reagudizada

Exámenes auxiliares:

Se le solicita:

- Hemograma completo y prequirúrgicos: leucocitos =  $15.80 \times 10^3/\text{mm}^3$ , hemoglobina = 12.1 g/dl, glucosa = 109 mg/dl, urea = 34 mg/dl, creatinina = 1.18 mg/dl, tiempo de coagulación = 6 min, tiempo de sangría = 2 min, Proteína C reactiva = 5.6, grupo sanguíneo y factor = O positivo, serológicos = no reactivo.
- Examen de orina: Leucocitos 3-4 x campo, nitritos = negativo.
- Prueba COVID – 19: no reactivo.
- Ecografía abdominal: Vesícula biliar con adherencias a epiplón de aproximadamente 9 cm, paredes engrosadas de 6mm, empotrada en lecho hepático, se evidencian litos de hasta 20 mm, colédoco de 3 mm.

Plan de trabajo:

- NPO
- NaCl al 0.9% 1000 cc a XXX gotas x min EV
- Ceftriaxona 2g c/ 24 horas EV
- Metamizol 1gr c/ 8 horas EV
- Omeprazol 40 mg c/24 horas EV
- Programación a SOP para colecistectomía laparoscópica

Reporte operatorio:

- Colecistitis crónica reagudizada
- Hallazgos: vesícula biliar de 9 x 4cm de paredes gruesas, conteniendo múltiples cálculos pequeños.

Procedimiento:

- AA + CCE
- Neumoperitoneo abierto por t1
- Laparoscopia diagnóstica
- Colocación de t2, t3 y t4 bajo visión directa según técnica francesa

- Identificación de hallazgos descritos
- Identificación de arteria y conducto cístico (visualización de triangulo de Calot)
- Clipaje y sección de arteria cística y conducto cístico
- Colectomía mixta
- Revisión de hemostasia más electrofulguración de t2
- Exéresis de vesícula biliar por t1 en bolsa de guante
- Cierre de puertos con nylon 3/0 con puntos profundos
- Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a Unidad de Recuperación Postanestésica.

Tratamiento post operatorio inmediato:

- NPO x 6 horas, luego iniciar tolerancia oral de manera progresiva
- NaCL 0.9% 1000cc a XXX gotas por minuto EV
- Ketoprofeno 100mg C/8horas EV
- Ranitidina 50mg c/8horas EV
- Control de funciones vitales c/8 horas

## **2.2 Rotación de Pediatría**

### **Caso clínico 1**

Anamnesis:

Paciente masculino de 9 años acude acompañado de su madre, la cual refiere que su menor hijo presenta desde hace aproximadamente 4 días lesiones escoriativas localizadas a nivel abdomen, tórax y extremidades de MMSS y MMII, asociado a prurito de mayor intensidad por las noches. Por lo que, acude al consultorio.

Antecedente:

- Patológico: Niega Alergias medicamentosas, niega antecedentes patológicos de importancia.
- Quirúrgico: Niega intervenciones quirúrgicas.
- Familiares: Madre (Hipotiroidismo).

Examen físico:

Funciones vitales:

- FC: 80x, FR: 19x, T°: 36.5° C, Sat: 99%

Piel y faneras: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, se evidencian lesiones escoriativas y eritematosas a nivel tórax, abdomen, extremidades de MMSS (mano, muñeca y antebrazo), MMII (piernas) y región glútea.

Tórax y pulmones: A la auscultación murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.

Cardiovascular: A la auscultación ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se evidencian soplos.

Sistema Nervioso Central: Despierto y activo a estímulos externos, escala de Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

Escabiosis

Plan de trabajo:

- Permetrina crema al 5%, vía tópica
- Alta con indicaciones de uso y medidas higiénicas

## **Caso clínico 2:**

Anamnesis:

Paciente femenino de 6 años acude acompañado de su madre, la cual refiere que su menor hija presenta desde hace aproximadamente 3 días dolor intenso en ambos oídos, cuenta con el antecedente de acudir a piscina pública hace 5 días. Madre refiere evidenciar secreción purulenta de escasa cantidad en oído izquierdo, además presenta 2 episodios de sensación de alza térmica.

Antecedente:

- Patológico: Niega Alergias medicamentosas, niega antecedentes patológicos de importancia.
- Quirúrgico: Niega intervenciones quirúrgicas.
- Familiares: Padres sanos
- Esquema de vacunación: completo

Examen físico:

Funciones vitales:

- FC: 75x, FR: 17x, T°: 38.5° C, Sat: 98%

Peso: 23 kg

Piel y faneras: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor de 2 segundos,

no ictericia, no cianosis.

Oídos: Abombamiento de la membrana timpánica, se evidencia presencia de exudado purulento en oído izquierdo de escasa cantidad, eritema bilateral de la membrana timpánica.

Tórax y pulmones: A la auscultación murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.

Cardiovascular: A la auscultación ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se evidencian soplos.

Sistema Nervioso Central: Despierta y activa a estímulos externos, escala de Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

Síndrome febril

- Otitis media aguda

Plan de trabajo:

- Metamizol 1.4 ml IM STAT
- Manejo ambulatorio
- Amoxicilina 250 mg - 12 ml VO c/8 horas x 7 días
- Paracetamol 120 mg – 14 ml VO condicional a fiebre mayor a 38°C

### **2.3 Rotación de Ginecología y Obstetricia**

#### **Caso clínico 1:**

Anamnesis:

Paciente femenina de 23 años, acude al servicio de emergencia, debido que aproximadamente 1 día presenta dolor pélvico tipo cólico de moderada intensidad. La paciente refiere que hace 6 horas presentó sangrado vaginal de escasa cantidad evidenciando restos heterogéneos.

Antecedentes:

- Patológicos: Niega alergia a medicamentos, niega antecedentes patológicos de importancia.
- Quirúrgicos: Apendicetomía (2015)
- Obstétricos: Menarquia = 13 años, Primera relación sexual: 18 años, FUR: hace 1 mes y 10 días, paciente no recuerda con exactitud, formula

obstétrica = G1P0000

- Familiares: Madre falleció por cirrosis hepática, Padre (Hipertensión arterial).

Examen físico:

AREG, AREN, AREH

Funciones vitales:

- PA: 95/68mmHg, FC: 119x, FR: 18x, T°: 37.1° C, Sat: 97%

Piel y faneras: tibia, hidratada y elástica, palidez +/+++ , llenado capilar menor de 2 segundos, no cianosis, no ictericia.

Tórax y pulmones: A la auscultación murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.

Cardiovascular: A la auscultación ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se evidencian soplos.

Abdomen: A la inspección se evidencia un abdomen globuloso, a la auscultación ruidos hidroaéreos presentes, a la percusión timpánico y a la palpación blando, depresible con dolor a nivel de hipogastrio.

Genitourinario: PPL (-) PRU (-), sin alteraciones

Ginecológico: Al tacto vaginal se evidencia loquios serohemáticos de escasa cantidad, a la especuloscopia se evidencia sangrado activo con presencia de coágulos.

Sistema Nervioso Central: Lucida, orientada en espacio tiempo y persona, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no focalización.

Impresión diagnóstica:

Síndrome doloroso Abdominal

- Aborto incompleto

**Plan de trabajo:**

- Exámenes de laboratorio y ecografía transvaginal
  - o Hemograma completo: Hemoglobina = 11.2 mg/dl, plaquetas = 234.000, leucocitos = 16.500
  - o Prequirúrgicos: Glucosa = 102 mg/dl, urea = 32, creatinina 1.02, serológicos = no reactivo, grupo sanguíneo = O positivo
  - o Examen de orina: Leucocitos = 1-3 x campo, nitritos = negativo, hematíes = 30 – 35 x campo.
  - o COVID – 19: No reactivo

- Ecografía transvaginal: Se evidencia cuello abierto, útero de aproximadamente 10.5 cm, estructuras hiperescogénicas compatibles con restos endouterinos.
- Hospitalizar a la paciente para AMEU
- Colocación de vía endovenosa segura y permeable
- Realizar maduración del cuello uterino con prostaglandinas: 400 microgramos de Misoprostol en el fondo de saco vaginal 3 – 4 horas antes del procedimiento.
- Se realiza AMEU: Se evidencia contenido endouterino de aproximadamente 18 cc y útero de 9 cm.

Alta:

- Manejo ambulatorio
- Ibuprofeno 400 mg c/8 horas x 3 días
- Doxiciclina 100 mg c/12 horas x 5 días
- Control por consultorio externo de Ginecología y Obstetricia

## **Caso clínico 2:**

### **Anamnesis:**

Paciente femenina de 32 años, acude al centro de salud, debido que aproximadamente 5 días presenta flujo vaginal de color grisáceo transparente con un fuerte mal olor como “pescado”, además refiere ardor y leve picazón al orinar.

### **Antecedentes:**

- Patológicos: Alérgica a los AINES, niega antecedentes patológicos de importancia.
- Quirúrgicos: Cesárea 2 veces (2010 – 2018)
- Obstétricos: Menarquia = 14 años, Primera relación sexual: 16 años, FUR: hace 12 días, fórmula obstétrica = G3P3003
- Familiares: Padre (Tuberculosis con tratamiento completo)

### **Examen físico:**

AREG, AREN, AREH

Funciones vitales:

- PA: 100/65 mmHg, FC: 85x, FR: 16x, T°: 37° C, Sat: 98%

Piel y faneras: tibia, hidratada y elástica, palidez +/-, llenado capilar menor de 2 segundos, no cianosis, no ictericia.

Tórax y pulmones: A la auscultación murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.

Cardiovascular: A la auscultación ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se evidencian soplos.

Abdomen: A la inspección se evidencia un abdomen globuloso, a la auscultación ruidos hidroaéreos presentes, a la percusión timpánico y a la palpación blando, depresible y leve dolor a nivel de hipogastrio.

Genitourinario: PPL (-) PRU (-), sin alteraciones

Ginecológico: Al tacto vaginal se evidencia flujo grisáceo de mal olor, no contenido sanguinolento.

Sistema Nervioso Central: Lucida, orientada en espacio tiempo y persona, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no focalización.

### **Impresión diagnóstica:**

Síndrome de flujo uretral

- Vaginosis Bacteriana

### **Plan de trabajo:**

- Aplicar criterios de AMSEL
  - o Ph > 4.5: positivo
  - o Test de KOH al 10%: positivo.
  - o Flujo vaginal grisáceo homogéneo: positivo
  - o Se manda a laboratorio la muestra mediante laminas portaobjetos para ser analizadas microscópicamente
- Manejo ambulatorio
- Metronidazol 100 mg c/12 horas por 7 días.

## **2.4 Rotación por Medicina Interna:**

### **Caso clínico 1:**

#### **Anamnesis:**

Paciente masculino de 49 años, presenta un tiempo enfermedad de 5 días.

Refiere presentar congestión nasal, tos con expectoración verdosa media amarillenta, disnea progresiva a medianos esfuerzos. El paciente indica que presento 1 pico febril de 38.5°C, actualmente afebril. Refiere malestar general, niega náuseas, niega vómitos.

**Antecedentes:**

- Patológicos: Niega reacción alérgica a medicamentos, niega antecedentes patológicos de importancia.
- Quirúrgicos: Colectomía Laparoscópica (2015)
- Familiares: Madre (EPOC)

**Examen físico:**

AREG, AREN, AREH

Funciones vitales:

- PA: 110/84 mmHg, FC: 83x, FR: 33x, T°: 37° C, Sat: 96%

Piel y faneras: tibia, hidratada y elástica, palidez +/+++ , llenado capilar menor de 2 segundos, no cianosis, no ictericia.

Tórax y pulmones: A la auscultación murmullo vesicular pasa disminuido en base de hemitórax izquierdo, se auscultan crepitantes difusos a nivel de ambos hemitórax.

Cardiovascular: A la auscultación ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se evidencian soplos.

Abdomen: A la inspección se evidencia un abdomen globuloso, a la auscultación ruidos hidroaéreos presentes, a la percusión timpánico y a la palpación blando, depresible, no doloroso.

Genitourinario: PPL (-) PRU (-), sin alteraciones

Sistema Nervioso Central: Lucido, orientado en espacio tiempo y persona, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no focalización.

**Impresión diagnóstica:**

- Descartar neumonía

**Plan de trabajo:**

Se solicita radiografía de tórax anteroposterior y exámenes de laboratorio:

- Hemograma completo: Hemoglobina = 15.6 mg/dl, Leucocitos = 14,500 y plaquetas = 410,000
- Urea: 0.9
- Creatinina: 1.06



- Glucosa: 92 mg/dl
- Examen de orina: Leucocitos = 0-1 x campo, nitritos = negativo
- Prueba COVID – 19: No reactivo
- Radiografía de tórax: Se evidencia condensación bien delimitada en lóbulo superior izquierdo y homogénea con broncograma aéreo.
- Se aplica la escala CURB-65
  - o Presenta taquipnea (33 rpm) se considera 1 punto, indicando que se podrá manejar el tratamiento ambulatorio.
- Amoxicilina 1 g c/8 horas VO por 7 días
- Azitromicina 500 mg c/24 horas VO por 5 días

## **Caso clínico 2:**

### **Anamnesis:**

Paciente masculino de 51 años acude al establecimiento refiriendo que desde hace 5 meses presenta mareos produciéndole inestabilidad al momento de pararse y caminar distancias moderadas aunado con sensación nauseosa. Además, refiere escuchar zumbidos en ambos oídos. Presenta dificultad para conciliar el sueño, niega fiebre.

### **Examen físico:**

AREG, AREN, AREH

Funciones vitales:

- PA: 106/74 mmHg, FC: 72x, FR: 18x, T°: 36.8° C, Sat: 98%

Piel y faneras: tibia, hidratada y elástica, palidez +/+++ , llenado capilar menor de 2 segundos, no cianosis, no ictericia.

Cabeza y cuello: No se evidencia asimetría facial, al Otoscopio no se evidencian alteraciones anatómicas

Tórax y pulmones: A la auscultación murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.

Cardiovascular: A la auscultación ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se evidencian soplos.

Abdomen: A la inspección se evidencia un abdomen plano, a la auscultación ruidos hidroaéreos presentes, a la percusión timpánico y a la palpación

blando, depresible, no doloroso.

Sistema Nervioso Central: Lucido, orientado en espacio tiempo y persona, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no focalización.

- Romberg test: Negativo
- Maniobra de Dix-Hallpike: Negativo

Impresión diagnóstica:

- Vertigo
- Descartar enfermedad de Meniere

Plan de trabajo:

- Se otorga referencia para que pueda asistir al servicio de Otorrinolaringología.
- Dimenhidrinato 50 mg VO condicional a náuseas.

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

El 31 de mayo de 1939 durante el Gobierno del Presidente de la Republica Oscar R. Benavides, se dictaminó la construcción del actual Hospital Nacional Sergio E, Bernales. En sus comienzos era un establecimiento dedicado a la atención de niños con tuberculosis. El 15 de agosto de 1940, recibe el nombre de Preventorio 1, el cual se encontraba bajo el mando de la Congregación Religiosa Carmelitas. En 1970, debido al incremento notable de la población en Lima Norte, la institución se vio forzada a expandir sus instalaciones y sus servicios, por ende, fue declarado Hospital General. En 1982, la institución toma el nombre oficial de Hospital Sergio E. Bernales. (1)

El Hospital se encuentra ubicado en la Avenida Túpac Amaru a la altura de kilómetro 14.5 en el distrito de Comas, provincia y departamento de Lima. El Hospital Nacional Sergio E. Bernales es un hospital nivel III-1, contemplado como centro de referencia de las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Norte junto al Hospital Cayetano Heredia. Este establecimiento recibe las patologías que no se pueden resolver en los centros de primer nivel de atención en la periferia de Comas. (2)

El internado medico junto a la llegada de la crisis sanitaria debido a la pandemia involucro ciertas modificaciones y limitaciones para la atención de los pacientes, ya que se limitó el número de servicios que podrían brindar atención, así como se limitó la cantidad de pacientes hospitalizados en los diferentes servicios del Hospital Sergio E. Bernales.

El Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan de San Martin de Porres es un centro de atención primaria de categoría I-3, situado en Jr. Félix De Valle 505 en el distrito de San Martin De Porres. Actualmente cuenta con los servicios de Medicina General, Obstetricia, Enfermería, Odontología y Psicología. Además, de contar con un programa de control y seguimiento de tuberculosis. Ejerce como punto de descarte COVID- 19. (3)

## CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

### 4.1 Rotación de Cirugía General

#### Caso clínico 1: Apendicitis Aguda

La apendicitis es una de las causas más habituales de abdomen agudo y una de las indicaciones más frecuentes a nivel mundial para realizar una intervención quirúrgica de emergencia. Por lo que, una adecuada clasificación de la misma, como complicada y no complicada nos permitirá un apropiado manejo integral reduciendo significativamente la morbilidad y mortalidad.(4)

#### Epidemiología:

La incidencia de apendicitis aguda varía de acuerdo a la localización por parámetros multifactoriales. En el Perú, 7-12% de la población desarrollará apendicitis en alguna etapa de su existencia, siendo la incidencia máxima entre la primera y tercera década de la vida con predominio en un 60% en el sexo masculino. (5)

#### Factores de Riesgo:

- Edad: primera y tercera década de la vida.
- Sexo: preponderancia en el sexo masculino.
- Familiar: mayor predisposición la presencia de antecedente familiar directo.

#### Signos y síntomas:

En el paciente los síntomas y signos clínicos son sugestivos de apendicitis, ya que presenta al examen físico dolor abdominal a nivel de epigastrio que migra al cuadrante inferior derecho, Mcburney positivo, anorexia y náuseas. (6,7)

El cuadro clínico va a depender del tiempo de la enfermedad, ya que una apendicitis congestiva, no se asemejará a una apendicitis perforada. Por ejemplo, en la primera podemos encontrar dolor visceral, náuseas y anorexia; en cambio, en la segunda en mención, encontramos el signo del rebote indicando irritación peritoneal.

#### Diagnostico:

Es relevante mencionar que frente a un diagnostico precoz se puede disminuir de forma considerable la mortalidad y morbilidad del paciente. Por lo que, se recomienda la utilización de escalas diagnosticas logrando cirugías más oportunas en caso lo ameriten. Se encuentran la escala Ripasa, la escala de Alvarado y la escala de Fenyö.

La escala de Alvarado fue introducida en 1986, actualmente es una de las más reconocidas y aceptadas en nuestro sistema sanitario, debido a que comprende 6 variables clínicas y 2 variables laboratoriales, los cuales se adaptan a los recursos presentes en las instituciones sanitarias. Las siguientes variables son: migración de dolor = 1 punto, anorexia = 1 punto, náuseas = 1 punto, dolor en fosa iliaca derecha = 2 puntos, rebote positivo = 1 punto y la fiebre = 1 punto. Las variables laboratoriales son: Leucocitosis =  $>10000 \text{ mm}^3$  y Neutrofilia =  $>75\%$ , siendo así un puntaje máximo de 10 puntos.(8) **(ANEXO 1)**

En este caso, el paciente presenta una puntuación de acuerdo a la escala de Alvarado de 7, que según la interpretación requiere manejo quirúrgico inmediato.

#### Tratamiento:

El paciente contando con el diagnostico de apendicitis aguda, se le coloca una vía endovenosa periférica permeable para la correcta administración de NaCl 0.9% de 1000cc a XXX gotas y su profilaxis antibiótica con ceftriaxona 2 gr EV STAT. (9)

El procedimiento quirúrgico de elección es la apendicetomía inmediata, en este caso por cirugía abierta. El paciente sale con éxito de la operación con los hallazgos operatorios de apéndice cecal de 10 x 1.5cm aproximadamente flemonosa en toda su extensión, base indemne.

El paciente presento una evolución favorable, sin complicaciones, lo cual se le indicó control por consultorio externo del servicio de cirugía general a los 10 días.

## Caso clínico 2: Colecistitis crónica calculosa

La colecistitis crónica calculosa es la inflamación aguda de la vesícula biliar, que se presenta generalmente por la obstrucción del conducto cístico debido a un cálculo. La vesícula se obstruye y su pared sufre una inflamación química que desencadena engrosamiento y edema. (10)

### Epidemiología:

Los factores que establecen la progresión de la enfermedad son: el grado y la duración de la obstrucción; por ejemplo, si la obstrucción es parcial y de corta duración, se manifestara como un episodio de cólico biliar. Por el contrario, si esta obstrucción es completa y de larga duración, se produce la aceleración de la respuesta inflamatoria aguda.(11)

### Factores de riesgo:

- Sexo: femenino
- Peso: obesidad
- Nutrición: exceso de copiosas grasas y pobres en fibra
- Perfil lipídico: aumento de triglicéridos
- Embarazo
- Anticonceptivos

### Signos y síntomas:

La paciente presenta la manifestación clínica más importante al examen físico, el cual es el dolor abdominal presente en hipocondrio derecho a la inspiración, lo cual indica Signo de Murphy positivo, seguido en frecuencia por sensación nauseosa y SAT.(12)

### Diagnostico:

El diagnóstico de colecistitis aguda requiere la manifestación de engrosamiento de la pared de la vesícula biliar > 4 mm, exámenes laboratoriales y manifestación clínica. Ante la sospecha diagnostica, se han desarrollado Guías en las cuales mediante 3 parámetros podemos definir el diagnostico de Colecistitis aguda. Esta se llama Criterios de Tokio publica la

última modificación en el año 2018. Entre los parámetros encontramos a los Signos locales de inflamación "A" que cuentan con: signo de Murphy positivo, masa, dolor o sensibilidad en cuadrante superior derecho; Signos sistémicos de inflamación "B" que cuentan con: fiebre, PCR >3mg/dl, leucocitos >10000/ml y por último, hallazgos imagenológicos positivo para colecistitis aguda "C".(13) **(Anexo 2)**

En este caso la paciente cuenta con un diagnóstico definitivo, ya que cumple con las variables de los signos locales, sistémicos e imagenológicos.

#### Tratamiento

El procedimiento quirúrgico de elección es la colecistectomía laparoscópica, la paciente sale con éxito de la operación con los hallazgos operatorios de vesícula biliar de 9 x 4cm de paredes gruesas, conteniendo múltiples cálculos pequeños. La paciente presentó una evolución favorable, sin complicaciones.

## 4.2 Rotación de Pediatría

### Caso clínico1: Escabiosis

La sarna es una infestación de la piel por el ácaro *Sarcoptes scabiei*. Típicamente se exterioriza como una erupción intensamente pruriginosa con una distribución característica en ciertos niveles del cuerpo.

### Epidemiología:

Es una infestación muy usual que puede afectar a personas de diferente grupo etario, sin importar el nivel socioeconómico. Se encontró estimaciones de prevalencia entre el 0,2 y el 71 %, en América Latina, debido a ser zonas en vías de desarrollo. Es común que en regiones con recursos limitados el hacinamiento produzca el aumento de riesgo de una infestación por escabiosis.(14)

### Transmisión:

La transmisión habitualmente ocurre por el contacto directo y extenso de piel a piel, con miembros de la familia o parejas sexuales. La transmisión también se podría dar a través de fómites; por ejemplo: ropa de cama u otros objetos) aunque utilizados por una persona con sarna clásica es poco común.(15)

### Signos y síntomas:

Existen 2 tipos de variantes, la escabiosis clásica y la costrosa, la segunda compromete a individuos generalmente inmunodeprimidos con antecedente de Patología de fondo.

En la escabiosis clásica, los hallazgos cutáneos típicos son variadas pápulas eritematosas pequeñas, usualmente excoriadas, las cuales se localizan generalmente en

### Diagnóstico:

El diagnóstico de la sarna es principalmente clínico con una buena historia clínica. Se han de sumar la sintomatología y morfología típica de las lesiones, el prurito nocturno y el contagio familiar muy usual.(16)



Tratamiento:

El tratamiento aplicado de Permetrina, fue en base a las guías actuales que lo sugieren como primera línea.(14) El menor regreso a su control remitiendo el prurito y las lesiones.

## **Caso clínico 2: Otitis media aguda**

Es la presencia de contenido líquido en el oído medio con cuadro clínico de inflamación aguda.

Epidemiología

La incidencia es mayor en el sexo masculino entre 1 y 4 años de edad (60.99%) y los menores de 1 año (45.28%).(18)

Factores de riesgo

- Edad < 2 años
- Sexo: masculino
- Antecedente familiar de OMA.
- Lactancia de fórmula.
- Exposición a humo de tabaco y contaminación.
- Hermanos con inmunodeficiencias.
- Antecedente de asistir a áreas húmedas (piscina)
- Estrato socio-económico bajo

Signos y síntomas

Abombamiento de la membrana timpánica, se evidencia presencia de exudado purulento en oído izquierdo de escasa cantidad, eritema bilateral de la membrana timpánica.

Diagnóstico

Se basa principalmente es un adecuado examen físico con la ayuda del otoscopio para poder identificar las alteraciones correspondientes como: abombamiento de la membrana timpánica, eritema, fiebre, otalgia y perforación de la membrana timpánica con o sin otorrea purulenta. Se puede

complementar con exámenes de apoyo como la audiometría.(19)

#### Tratamiento

El principal manejo relacionado al paciente es iniciar el alivio del dolor y remitir la persistencia de la fiebre con Paracetamol 120 mg – 14 cc c/8 horas x 3 días VO. Asimismo, la administración de antibiótico como la Amoxicilina 250 mg – 12 cc c/8 horas VO por 7 días. Se le indica medidas de higiene y se le explica los signos de alarma. (19)

### 4.3 Rotación de Ginecología y Obstetricia

#### Caso clínico 1: Aborto incompleto

El aborto es definido según la OMS como la culminación del embarazo antes de las 22 semanas, la medición de peso menor de 0.5 kilogramos y de longitud menor de 25 centímetros. (20)

#### Epidemiología:

Según el Instituto Guttmacher, el cual realizó un estudio concluyendo que Sudamérica presenta la tasa de abortos más elevada a comparación de otros. Ya que casi 760,000 mujeres en América Latina son hospitalizadas cada año por complicaciones procedentes de abortos siendo el aborto incompleto el más frecuente. (21)

#### Factores de riesgo:

- Edad materna avanzada: >35 años debido a la relación con anomalías cromosómicas fetales
- Antecedente de aborto
- Infecciones no controladas
- Diabetes mellitus
- Obesidad
- Enfermedad Tiroidea
- Estrés
- Embarazo con DIU

#### Signos y síntomas

Generalmente, el sangrado se constituye como el primer signo de alarma durante el embarazo, asociado a la expulsión de coágulos o tejido. Sin embargo, ni el volumen de sangrado, ni el paso de tejido endouterino son criterios para confirmar la pérdida del embarazo sin una evaluación previa mediante una prueba de imagen. También se presenta dolor abdominal tipo cólico de gran intensidad, más aún cuando se evidencia la salida de tejido endouterino.

#### Diagnóstico:

El diagnóstico se va a confirmar con una buena historia clínica, exámenes de laboratorio (hemograma completo, examen de orina, prueba B<sub>h</sub>CG cuantitativa) y una prueba ecográfica para visualizar y poder clasificar el tipo de pérdida que se estuviese presentando. En este caso con la paciente, se pudo obtener los siguientes hallazgos: Se evidencia cuello abierto, útero de aproximadamente 10.5 cm, estructuras hiperecogénicas compatibles con restos endouterinos. Por lo cual, se confirma el diagnóstico de aborto incompleto. (22)

#### Tratamiento:

Se requiere hospitalización para un control y manejo conjunto de la paciente. Se procede con la maduración cervical para iniciar con el procedimiento de AMEU para el retiro total de los restos endouterinos. Una vez terminado el procedimiento se indica terapia analgesia y antibiótica post procedimiento quirúrgico. Se solicita hematocrito control para descartar hemorragia. Después de un tiempo de 6 horas, a la mejoría de la paciente y con un resultado de hematocrito control en valores normales, se le procede a dar de alta, ya que es una intervención ambulatoria sin mayor riesgo de complicaciones. La paciente tolera muy bien el procedimiento, sale de alta con sus indicaciones médicas y posterior control por consulta externa de Ginecología y Obstetricia en 7 días.

### **Caso clínico 2: Vaginosis bacteriana**

La vaginosis bacteriana consiste en un desequilibrio en el entorno vaginal a causa de un cambio de la flora bacteriana, en la que la población predominante pasa de lactobacilos hacia una colonización de microorganismos de bacterias anaeróbicas principalmente como: *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Mobiluncus* y *Prevotella* sp. (23)

#### Epidemiología:

La vaginosis bacteriana se presenta como una circunstancia prevalente, resultando hasta en un 30% de la población. Alrededor del 4-15% de las

adolescentes con vida sexual activa pueden padecerla; en mujeres embarazadas se ha consignado un valor del 25% y en mujeres con enfermedades de transmisión sexual entre un 30 - 37%. (23)

Factores de riesgo:

- Múltiples parejas sexuales
- Duchas vaginales alterando la flora bacteriana
- Ausencia natural de lactobacilos

Signos y síntomas:

Se pueden presentar en diferentes formas como: síntomas típicos, síntomas que sugieren una coinfección o ser asintomática.

Síntomas tipos: se evidencia flujo vaginal de color blanquecino, grisáceo homogéneo, asociado a mal olor descrito como “olor a pescado” que se intensifica post coito y durante la menstruación.

Síntomas de coinfección: la vaginosis bacteriana no presenta de forma común disuria, prurito, dispareunia o ardor, lo cual indicaría una vaginosis mixta, otros microorganismos están presentado ese cuadro clínico agregado.

Asintomática: Un rango el 50 – 70% de las mujeres son asintomáticas. (24)

Diagnóstico:

Actualmente se puedan aplicar los criterios de Amsel, los cuales son acceso factible en nuestro contexto de sistema sanitario, ya que únicamente se necesita material microscópico para evaluar algunos de sus criterios. Entre ellos son: abundante flujo vaginal homogéneo grisáceo adherente al cérvix y pared vaginal, ph vaginal >4.5, prueba de KOH al 10% positiva, presencia de células clavez o guía evaluado por microscopia. Contando con 3 de los criterios se puede confirmar la presencia de vaginosis bacteriana. (25)

**(ANEXO 3)**

Tratamiento:

Para la sintomatología típica, se trata con Metronidazol 500 mg c/12 horas VO x 7 días, en cambio para una vaginosis mixta, primero se deben realizar otro tipo de pruebas para poder detectar el microorganismo y poder brindar un

tratamiento más específico. En la paciente que acudió al centro de salud, tuvo una buena adherencia al tratamiento y remitieron los síntomas.(26)

#### **4.4 Rotación de Medicina Interna:**

Caso clínico 1: Neumonía adquirida en la comunidad

La neumonía adquirida en la comunidad se describe como una infección aguda del parénquima pulmonar, causada por microorganismos y manifestada por signos de infección sistémica y cambios radiológicos en personas que durante 3 semanas no han sido hospitalizadas.(27)

Epidemiología

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú) del Ministerio de Salud del Perú, en el marco de la temporada de bajas temperaturas a comienzos del 2022 indico que se evidencia un incremento de notificaciones por neumonía siendo un total de 31,920 y a su vez 1,383 defunciones a nivel nacional. (28)

Factores de riesgo:

- Edad avanzada >65 años
- Comorbilidades crónicas: Patología cardiovascular, respiratoria y endocrinológica.
- Infecciones de vías respiratorias
- Hábitos nocivos: tabaquismo y alcoholismo
- Hacinamiento
- Exposición a toxinas ambientales

Signos y síntomas:

Se presentan de 2 tipos, como cuadro clínico pulmonar y sistémico.

En el pulmonar: disnea progresiva, dolor torácico pleurítico, taquipnea, a la auscultación se evidencian crepitantes y/ soplo tubárico. En cambio, en el cuadro sistémico: fiebre alta ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) con escalofríos, fatiga, malestar general, hipotensión y alteración del estado mental. El paciente que acude al servicio de tópico de emergencia presenta un cuadro clínico mixto.

### Diagnóstico:

El diagnóstico se confirmará mediante la combinación de un síndrome clínico compatible mediante un correcto examen físico y hallazgos de imagen consistentes con neumonía. En los cuales se debe solicitar:

- Radiografía de tórax anteroposterior y lateral
- Hemograma completo, urea, creatinina, PCR, AGA y electrolitos.
- Prueba Covid – 19

De manera inicial para obtener un diagnóstico más certero.

Cuando contamos con los resultados debemos clasificar la severidad mediante la escala CURB – 65, la cual está diseñada con 5 parámetros para definir el manejo de la neumonía. Estos son: C = confusión, U = uremia >19 mg/dl, R = Taquipnea >30 rpm, B = PA < 90/60 mmHg, 65 = Edad que debe ser mayor, todos estos parámetros valen 1 punto. Por consiguiente, podremos clasificar el grado de severidad del paciente y el lugar de manejo que le corresponde. **(ANEXO 4)**

### Tratamiento:

Según la escala CURB – 65 modificada el paciente amerita un manejo ambulatorio contando con 1 punto, por lo cual se le indica tratamiento antibiótico consistiendo en Amoxicilina 1 gr c/8 horas por 7 días más Azitromicina 500 mg c/24 horas x 5 días. Se le indica reevaluación por consultorio externo de Neumología en 7 días. (29)

### **Caso clínico 2: Enfermedad de Meniere**

La enfermedad de Meniere, nombrada así por el médico francés Prosper Menière, es una patología representada por una triada clásica en la cual se presentan: vértigo episódico, tinnitus y pérdida de la audición. (30)

### Epidemiología

La enfermedad de Meniere logra expresarse a cualquier edad, pero los síntomas generalmente comienzan entre la segunda y cuarta década de la vida. Generalmente, en niños se relaciona con mayor frecuencia a malformaciones congénitas del oído interno, y en adultos puede ser producido por una enfermedad otológica adquirida. (31) El Instituto Nacional de la

Sordera y Otros Trastornos de la Comunicación cuantifica que al presente hay aproximadamente 615,000 personas diagnosticadas con la enfermedad de Meniere y que cada año se diagnostican 45,500 casos nuevos.

#### Factores de riesgo

- Enfermedad viral reciente
- Traumatismo craneal
- Alergias
- Consumo de alcohol
- Infección del oído medio
- Uso de ciertos medicamentos (aspirina)
- Infección respiratoria
- Tabaquismo
- Estrés

#### Signos y síntomas

Triada: Vertigo, Tinnitus y pérdida de la audición

#### Diagnostico

La enfermedad de Ménière la diagnostica y trata el médico especialista otorrinolaringólogo. No obstante, no existe una prueba definitiva para el diagnóstico confirmatorio. Este se basa en una buena historia clínica con examen físico detallado y la presencia de 2 o más episodios de vértigo que tengan una duración mínima de 20 minutos cada uno, tinnitus, pérdida temporal de audición. (32)

#### Tratamiento

Si bien para la enfermedad de Meniere no existe un tratamiento específico se puede manejar con sintomáticos del principal problema que es la sensación de vértigo. Además, se ha comprobado que cambios en el estilo de vida como la restricción de sal, cambios dietéticos saludables producen un buen pronóstico.



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

El internado médico es el período final del estudiante de medicina para forjar y fortalecer todos sus conocimientos obtenidos a lo largo de toda su carrera. La experiencia de mantener un contacto directo con los pacientes en el transcurso de los 10 meses que se desarrolló el internado médico es sin duda invaluable, ya que gracias a ello pudimos practicar, entender y reforzar nuestra base como futuros médicos. Inclusive la formación empírica presenta un mayor nivel de satisfacción, ya que puedes aplicar de forma integral tus habilidades para ayudar a la mejoría de los pacientes. Sin embargo, se debe reconocer que el internado medico resulta un gran reto para todos los estudiantes de medicina, ya que se te confiere un mayor grado de responsabilidad, en la cual debes estar muy consciente de tus principios y valores para poder lograr resultados beneficiosos para todos. El cual, se puede dar mediante el trabajo en conjunto con los compañeros del área de salud, alcanzando un manejo adecuado de las relaciones interpersonales, ya que una comunicación asertiva con todo el personal de salud, nos llevará a realizar un trabajo multifactorial en la que el paciente se verá favorecido en todos los aspectos generando un ambiente eficiente y eficaz.

Actualmente el papel del interno de medicina, nos transmite la dedicación y capacidad de valentía al atravesar una crisis sanitaria, y estar de igual forma como primera línea de atención, demostrando en todo momento nuestra vocación de servicio frente a los demás.

El internado realizado en los establecimientos de primer nivel atención significaron una gran enseñanza y un modelo de preparación anticipado del SERUM, donde se observan y ejecutan campañas de salud pública. Por lo que, sin duda es la etapa donde se ve mayor contacto directo con toda una comunidad. No cabe duda que fue igual de ventajoso que asistir a un centro hospitalario.

Por último, a pesar que el internado médico presente ciertos aspectos desfavorables como la disminución de la duración, la cual anteriormente era

de 12 meses. El internado medico es el periodo en donde das una mirada retrospectiva y te das cuenta de lo satisfactorio que resulto poder afrontar y superar situaciones totalmente nuevas, contextos nunca antes vistos de una manera más racional y juiciosa, lo cual es crucial para continuar con nuestros proyectos como futuros médicos.

## CONCLUSIONES

El internado médico es una etapa muy relevante de formación, ya que ponemos en práctica toda nuestra base de conocimiento adquirido a lo largo de la carrera. En todo momento nos impulsan a tener una capacitación constante para manejar de forma adecuada a los pacientes y sobretodo con una visión relacionada a la realidad de nuestro país, con precariedad a veces de ciertos recursos como equipos, instrumentos y medicamentos.

El internado médico te brinda la posibilidad de trabajar en las 4 áreas básicas como lo son: Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia. En la cual podemos adquirir conocimiento de todos los médicos especialistas donde su enseñanza nos brindara un manejo específico de ciertas patologías y la interpretación de exámenes complementarios para un adecuado diagnóstico y posteriormente un tratamiento integral, oportuno y realista.

Asimismo, el internado médico ejecutado en los establecimientos de salud de primer nivel de atención nos brindó la posibilidad de identificar de forma directa las necesidades esenciales de la comunidad, dándonos una visión más humana y comprensiva para poder plantear soluciones de la forma más adecuada para todos.

Finalmente, la realización del internado médico durante una crisis sanitaria ha sido de gran valor debido a que se ha podido desarrollar la capacidad de resiliencia del médico en situaciones desconcertantes, priorizando en todo momento la toma de decisiones con mucha responsabilidad y juicio crítico.

## RECOMENDACIONES

El internado médico debe ser guiado por docentes con experiencia para el correcto desarrollo del aprendizaje a lo largo del internado y poder asegurar un mejor desempeño en las áreas correspondientes.

La facultad de medicina en todo el transcurso del internado debe supervisar el trato que se les da a los internos en sus respectivos centros hospitalarios, ya que garantizaría una mejor convivencia con el cumplimiento del reglamento oficial del internado.

En cada momento del internado, se debe ingresar con la mejor actitud y con las ganas de crecer profesionalmente, ya sea bien en el Centro de Salud o en el Hospital.

Se amerita modificar el tiempo de duración de cada etapa del internado, por ejemplo: 2 meses en un establecimiento de salud y 10 meses en Hospital, para un adecuado desarrollo integral y especializado.

Es propio, solicitar evaluaciones continuas en las cual nos incentiven a lo largo del internado en continuar capacitándonos, es muy importante la disciplina y la organización.

Es pertinente solicitar una reevaluación en la remuneración que reciben los internos por otra más justa y que se ajuste a la realidad por la cual estamos atravesando al desarrollar el internado médico.

Finalmente, promover la realización de campañas de promoción y prevención en las diferentes comunidades aginadas para ayudar a disminuir las carencias y situaciones de riesgo de la población.

## FUENTE DE INFORMACIÓN

1. Comisión de salud y población período anual de sesiones 2018-2019 [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2018/Salud/files/dictamen/predictamen\\_692\\_serpio\\_bernales.pdf](https://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2018/Salud/files/dictamen/predictamen_692_serpio_bernales.pdf)
2. Registro Nacional de IPRES [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/ipress.htm?action=mostrarVer&idipress=00007634#no-back-button>
3. Centro De Salud Gustavo Lanatta Lujan en San Martin De Porres | MINSA [Internet]. Establecimientos de salud. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/lima-norte/centro-de-salud-gustavo-lanatta-lujan-san-martin-de-porres/>
4. Williams GR. Presidential Address: a history of appendicitis. With anecdotes illustrating its importance. *Ann Surg.* mayo de 1983;197(5):495-506.
5. Rafael P M, Quispe R K, Pantoja S LR, Rafael P M, Quispe R K, Pantoja S LR. Apendicitis aguda: Concordancia clínica, quirúrgica y anatomopatológica en un hospital de emergencias peruano. *Rev Fac Med Humana.* julio de 2022;22(3):463-70.
6. Prieto M, Lelpo B, Jiménez Fuertes M, González Sánchez M del C, Martín Antona E, Balibrea JM, et al. Encuesta nacional sobre el tratamiento de la apendicitis aguda en España durante la fase inicial de la pandemia por COVID-19. *Cirugía Española.* 2020 Jul;99(6).
7. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cir Gen.* marzo de 2019;41(1):33-8.
8. Rodas Andrade JR, Urgilés Rivas MV, Ordoñez Cumbe JC, Cabrera Abad KM, Naulaguari Medina PP. Evaluación de la Escala de Alvarado versus Score de Respuesta Inflamatoria de la Apendicitis, Hospital José Carrasco Arteaga 2018. *Rev Médica Hosp José Carrasco Arteaga.* 31 de julio de 2020;12(2):112.
9. Hernández-Cortez J, Rómulo R, García-Matus R, Silvia Martínez-Luna M, David Guzmán-Ortiz J, Palomeque-López A, et al. Empleo de antibióticos en el postoperatorio de apendicitis aguda. Octubre-Diciembre [Internet]. 2018 [citado 2022 agosto 3];40(4):262–9. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v40n4/1405-0099-cg-40-04-262.pdf>
10. Bernardo Enríquez-Sánchez L, Daniel J, Carrillo-Gorena J. Chronic and acute cholecystitis, review and current status in our environment. *Cirujano General* [Internet]. 2018;40(3):175–8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2018/cg183e.pdf>

11. Pérez Huitrón MA, Ocaña Monroy JL, Pérez Huitrón MA, Ocaña Monroy JL. Colecistitis crónica litiásica agudizada: una consulta frecuente en la guardia médica. *Rev Fac Med México*. agosto de 2018;61(4):35-7.
12. Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis>
13. Ramos Loza CM, Mendoza Lopez Videla JN, Ponce Morales JA. Aplicación de la Guía de Tokio en colecistitis aguda litiásica. *Rev Médica Paz*. 2018;24(1):19-26.
14. Morgado-Carrasco D, Piquero-Casals J, Podlipnik S. Tratamiento de la escabiosis. *Atención Primaria* [Internet]. 2022 Mar 1;54(3):102231. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721002651>.
15. Heukelbach J, Feldmeier H. Scabies. *Lancet Lond Engl*. 27 de mayo de 2006;367(9524):1767-74.
16. Cayuela López A, Luna Rodríguez C, Gómez Valenzuela MT. Prurito localizado. *Atención Primaria* [Internet]. 2020 [citado el 17 de abril de 2023];52(3):206–7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prurito-localizado-S0212656719301246>
17. Lluch-Galcerá JJ, Carrascosa JM, Boada A. Epidemic scabies: New treatment challenges in an ancient disease. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2023;114(2):132–40. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731022006858>
18. Garcia A, Toso S, Tornaco R, Mena CE, Franco C. Manejo de Otitis Media Aguda en los Servicios de Pediatría y Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital de Clínicas. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)*, 2021; 54(2): 43-50 Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/07/1281082/1816-8949-anales-54-02-43.pdf>
19. Rodríguez J, Pavez D, Pérez R, Cofré J. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento antimicrobiano de la otitis media aguda en pediatría. *Rev. Chilena Infectol* [Internet]. 2019 [citado el 17 de abril de 2023];36(4):497–504. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182019000400497](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182019000400497).
20. Lampert Grassi MP| CV. Interrupción voluntaria del embarazo: definición, proyectos de ley y legislación extranjera. - Asesorías Parlamentarias BCN. Búsqueda por Categoría Temática [Internet]. bcn.cl. BCN. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2020 [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/asesoriasparlamentarias/www.bcn.cl/asesoriasparlame>

ntarias/detalle\_documento.html?id=26453

21. Aborto en América Latina y el Caribe [Internet]. [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-aww-lac-es.pdf>
22. Papageorghiou AT, Kennedy SH, Salomon LJ, Ohuma EO, Cheikh Ismail L, Barros FC, et al. International standards for early fetal size and pregnancy dating based on ultrasound measurement of crown–rump length in the first trimester of pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2014 Dec 1; 44(6):641–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4286014>
23. Zúñiga A, Tobar-Tosse F. Vaginosis bacteriana por *Gardnerella vaginalis*: Nuevas enseñanzas desde la ecología molecular. *Salut Sci Spirit En Línea*. 2015;29-39.
24. Bacterial vaginosis in sexually experienced and non-sexually experienced young women entering the military - PubMed [Internet]. [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14672465/>
25. Navarrete W P, Domínguez Y M, Castro I E, Zemelman Z R. Evaluación de los criterios de Nugent y Amsel para el diagnóstico de vaginosis bacteriana. *Rev Médica Chile*. julio de 2000;128(7):767-71.
26. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep*. 23 de julio de 2021;70(4):1-187.
27. Guía de Práctica Clínica: Neumonía Adquirida en la Comunidad en Adultos en el Perú.pdf [Internet]. [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2418.pdf>
28. CDC Perú reporta cerca de 30 mil episodios por neumonía en todo el país [Internet]. CDC MINSA. [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/prensa/cdc-peru-reporta-cerca-de-30-mil-episodios-por-neumonia-en-todo-el-pais/>
29. Julián-Jiménez A, Valero IA, López AB, Martín LMC, Rodríguez OF, Díaz RR, et al. Recomendaciones para la atención del paciente con neumonía adquirida en la comunidad en los Servicios de Urgencias. *Rev Esp Quimioter*. abril de 2018;31(2):186-202.
30. Enfermedad de Meniere: Evaluación, diagnóstico y manejo - UpToDate [Internet]. [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/meniere-disease-evaluation-diagnosis-and-management>
31. Jackler RK, Luxford WM, Brackmann DE, Monsell EM. Endolymphatic sac surgery in congenital malformations of the inner ear. *The Laryngoscope*. julio de 1988;98(7):698-704.

32. La enfermedad de Ménière.pdf [Internet]. [citado 14 de abril de 2023].  
Disponible en:  
<https://www.nidcd.nih.gov/sites/default/files/Documents/health/hearing/MenieresDisease-Spanish.pdf>



## ANEXO 1

**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

## ANEXO 2

### Cuadro N° 1 CRITERIOS DE TOKIO

<b>A. Signos de Inflamación Local:</b> (1) Signo de Murphy, (2) Masa, dolor o defensa en Hipocondrio derecho
<b>B. Signos de Inflamación Sistémica:</b> (1) Fiebre, (2) PCR elevada, (3) Recuento de GB elevados.
<b>C. Hallazgo Imagenológico característico de colecistitis aguda</b>
<b>Diagnóstico Sospechoso:</b> Un ítem de A más uno de B <b>Diagnóstico Definitivo:</b> Un ítem de A más uno de B más uno de C

### ANEXO 3

Crterios de Amsel (clnicos) <sup>2</sup>	Características (%)
Flujo vaginal	Filante, homogéneo, blanco, adherido a las paredes y uniforme
pH vaginal	> 4,5 (90%)
KOH al 10%	Olor a pescado
Células clave o pista (x40)	> 20% (> 90%)

### ANEXO 4

**Table 1. CURB-65 Scoring<sup>46</sup>**

Symptom	Points
Confusion	1
Urea: BUN >19 mg/dL (>7 mmol/L)	1
Respiratory rate ≥30 breaths/min	1
Systolic BP <90 mm Hg or diastolic BP ≤60 mm Hg	1
Age ≥65 years	1
Total	_____

  

Score	Risk	Disposition
0 or 1	1.5% mortality	Outpatient care
2	9.2% mortality	Inpatient versus observation admission
≥3	22% mortality	Inpatient admission; consider ICU admission with score of 4 or 5

Abbreviations: BP, blood pressure; BUN, blood urea nitrogen; ICU, intensive care unit.