



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL  
CARLOS LANFRANCO LA HOZ – CENTRO DE SALUD VILLA  
ESTELA 2022-2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
KRISTEL GINELLA YAÑEZ AGAPITO**

**ASESOR  
RONALD CACHI JURADO**

**LIMA - PERÚ  
2023**



**Reconocimiento  
CC BY**

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL  
CARLOS LANFRANCO LA HOZ – CENTRO DE SALUD VILLA  
ESTELA 2022-2023**

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

**PRESENTADO POR:**

**KRISTEL GINELLA YAÑEZ AGAPITO**

**ASESOR:**

**DR. RONALD CACHI JURADO**

**LIMA – PERÚ**

**2023**

## **JURADO**

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

**Miembro: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE**

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

## **DEDICATORIA**

A mi asesor, por sus consejos en los momentos cuando las ideas no salían para redactar lo que hoy he alcanzado. Usted ha formado parte importante de mi formación humana y profesional. A mi familia por ser el impulso de mis sueños y esperanzas, por ser mi ejemplo de perseverancia, gracias por creer en mí. A mis amigos, que muchas veces fungieron el papel de hermanos que me acompañan en las alegrías y más aún en las caídas

## ÍNDICE

PORTADA.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
DEDICATORIA .....	3
INDICE.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
RESUMEN .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
ABSTRACT.....	6
(reporte de similitud firmado por el ASESOR).....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
INTRODUCCION .....	8
CAPITULO I.TRAYECTORIA PROFESIONAL .....	9
CAPITULO II.CASOS DE LA ESPECIALIDAD.....	10
ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA .....	10
ROTACIÓN DE PEDIATRÍA .....	14
ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA.....	16
ROTACIÓN DE CIRUGÍA .....	18
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL .....	21
1.ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA .....	21
2.ROTACIÓN PEDIATRÍA .....	24
3.ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA .....	27
4.ROTACIÓN DE CIRUGÍA .....	31
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA .....	36
CONCLUSIONES .....	37
RECOMENDACIONES .....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	39
Anexos.....	42

## RESUMEN

La educación médica se desarrolla durante siete años y el último año de pregrado de la carrera de medicina humana corresponde al internado médico, representa la última fase en la formación del futuro médico, brindando perspectiva y experiencia necesaria para ejercer la medicina en el Perú, es una etapa esencialmente práctica donde los alumnos consolidan los conocimientos adquiridos en los años previos de la carrera y ejecutan su saber bajo supervisión.

El internado de ciencias de la salud 2022, inició el 1 de junio debido a la coyuntura de pandemia COVID-2019 y el estado de emergencia sanitario nacional, con un tiempo de duración de 10 meses, divididos en 5 meses de servicio en hospitales, cumpliendo con rotaciones en los distintos servicios y 5 meses en establecimiento de primer nivel de atención, culminando el 31 de marzo del 2023.

El propósito del siguiente trabajo es exponer las diversas estrategias, aspectos formales y teóricos del aprendizaje desarrollados durante el ejercicio del internado médico. Se describe el manejo desde el ingreso, diagnóstico, evolución y recuperación de algunas de las enfermedades más comunes de la región, en las áreas de Gineco-obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía, desarrolladas durante los diez meses de internado.

La práctica comenzó en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, para luego continuar el internado en Centro de Salud Villa Estela, donde se desarrollaron las rotaciones en los servicios de ginecología y obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general. Se sacaron dos conclusiones principales; durante el último año, los estudiantes de medicina aplican, combinan y consolidan los conocimientos adquiridos en ciclos anteriores en condiciones reales y el estado de emergencia por la pandemia COVID-19 perjudicó su formación de manera parcial, convirtiendo las prácticas en los hospitales a simulaciones virtuales y discusión de casos clínicos durante dos años de formación virtual, asimismo reduciendo el número de horas netas de practica en un internado con duración de 10 meses.

## ABSTRACT

Medical education takes place over seven years and the last year of the undergraduate degree in human medicine corresponds to the medical internship, it represents the last phase in the training of the future doctor, providing perspective and experience necessary to practice medicine in Peru, it is an essentially practical stage where students consolidate the knowledge acquired in the previous years of the degree and execute their knowledge under supervision.

The 2022 health sciences internship began on June 1 due to the COVID-2019 pandemic situation and the state of national health emergency, with a duration of 10 months, divided into 5 months of service in hospitals, fulfilling with rotations in the different services and 5 months in a first level care establishment, culminating on March 31, 2023.

The purpose of the following work is to expose the various strategies, formal and theoretical aspects of learning developed during the exercise of the medical internship. The management from admission, diagnosis, evolution and recovery of some of the most common diseases in the region is described, in the areas of Gynecology-obstetrics, Pediatrics, Internal Medicine and Surgery, developed during the ten months of internship.

The practice began at the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital, to later continue the internship at the Villa Estela Health Center, where rotations were developed in the gynecology and obstetrics, pediatrics, internal medicine and general surgery services. Two main conclusions were drawn; During the last year, medical students apply, combine and consolidate the knowledge acquired in previous cycles in real conditions and the state of emergency due to the COVID-19 pandemic partially impaired their training, converting practices in hospitals to virtual simulations and discussion of clinical cases during two years of virtual training, also reducing the net number of hours of practice in a 10-month internship.



## NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO  
EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO  
LA HOZ - CENTRO DE SALUD VILLA EST

## AUTOR

KRISTEL GINELLA YAÑEZ AGAPITO

## RECUESTO DE PALABRAS

3471 Words

## RECUESTO DE CARACTERES

19326 Characters

## RECUESTO DE PÁGINAS

22 Pages

## TAMAÑO DEL ARCHIVO

523.2KB

## FECHA DE ENTREGA

Apr 14, 2023 9:40 PM GMT-5

## FECHA DEL INFORME

Apr 14, 2023 9:40 PM GMT-5

● 19% de similitud general

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

- 19% Base de datos de Internet
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

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



Dr. Ronald Cachi Jurado

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-8770-3850>

## INTRODUCCION

La educación médica es un proceso largo y complejo que inicia en el aula universitaria y culmina con la práctica clínica en los establecimientos de salud. Durante el internado médico, los estudiantes tienen la oportunidad de aplicar los conocimientos adquiridos en los 6 años previos de la carrera en el ámbito hospitalario.

En el Perú, el internado médico es un requisito obligatorio para la obtención del título de médico cirujano y es una etapa crucial en la formación de los futuros galenos

Durante esta etapa, los internos tienen la oportunidad de trabajar en las diversas especialidades médicas y adquirir la experiencia práctica en la atención médica de pacientes; los estudiantes son testigos del proceso de atenciones ejecutadas por los médicos especialistas y así se familiarizan con los procesos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de múltiples nosologías, asimismo, aprenden sobre la prevención de patologías y promoción de la salud.

La calidad del médico interno es primordial para garantizar la formación adecuada de los médicos peruanos, es por esta razón, que el estudio constante y el análisis de la situación actual de la medicina en el país son los pilares para identificar las fortalezas y debilidades del sistema de salud nacional y así proponer recomendaciones para mejorar la formación de los médicos en el futuro.

El internado médico abarca cuatro áreas de la carrera médica en la que los internos aprenderán durante su estancia hospitalaria: cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna y pediatría. Estas cuatro áreas determinan las rotaciones por las cuales pasan los internos de medicina (1).

En el mes de mayo del 2022, se publicó en El Peruano la Resolución Ministerial N° 351-2022 del Ministerio de Salud (MINSA) que con su artículo 2 dispuso el inicio y término del internado de ciencias de la salud (2).

Para detallar el proceso de internado, el 15 de mayo se publica la Resolución Ministerial N° 351-2022 del Ministerio de Salud (MINSA) que aprobó la Directiva Administrativa N° 331 – MINSA “Directiva administrativa para el desarrollo de actividades del internado en ciencias de la salud” (3). La directiva establece el inicio del internado el 1 de junio del 2022 y término el 31 de marzo

del 2023, asimismo estableció los requerimientos para el inicio del internado médico en establecimientos del primer y segundo nivel de atención en salud.

Desarrollé el internado médico en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el distrito de Puente Piedra y en el Centro de Salud Villa Estela en el distrito de Ancón, este trabajo representa las experiencias en carne propia durante el internado médico en el periodo 2022 – 2023.

## **CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El interno de medicina y su planteamiento respecto a la solución de problemas es el componente fundamental del internado médico en la formación de pregrado, estimulando al interno a buscar soluciones en cada caso, y no solo ser receptores de información de manera pasiva. Así es como, la base de su enseñanza es enfocada al desarrollo de habilidades clínicas a partir del conocimiento de los pacientes atendidos en las unidades médicas, revisando historias y casos clínicos de su interés e incluyendo la tutoría de la asistencia médica, comprendiendo su participación en la atención de pacientes. (4)

Las diversas disciplinas clínicas resaltan por la correlación de los siguientes componentes: objeto, método, medio, contenido y evaluación, los cuales benefician el desarrollo de enseñanza-aprendizaje en la educación médica. Es en la vida cotidiana del interno y con casos reales la formación pretende dar respuestas teóricas y prácticas que aseguren la capacidad del interno para recabar información, diagnosticar, tratar y tomar decisiones de acuerdo con la idiosincrasia del problema. Asimismo, el razonamiento clínico es la aplicación del método científico para la detención de problemas médicos en pacientes. (5)

Los médicos deben obtener información a través de entrevistas y exámenes físicos. El médico escucha, concluye, amplía, identifica, profundiza, observa, toca, palpa, percute y ausculta, recordando que el examen primario son los síntomas y signos proporcionados por el paciente, explora toda la información útil posible.

Las universidades, por otro lado, están adoptando modalidades de enseñanza y aprendizaje virtual que se basan en plataformas electrónicas como el uso de campus virtuales. Discusión de casos clínicos que involucran esta modalidad, discusión de procedimientos clínicos e instrucción enfocada a la resolución de desafíos académicos.

El internado médico se desarrolló en dos locaciones, los primeros cinco meses en una unidad hospitalaria y los siguientes cinco meses en un centro de salud; constó de 4 rotaciones, gineco-obstetricia, medicina interna, pediatría, y cirugía general, con una duración de cinco semanas por especialidad y cinco meses de atención primaria en salud, es en estos diez meses donde se necesitaba desarrollar habilidades, competencias, conocimientos y talentos médico-quirúrgicos sin descuidar el componente humano de la atención al paciente..

La asistencia fue diaria, de una duración regular de 12 horas en el hospital y 6 horas en el centro de salud extendiéndose hasta 12 horas en guardias programadas. Las funciones desempeñadas en los establecimientos fueron las de un médico en ejercicio, abarcando el llenado de historias clínicas, ejecución de planes de trabajo y apoyo en los procedimientos invasivos y no invasivos, todo lo antes descrito bajo supervisión de un médico experimentado.

## **CAPITULO I. CASOS DE LA ESPECIALIDAD**

### **ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA**

#### **Caso clínico N° 1**

Paciente SRBG femenina de 27 años, procedente de Lima, Puente Piedra

Antecedentes:

- Menarquia: 14 años
- Fecha de ultima regla: 7/4/22
- Régimen catamenial: 4-5días/5-7semanas
- Patológico: Ovario poliquístico (3años)
- G2P0010

Relato:

Paciente acude a establecimiento de salud refiriendo secreción vaginal rojo oscuro y leve dolor pélvico, parecido al de periodo menstrual, en los últimos 3 días. Agrega que luego de notar sensación de pesadez en las mamas, paciente acude a consultorio particular realizándose prueba de embarazo con resultado positivo, además hace 4 semanas se realiza ecografía transvaginal, confirmando embarazo intrauterino viable único. Paciente menciona acudir a sus controles obstétricos.

Funciones biológicas: conservadas

Examen físico:

Funciones vitales: T° 37°C SatO2 98% FR 22rpm FC 84lpm PA 100/60

Aspecto general: AREG, AREN, AREH, afebril, ventila espontáneamente

Peso actual: 62 K

Piel: T/H/E, llenado capilar <2"

TyP: MV pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

CV: RCR buena intensidad no soplos

ABD: RHA+, blando depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio.

TV: útero anteroversoflexo de aproximadamente 9cm, no se perciben masas o dolor al movimiento cervical y anexial, cuello uterino blando posterior, orificio cerrado

Especuloscopia se evidencia un pequeño ectropión cervical, sin sangrado. El cérvix se encuentra cerrado y no se evidencia sangre o secreción anormal.

Neurológico: LOTEPEG 15/15

Doppler fetal no se percibieron latidos fetales.

Presunción diagnóstica:

Aborto retenido

## Caso clínico N° 2

Paciente LTYA femenina de 31 años, gestante de 39 semanas, procedente de Lima, Ancón

Antecedentes:

- cesáreas anteriores 2
  - la primera por preeclampsia con signos de severidad
  - la segunda por tiempo intergenésico corto (12 meses).
- Controles prenatales: 8

Relato:

Paciente acude a establecimiento refiriendo dolor de cabeza y aumento de volumen en miembros inferiores, menciona dolor no cede con paracetamol, agrega ver lucecitas desde hace dos días.

Funciones biológicas: conservadas

Examen físico:

Funciones vitales: T° 37°C SatO2 99% FR 22rpm FC 88lpm PA 140/95

Aspecto general: AREG, AREN, AREH, afebril, ventila espontáneamente

Peso actual: 68 K

Piel: T/H/E, llenado capilar <2”

TyP: MV pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

CV: RCR buena intensidad no soplos

ABD: Grávido, contenido único.

Altura uterina: 33cm      SPP: LCI      LCF: 137-143 por minuto

TV: cuello uterino posterior, orificio cerrado.

Neurológico: LOTEPE EG 15/15

Presunción diagnóstica:

- Gestante de 39 semanas x FUR
- Preclamsia

Plan:

- Metildopa 500mg cada 12 horas
- Control estricto de la presión arterial cada media hora y monitoreo fetal
- Examen de tira reactiva a la orina obteniendo como resultando proteinuria 2+. Se realiza monitoreo electrónico fetal obteniendo el resultando de feto reactivo.

Primer control (30 minutos después)

- Presión arterial 155/90 mmHg,

Se solicitan los siguientes exámenes de laboratorio transaminasas, hemograma completo, urea, creatinina, glucosa, perfil de coagulación y exámenes prequirúrgicos.

Segundo control (60 minutos después)

- Presión arterial 165/100 mmHg

Se procede a administrar nifedipino 10mg

Tercer control (90 minutos después)

- Presión arterial 140/80 mmHg.

Se reciben los resultados de laboratorio solicitados observando alterados: creatinina con 1.7 y hemograma con 95 000 plaquetas, se le informa a la paciente los riesgos de continuar con la gestación y se le solicita firmar el consentimiento informado, luego de ello pasa a sala de operaciones para realizar cesárea de emergencia por el diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad. Producto nace vivo, reactivo a estímulos y con peso adecuado para la edad gestacional.

Después de la cesárea de emergencia la paciente no presentó nuevamente presiones arteriales elevadas, cefalea cesó y sus valores de laboratorio se normalizaron, excepto las plaquetas con valores de 120 000 plaquetas, se le da de alta luego de 48 horas de realizada la cesárea, se brindan recomendaciones y se le explica signos de alarma.

## ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

### Caso clínico N° 1

Paciente JCEY lactante masculino de 4 meses, procedente de Lima, Puente Piedra

Antecedentes:

- Gastroenteritis aguda (3 meses)

Relato:

Paciente en compañía de madre quien refiere decaimiento y “mi bebé no come”, agrega 10 episodios de heces líquidas sin moco y sin sangre, desde hace 24 horas asociado a vómitos de contenido alimenticio 3 cámaras desde hace 8 horas, niega sensación de alza térmica.

Funciones biológicas: Deposiciones aumentadas

Examen físico:

Funciones vitales: T° 37°C SatO2 97% FR 24rpm FC 160 lpm

AMEG AMEH AMEN

Piel y faneras: Mucosa oral seca, llanto sin lágrimas, ojos hundidos, llenado capilar 4 segundos, signo de pliegue +

CV: RCR no soplos

TyP: MV pasa ACP no ruidos agregados

SNC: hipoactivo, débil respuesta a estímulos, reflejo de succión disminuido

Presunción diagnóstica:

- síndrome diarreico agudo
- deshidratación severa

Plan:

Se deriva al paciente a la unidad de cuidados intermedios para continuar con el tratamiento.



Se indica oxigenoterapia, se canalizan dos vías periféricas y se solicita muestra de sangre para laboratorios. Se administra cloruro de sodio en bolos de 20ml/kg, en el análisis de gases arteriales se observa acidosis metabólica.

Ante estos resultados y la evolución estacionaria del paciente se traslada a la unidad de cuidados intensivos pediátricos con los siguientes diagnósticos:

- Gastroenteritis aguda etiología viral
- Shock hipovolémico por deshidratación

Paciente necesitó intubación, expansión de volumen y corrección electrolítica, siendo transferido al pabellón de hospitalización a las 72hrs con notable mejoría indicando manejo de soporte hasta el alta médica.

## **Caso clínico N° 2**

Paciente LIYF neonato masculino de 4 días, procedente de Lima, Comas

Antecedentes:

Madre de menor no refiere antecedentes patológicos

Antecedentes prenatales: Recién nacido a término de 38 semanas de edad gestacional de bajo peso al nacer (2190 gr), madre primeriza con 7 controles prenatales.

Relato:

Paciente acude a emergencia en compañía de madre quien refiere menor presenta problemas para deglutir la leche al lactar, menciona menor no succiona bien el pezón, niega sensación de alza térmica. Durante la evaluación en emergencia, ocurre episodio de crisis convulsiva por lo que se deriva a paciente a unidad de cuidados intermedios.

Funciones biológicas: sin alteraciones

Examen físico:

Funciones vitales: T° 37°C SatO2 97% FR 24rpm FC 160 lpm

AREG AREN AREH

Piel y faneras: T/H/E LLENADO CAPILAR <2"

CV: RCR no soplos

TyP: MV pasa ACP no ruidos agregados

SNC: débil respuesta a estímulos, reflejo de succión disminuido

Presunción diagnóstica:

- síndrome convulsivo etiología no definida

Plan:

Se solicita hemograma completo, calcio, sodio y potasio séricos, glicemia, bilirrubinas y se indica fenobarbital en bolo intravenoso.

Se reciben los resultados del laboratorio, donde se evidencia alterado el valor de sodio con 118 mEq/L

Frente a este resultado se plantean los siguientes diagnósticos:

- síndrome convulsivo neonatal
- encefalopatía neonatal metabólica por hiponatremia.

Se indica administrar sodio hipertónico al 3% con meta de sodio de 120 y luego corregir el sodio lentamente en las próximas 24 horas, 6mg de fenobarbital por vía endovenosa cada 12 horas.

Pasada 48 horas y se logra corregir el nivel de sodio, paciente responde a estímulos, se encuentra dormido a la evaluación y pediatra solicita ecografía transfontanelar para descartar hemorragia intracraneal como etiología de evento convulsivo.

Paciente es referido al Instituto Nacional de Salud del Niño, por no contar con capacidad resolutoria en establecimiento.

## **ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA**

### **Caso clínico N°1**

Paciente femenina de 30 años, procedente de Lima, Puente Piedra.

Antecedentes:

- Infección de tracto urinario desde hace 6 meses, la cual fue tratada con amoxicilina en dosis de 500mg cada 12 horas por 7 días, por recomendación de su vecina que trabaja en una farmacia.
- Niega otros antecedentes de importancia.

Relato:

Llega a emergencia refiriendo disuria, polaquiuria y tenesmo vesical desde hace aproximadamente 10 días. Acude a establecimiento al no notar mejoría con analgésico.

Las funciones biológicas se encuentran conservadas.

Examen físico:

AREG AREN AREH.

CV: RCR, no soplos.

TyP: MV pasa en ACP, no ruidos agregados.

ABD: no distendido, RHA (+), doloroso a la palpación en hipogastrio, PPL (-) y PRU superior y medio (-).

SNC: LOTEPEG 15/15

Plan:

Se solicita examen de orina, donde se evidencia lo siguiente: gérmenes (++) leucocitos > 20 por campo, nitritos positivos y hematíes >10 por campo.

Diagnostico presuntivo:

- Cistitis

Se inicia tratamiento empírico para ITU baja no complicada con nitrofurantoina en dosis de 100mg vía oral cada 6 horas por 3 días. Se da el alta y se le comentan signos de gravedad, además se le indica que regrese para ser reevaluada en 7 días.

La paciente acude por consultorio para ser reevaluada y refiere completa mejoría clínica, niega malestar, no refiere síntomas patológicos y se le da de alta.

## **Caso clínico N°2**

Paciente femenina de 16 años, procedente de Lima, Puente Piedra.

Antecedentes:

Niega antecedentes patológicos, niega antecedentes quirúrgicos.

Relato:

La paciente acude en compañía de su madre por consultorio y refiere que presenta desde hace 4 días cefalea hemicraneal izquierda, pulsátil, intensidad 7/10, la cual se exacerba con el movimiento, además manifiesta que no tolera la luz y los ruidos fuertes. En las últimas 24 horas se le asocian a náuseas y vómitos biliosos. La madre la automedicó con metamizol e ibuprofeno, producto de esto mostró leve mejoría de manera transitoria.

La paciente fue atendida por el consultorio de neurología. Las funciones biológicas se encuentran conservadas. Al examen preferencial no se encontraron alteraciones físicas, no se evidenciaron signos de focalización, ni rígidess de nuca ni otros síntomas meníngeos. Con relación al sistema osteomuscular, la fuerza se encontraba conservada, al igual que la sensibilidad y los reflejos osteotendinosos estaban presentes. Se le solicita un hemograma, el cual muestra valores dentro de los rangos normales.

Se le da el diagnóstico de estatus migrañoso y se le realiza una referencia a un centro de mayor complejidad por no contar con tomógrafo.

Posteriormente la paciente acude para que se le realicen controles, refiere haber recibido diazepam por vía oral, metoclopramida, dexametasona e hidratación por vía endovenosa y AINES junto con triptanos por vía intramuscular.

Cuatro meses después, la paciente presenta el mismo cuadro durante aproximadamente 20 minutos, además menciona que antes del inicio de los síntomas presentó vértigo, zumbido en el oído y visión doble; por lo que acude a un centro de salud particular y le diagnostican migraña con aura del tronco encefálico. Le indican fármacos sintomáticos y tratamiento profiláctico con anticonvulsivos. No ha vuelto a presentar el mismo cuadro.

## **ROTACIÓN DE CIRUGÍA**

### **Caso clínico N°1**

Paciente femenino de 65 años procedente de Lima, Puente Piedra

Antecedentes:

Antecedente ginecológico: G5P4013

Antecedentes patológicos:

- Hipotiroidismo hace 10 años
- Colecistitis crónica calculosa hace 6 años

Antecedente quirúrgico:

- Cesáreas hace 25 y 27 años respectivamente.

Relato:

La paciente acude a emergencia por presentar desde hace aproximadamente 3 días, cuadro de dolor en zona abdominal derecha, tipo cólico, de intensidad 5/10, el cual se irradia hacia el ángulo escapular inferior ipsilateral. El dolor aumenta en intensidad 8/10 desde hace 48 horas, asociándose náuseas, vómitos y fiebre cuantificada en 38.1°C. Refiere que acudió a una farmacia donde le medican hioscina y metamizol, los cuales alivian el dolor por pocas horas. Niega ictericia, refiere acolia y coluria.

Las funciones biológicas se encuentran conservadas.

Examen físico:

Funciones vitales: T° 38°C SatO2 98% FR 24rpm FC 88 lpm IMC 30

AREG AREN AREH

Piel: tibia, hidratada, elástica, ictericia (+/+++).

CV: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.

TyP: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares.

ABD: globuloso, cicatriz transversa infraumbilical, ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación superficial y profunda en cuadrante superior derecho, no se palpan masas.

SNC: LOTEPEG15/15

Diagnóstico presuntivo:

- Colecistitis aguda

- D/C coledocolitiasis

Plan:

Se solicita una ecografía abdominal y una colangiorresonancia. En el reporte ecográfico se observan imágenes hiperecogénicas múltiples, con sombra acústica en todas ellas, lo que otorga el diagnóstico de colecistitis aguda calculosa, se brinda manejo de dolor con metamizol 1gr PRN dolor y escopolamina 10mg cada 8 horas, además, se inicia antibioticoterapia con ceftriaxona 1gr cada 12horas y metronidazol 500mg cada 8 horas por lo que se le deriva a un centro de mayor complejidad para su manejo al no contar con tomografía ni colangiorresonancia en establecimiento.

## **Caso clínico N°2**

Paciente varón de 28 años, procedente de Lima, Puente Piedra.

Antecedentes:

Cuadros de estreñimiento desde niño

Relato:

Paciente acude a centro de salud refiriendo dolor al realizar deposiciones desde hace aproximadamente de 10 días, además menciona encontrar restos de sangre al limpiarse.

Las funciones biológicas se encuentran conservadas a excepción de las deposiciones que se encuentran disminuidas.

Examen físico:

Funciones vitales: T° 37°C SatO2 99% FR 20rpm FC 80 lpm IMC 26

AREG AREN AREH

Piel: tibia, hidratada, elástica

CV: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.

TyP: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares.

ABD: no distendido RHA+ no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no signos peritoneales

Region anal: se observa una laceración en mucosa anal a horas XI, no se observan vasos hemorroidales.

TR: se palpa el esfínter anal hipertónico, no se palpan masas.

SNC: LOTEPE EG15/15

Diagnostico presuntivo:

- Fisura anal.

Plan:

Se decide dar como tratamiento un preparado de dinitrato de isosorbida al 0.2% en gel cada 8 horas por 14 días junto con lidocaína en gel al 2%, además como medidas higiénico dietéticas se le recomienda una dieta alta en fibra y 1 cucharada diluida en agua de *plantago ovata* cada 12 horas. Asimismo, se le recomienda realizar baños de asiento con agua de yanten después de cada defecación. Se le cita para reevaluación en 14 días.

Luego de 2 semanas paciente acude a control refiriendo mejoría clínica, se extendió el tratamiento por 14 días más y fue dado de alta.

### **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

#### **1. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

##### **Caso clínico N° 1**

El aborto se define como la interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas desde la fecha de última regla, con un peso menor a 500 gramos o 25cm de longitud. (6) El aborto es considerada una de las hemorragias del 1er trimestre más frecuente con una incidencia en Perú de entre el 11 al 20%, es además un problema de salud pública cuando el aborto se da en condiciones de riesgo, aproximadamente el 13 de la mortalidad materna en el mundo corresponde a un aborto provocado, generalmente en países donde es ilegal y representa en 30 a 35% de muertes

en América latina o África. (6)

Su clasificación es diversa y puede ser según su tiempo de gestación como temprano menor a 9 semanas o tardío mayor de 9 semanas. Según su forma de presentación como espontáneo o inducido. (7) Por último, existe el llamado aborto terapéutico el cual se realiza con el fin de salvaguardar la vida materna. (7)

Existen signos de alarma como: fiebre materna, hemorragia aguda con taquicardia e hipotensión, sospecha de abdomen agudo quirúrgico, compromiso del sensorio, leucocitosis con desviación izquierda en hemograma, alteración de la coagulación, función renal o hepática; que pueden hacernos sospechar de complicaciones como: anemia aguda, hemorragia, shock hipovolémico, septicemia, perforación uterina, laceración cervical, restos placentarios o fetales los cuales incrementan riesgo de infección (Anexo 1). (6,8)

Entre los diagnósticos diferenciales que debemos descartar están la enfermedad trofoblástica gestacional, embarazo ectópico, cervicitis, pólipos cervicales, cáncer de cuello uterino, desgarros cervicales. (8)

El manejo de un paciente con un aborto debe enfocarse en el tratamiento oportuno, preservar la fertilidad futura y prevenir deterioro materno. (6,8)

En pacientes hemodinámicamente estables se debe de realizar una evacuación uterina a través de aspiración manual endouterina (AMEU), en un aborto no complicado menor de 12 semanas o un legrado uterino después de 12 semanas de edad gestacional. (6,8) El manejo post AMEU es ambulatorio, en caso de aborto frustrado o retenido mayor de 12 semanas de gestación, considerar manejo hospitalario y legrado uterino en centro quirúrgico, previo estudio de factores de la coagulación. (8)

En paciente hemodinámicamente inestables sea por hemorragia o infecciones se debe hospitalizar, canalizar vía número 18, reanimación hemodinámica con NaCl 0.9% 1000cc y evaluar necesidad de una transfusión sanguínea de ser necesario, oxigenoterapia, antibiótico profilaxis endovenosa, sondaje Foley, perfil sanguíneo, coagulación, hepático, ecografía transvaginal o abdominal y una evacuación uterina a través de legrado lo más pronto posible. (8)



## Caso clínico N° 2

En el embarazo los trastornos hipertensivos, son una de las complicaciones principales, estas patologías representan causas de altas tasas de morbimortalidad materna fetal. La clasificación de estos trastornos varían de acuerdo con características y criterios clínicos establecidos. (9) Por lo general, la preeclampsia ha sido definida como la presencia de proteinuria más hipertensión arterial después de la semana 20 de gestación. (9) En su mayoría (80%), se presentan durante el final de la edad gestacional, el porcentaje restante inicia a edades gestacionales más tempranas. (9) Esto implica un impacto en el buen pronóstico, debido que a mayor edad gestacional, existe mejor pronóstico, a diferencia de, a menores edades, el riesgo aumenta y los resultados son desfavorables. (9)

A través de la historia clínica durante el control prenatal, las gestantes son valoradas por factores de riesgo que predisponen a padecer estos trastornos, los controles prenatales permiten iniciar las medidas preventivas en gestantes de riesgo. (10)

La hipertensión crónica, la hipertensión gestacional, la preeclampsia, y la preeclampsia superpuesta, son los trastornos hipertensivos que se presentan en el embarazo. (10)(11) Todos los trastornos cuentan con criterios diagnósticos particulares que el médico debe identificar para poder clasificar de forma correcta a la gestante, cada trastorno hipertensivo requieren un manejo y abordaje diferente. (10)(11)

Los factores asociados con el aumento de riesgo de preclamsia son:

Antecedentes de preclamsia en embarazo previo (12)

- Edad materna mayor de 40 años o menor de 18 años. (12)
- Hipertensión arterial crónica. (12)
- Nefropatías. (12)
- Colagenopatías. (12)
- Diabetes mellitus. (12)
- Embarazo múltiple. (12)
- Raza negra. (12)

- Apnea obstructiva del sueño. (12)
- Antecedente familiar de preclamsia. (12)
- Obesidad (12)

El manejo de preclamsia con criterios de severidad principalmente es la finalización de la gestación en pacientes que tengan mas de 34 semanas de gestación, en gestantes con menos de 34 semanas se considera el manejo expectante para lograr prolongar el tiempo del feto intrauterino y confirmar la madurez fetal, con corticoesteroides prenatales (11)(12)

## **2. ROTACIÓN PEDIATRÍA**

### **Caso clínico N° 1**

En el primer caso, el paciente presenta un cuadro de shock descompensado en sincronía con una deshidratación secundaria a una gastroenteritis aguda probablemente de etiología viral.

En pediatría la gastroenteritis aguda es una patología muy frecuente, puede representar hasta el 10% de atenciones en urgencias. (12) En su mayoría se maneja como un proceso leve; sin embargo, en algunos pacientes puede progresar a un cuadro severo. (12) De acuerdo con la clasificación por duración se identifica, en aguda (<2 semanas), persistente (de 2 a 4 semanas) y crónica (> 4 semanas). (12) Según sus características las diferenciamos como acuosa aquella que no tiene ni moco ni sangre o disentérica aquella presenta moco y sangre. (12)

El patógeno más común de diarrea acuosa en menores de 2 años es el rotavirus, la clínica de este patógeno se inicia como un resfriado para convertirse en un cuadro diarreico. En mayores de 2 años el agente etiológico más frecuente de diarrea acuosa es la *Escherichia coli enterotoxigénica* (ECET) la misma que causa la diarrea del viajero en adultos. (12)

El agente más común de diarreas disentéricas en menores de 2 años es el *campylobacter jejuni* relacionado a la crianza de aves de corral y aquellos pacientes infectados con este agente podrían llegar a desarrollar síndrome de Guillain-Barré. (12) En cambio, en mayores de 2 años es la *shigella flexneri* la causa de la diarrea disentérica. (12)

El diagnóstico de gastroenteritis aguda en el paciente descrito es clínico, por el aumento del número de deposiciones y sus características, si hay signos de bacteriemia o deshidratación severa, es importante la pérdida de peso para evaluar el grado de deshidratación; leve <5%, moderada de 5 a 10% y severa >10%. (12) Las escalas más utilizadas son las que utilizan signos clínicos como la escala de Gorelik donde se identifica la presencia del signo del pliegue, llenado capilar, ausencia de lágrimas, respiración normal, mucosas secas, ojos hundidos, pulso radial normal, taquicardia, oliguria. (12) Con esta escala la presencia de más de 6 signos indica una deshidratación severa. (12)(13)

Las soluciones de rehidratación oral (SRO) son fundamentales en el tratamiento de la deshidratación, se recomiendan las fórmulas hiposódicas y las bebidas comerciales para deportistas no son aconsejables; la primera vía de administración y la de elección es la oral, sin embargo, se reserva la vía periférica en situaciones como shock hipovolémico, compromiso del nivel de conciencia, íleo paratítico, deshidratación grave, aspecto séptico o vómitos incoercibles.(12)

En el paciente descrito en shock hipovolémico se administra un bolo de 10 – 20ml/kg cloruro de sodio en 10 minutos. (13) Acción que puede repetirse 2 veces más. (13) Además de apoyo oxigenatorio por la presencia de cianosis. (13) Luego de estabilizar al paciente se continúa la hidratación de mantenimiento con NaCl 0.9% 100ml/kg EV, nuestro paciente al ser menor de un año se administra 30ml/kg en la primera hora y luego 70ml/kg en 5 horas (Anexo 2). En este paciente se debió asociar oxigenoterapia desde el principio (13), sin embargo, su evolución no fue favorable por lo que tuvo que ser derivada a UCIP donde se administró intubación y manejo electrolítico; después de su internamiento en UCIP logró una evolución favorable hasta su alta hospitalaria.

## **Caso clínico N° 2**

Los episodios convulsivos son movimientos anormales paroxísticos que se presentan debido a la actividad eléctrica excesiva del sistema nervioso central, esta patología constituye a la más frecuente y

particular dato neurológico en el período neonatal. Las enfermedades neurometabólicas que manifiestan convulsiones y epilepsia constituyen un amplio grupo de trastornos hereditarios. (14).

El paciente del caso presentaba hiponatremia por lo que probablemente la etiología de sus crisis convulsivas fue ese trastorno metabólico. Las convulsiones son movimientos anormales paroxísticos que se presentan debido a una descarga eléctrica excesiva en el sistema nervioso central, las convulsiones constituyen el más frecuente y distintivo dato neurológico en el período neonatal (14).

Dentro de las posibles alteraciones bioquímicas causantes de las convulsiones neonatales son: (15)

- Elevación amonio (15)
- Disminución glucemia (15)
- Acidosis láctica (15)
- Alteración perfil ácidos orgánicos/aminoácidos/lípidos (plasma/orina/LCR) Trastornos coagulación (15)
- Alteraciones hidroelectrolíticas (15)
- Disfunción renal/hepática (15)
- Pancitopenia (15)
- Descenso glucosa en líquido cefalorraquídeo (15)
- Alteración perfil neurotransmisores (15)

El paciente descrito presentó hiponatremia haciendo suponer que la etiología de sus crisis convulsivas fue aquel trastorno metabólico agudo (15), por ello, se solicitó una ecografía transfontanelar y así poder descartar hemorragia intracraneal o cerebral asociada (16).

El manejo de la hiponatremia que desencadena convulsiones consiste en la administración de NaCl al 3% a razón de 2 ml/kg en 1 o 2 horas, luego que el sodio sérico supere los 120 mEq/L, se realizará una corrección en 24 horas, esta corrección del sodio sérico no debe sobrepasar 8-10 mEq/L por día; manteniendo los requerimientos del paciente y reponer las pérdidas. (15)

El fenobarbital es el fármaco de elección como terapia anticonvulsivante, utilizado en el presente del caso. La dosis de carga de este medicamento es de 15- 20 mg/kg por vía endovenosa, y la dosis de mantenimiento es de 4-5 mg/kg/día en uno o 2 dosis (14).

Durante el período neonatal se pueden producir muy fácilmente desequilibrios hidroelectrolíticos, déficits energéticos o intoxicaciones que pueden desencadenar episodios convulsivos. Los médicos deben contar con la capacidad de identificar y tratar precozmente estas alteraciones para evitar secuelas que pueden ser graves. (16)

### **3. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA**

#### **Caso clínico N° 1**

La paciente del caso describe síntomas clásicos de infección urinaria baja (disuria polaquiuria y tenesmo vesical); debemos recordar que la infección urinaria se define como la presencia de microorganismos en la orina, al ser una definición muy amplia esta comprende diferentes conceptos como:(17)

- Bacteriuria significativa: es el recuento de colonias mayor o igual a 100000/ml en orina obtenida por micción espontánea o sondaje vesical, o cualquier número si la recolección de la muestra es a través de punción suprapúbica o renal. (18)
- Bacteriuria no significativa: recuento de colonias inferior a 100000/ml en orina obtenida por micción o por sonda vesical. (17)
- Bacteriuria complicada: en aquellos pacientes que tienen alguna alteración orgánica o funcional en su aparato urinario, o en pacientes grave de base o inmunosupresión. (17)
- Bacteriuria no complicada: no se detecta condicionante alguno de la bacteriuria. (17)
- Bacteriuria asintomática: sucede en pacientes con bacteriuria significativa en el análisis de orina de una persona aparentemente

sana. (17)

- ITU recurrente: definición en mujeres de 2 o más episodios en 6 meses o 3 o más episodios en 1 año. (17)
- Recidiva: ITU después de un tratamiento correcto, con la reaparición de la bacteriuria provocada por el mismo patógeno causante del episodio previo. (17)
- Reinfeción: ITU después de tratamiento correcto, donde la reaparición de la bacteriuria originada por un patógeno distinto del causante del episodio anterior. (17)

Las infecciones urinarias bajas engloban procesos que tienen en común la presencia de microorganismos en orina; sin embargo, no hay afectación renal, por lo tanto, se incluyen dentro de este concepto la uretritis, cistitis y la prostatitis. (17)

La cistitis se puede clasificar en complicada y no complicada que es aquella que sucede en mujer premenopáusicas, no embarazada, sin alteración del tracto urinario, sin instrumentación reciente de las vías urinarias, sin comorbilidades como diabetes mellitus o inmunosupresión, o historia de ITU en los últimos 6 meses. (18) La importancia de conocer esta patología es la frecuencia y la necesidad no solo de prescribir un tratamiento que alivie los síntomas irritativos, sino que también elimine la infección y evitar la diseminación y las complicaciones subsiguientes. (18)(19)

La paciente descrita aun teniendo síntomas de tracto urinario bajo y contar con antecedente de ITU hace 4 meses no es suficiente para definir como una ITU recurrente y tampoco tiene características de ser una ITU complicada; por lo cual se solicita un examen de orina siendo positivo a infección. (18)(19) No obstante, de acuerdo con la guía de práctica clínica de EsSalud el diagnóstico de una paciente con síntomas urinarios bajos mayor o igual a dos semanas que no presenta síntomas de irritación o secreción vaginal, se considera como una alta sospecha de ITU baja no complicada y sin requerir uroanálisis, sin embargo, no se contraindica; se procede a tratar con antibióticos empíricos. (18)(19) Es recomendable como primera línea se Nitrofurantoina 100mg vía oral cada 6 horas por 5 a 7 días; y se sugiere como segunda línea cotrimoxazol o cefalexina o amoxicilina.

En el caso descrito en su cuadro previo de ITU fue manejado con amoxicilina, el cual es un antibiótico recomendado para ITU, pero no a la posología adecuada, ya que se la prescribieron cada 12 horas, cuando lo correcto es cada 8 horas y el tratamiento es por 5 días no por 3. (18)(19) Luego de esto se decide darle tratamiento empírico de 1era línea a dosis adecuada nitrofurantoina 100mg cada 8 horas por 5 días logrando dar mejoría clínica y recuperación satisfactoria al control (Anexo 3).(18,19)

## **Caso clínico N° 2**

La cefalea es definida como toda sensación dolorosa localizada en la región craneal, parte alta de la región cervical, o nuca y la mitad superior de la cara. (17) Las cefaleas pueden agruparse según su temporalidad como agudas (carácter de urgencia), agudas recurrentes (migrañas), cefaleas subagudas y crónica progresivas (orgánicas) y cefaleas crónicas no progresivas (tensional). (17)

La migraña es un trastorno familiar, preferentemente en mujeres jóvenes, que se caracteriza por ataques recurrentes de cefalea, pulsátil en su mayoría y hemicraneal, con frecuencia es acompañada con náuseas, vómitos y fotofobia y sonofobia; otra característica es que el dolor se agrava al esfuerzo y al movimiento. (17) Estos episodios de cefalea pueden estar acompañados o estar precedidos de trastornos neurológicos deficitarios focales conocidos como auras. (17) Es la aparición de estos síntomas lo que nos permite clasificarlo en 2 subtipos principales: migrañas sin aura (común) y migrañas con aura (clásica) esta última representa entre el 12 y 15% de las migrañas. (17) Las auras aparecen en la primera hora previa a la cefalea, la duración de la cefalea es de entre 4 a 72 horas. (17)

En el caso descrito por la edad, el sexo, sintomatología y ausencia de alteraciones en la exploración neurológica nos orienta a un diagnóstico de migraña. (17) Se descarta el aura en el paciente descrito al no haber signos premonitorios. Sin embargo, por la duración de la crisis migrañosa siendo esta mayor a 72 horas nos hace pensar que la paciente ha desarrollado una complicación de la migraña definido como estatus migrañoso; descrito como la

crisis de migraña debilitante y que persiste más de 72 horas y relacionado frecuentemente al abuso de fármacos. (17)

El manejo terapéutico de esta patología no complicada se divide en 2 fases una de medidas generales como reposo en cama, en una habitación oscura y sin ruido; dieta blanda o líquida siempre y cuando la paciente lo tolere y la aplicación de frío local.(17)

El manejo farmacológico debe ser escalonado, utilizando fármacos con menor riesgo de complicaciones y mejor tolerados, dependiendo del grado de gravedad de la crisis migrañosa. (17) En pacientes con crisis leve a moderado: analgésicos o antiinflamatorios no esteroideos (aines) como paracetamol en dosis de 1 gramo cada 6 horas, metamizol en dosis de 1 a 2 capsulas de 575mg cada 6 horas, naproxeno 1g al inicio de la crisis y continuar con 500mg cada 12 horas, otros fármacos también sugeribles son ibuprofeno, diclofenaco o ácido acetil salicílico, todos estos por vía oral. (17) Se pueden asociar con antieméticos como metoclopramida o domperidona, si la paciente sufriera vómitos o náuseas. (17)

La reevaluación debe ser en 2 horas y, si no se observa mejoría, se utilizan fármacos para crisis moderadas a severas como: triptanos que son agonistas serotoninérgicos, estos fármacos son considerados de primera elección en este tipo de casos y se administran por vía oral, intranasal o subcutánea, contraindicados en pacientes que consuman IMAO, metisergida o litio, así como en lo que estén diagnosticados de cardiopatía isquémica o hipertensión arterial mal controlada. (17) No deben administrarse hasta que hayan pasado por lo menos 4 horas de ingerido un ergotamínico. (17) Entre los triptanes más utilizados están el zolmitriptán, sumatriptán y rizatriptán. Otros fármacos usados son los ansiolíticos de los cuales están diazepam o Lorazepam. (17)

En el caso la paciente vuelve a tener otra crisis de clínica similar, pero en esta ocasión se agregan síntomas como disartria, vértigo, acúfenos, hipoacusia, diplopía y ataxia. (17) Todos estos signos clínicos, junto a la alteración del estado de conciencia, definen a la migraña con aura de tronco encefálico (antes denominada migraña basilar), para realizar este diagnóstico se hizo de forma particular ya que es necesario una resonancia magnética de tronco encefálico para descartar causas orgánicas. (17) La migraña crónica o con riesgo de cronificar son tratados con profilácticos con betabloqueantes, calcio antagonista, antidepresivos o anticonvulsivos, para evitar crisis malignas. (17)



## 4. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

### Caso clínico N° 1

Respecto a las patologías de la vía biliar hay que tener en consideración las siguientes definiciones:

- Colelitiasis asintomática: se define como la presencia de cálculos en la vesícula biliar sin desarrollar síntomas, siendo el diagnóstico un hallazgo indirecto de un examen de imágenes en región abdominal. (20)
- Cólico biliar: es el dolor generado por la contracción de la pared vesicular y la movilización de los cálculos o el barro biliar hacia el conducto cístico, esto produce una obstrucción transitoria, la cual se traduce en dolor en hipocondrio derecho o epigastrio en la mayoría de los pacientes aproximadamente un 59%, un 24% puede tener dolor torácico. El dolor es constante de intensidad variable, el dolor es capaz irradiarse hacia la escapula derecha y asociarse a diaforesis, vómitos o náuseas, no existe fiebre. (20)
- Colecistitis crónica: es un diagnóstico patológico que demuestra la infiltración de células crónicas en pared vesicular por lo que se hace a través de una biopsia, sin embargo, para la guía peruana de EsSalud, esta se define como una inflamación crónica de la vesícula que causa síntomas leves e inespecíficos, entre los que destacan distensión abdominal, un dolor sordo en hipocondrio derecho o epigastrio. (20)
- Colecistitis aguda: es la complicación de la colelitiasis, desencadenado por obstrucción persistente del conducto cístico lo que genera un aumento en presión intravesicular, con el consiguiente riesgo de isquemia parietal, provocando inflamación de la pared vesicular asociada a infección de la bilis. (20)
- Coledocolitiasis: es el hallazgo de cálculos biliares en el conducto colédoco, por una migración de la vesícula. Esta se manifiesta por dolor abdominal e ictericia. (20)

- Colangitis: conocida como colangitis aguda supurativa ascendente, es una complicación de la colelitiasis definida como la inflamación de la vía biliar por una infección, donde el germen aislado más frecuente es Escherichia coli, se caracteriza por la triada de Charcot (dolor, fiebre e ictericia) que puede desarrollarse a la pentada de Reynolds (triada de Charcot, shock séptico, trastorno de la conciencia). (20)

Respecto a la epidemiología en el Perú la incidencia de colelitiasis es de aproximadamente el 10%, y se observa entre las complicaciones la colangitis (30%) y la pancreatitis (11%), aproximadamente el 14% de pacientes es asintomática portadora de cálculos en la vesícula, siendo más frecuente en mujeres. (20)

De acuerdo con la clínica que presenta la paciente podemos decir que presenta cólico biliar logrando confirmarse el diagnóstico de colecistitis aguda a través de una ecografía que muestra múltiples cálculos en vesícula biliar. (20)

Se describen consideraciones para la indicación de colecistectomía laparoscópica en personas con colelitiasis y son las siguientes:(20)

- Sospecha de malignidad: en caso de litiasis asociada a pólipos mayores a 1cm o en vesicular biliar calcificada (porcelana). (20)
- Cálculos de un diámetro mayor o igual a 3cm (20)
- Colelitiasis asintomática asociada a coledocolitiasis (20)
- Pacientes trasplantados (20)
- Condiciones hemolíticas crónicas (20)

De acuerdo con la evaluación del paciente se plantea el manejo analgésico como primera línea AINES, ketorolaco y como segunda línea antiespasmódicos. Aquellos pacientes que presentan cólicos biliares recurrentes, la literatura recomienda realizar colecistectomía laparoscópica. Para tener sospecha diagnóstica de colecistitis aguda se debe de tener un criterio A más un criterio B de los criterios de Tokio 2018, y para considerarlo como diagnóstico definitivo se debe tener hallazgo en imágenes aparte de criterios A y B.(Anexo 4)(20)

1. Signos locales de inflamación (20)

- Signo de Murphy (dolor que impide la inspiración profunda) (20)
- Masa, dolor, sensibilidad en cuadrante superior derecho (20)

## 2. Signos sistémicos de inflamación (20)

- Fiebre (20)
- PCR elevada (20)
- Leucocitos elevados (20)

## 3. Hallazgo de imágenes

El manejo de colecistitis aguda inicia con medidas de soporte general y antibioticoterapia, se debe de establecer los grados de severidad según criterio de Tokio 2018.(20)

GRADO III (SEVERO) al menos 1: (20)

- Disfunción cardiovascular: hipotensión en tratamiento con dopamina a dosis mayor o igual a 5ug/kg/min o cualquier dosis de norepinefrina. (20)
- Disfunción neurológica: alteración de la conciencia. (20)
- Disfunción respiratoria:  $PaO_2/FiO_2 < 300$  (20)
- Disfunción renal: oliguria, creatinina  $> 2$  (20)
- Disfunción hepática: INR  $> 1.5$  (20)
- Disfunción hematológica: plaquetas  $< 100000$  (20)

GRADO II (MODERADO) al menos 1: (20)

- Glóbulos blancos  $> 18000$  (20)
- Masa dolorosa palpable en el cuadrante superior derecho (20)
- Duración de los síntomas  $> 72$  horas (20)
- Marcada inflamación local (gangrena, enfisema, absceso pericolecístico o hepático, peritonitis biliar) (20)

GRADO I (LEVE) todo aquel que no reúne criterio del grado II o III. (20)

Frente al caso descrito es recomendable realizar una colecistectomía laparoscópica en los próximos 7 días contando desde el primer día de síntomas.

## **Caso clínico N° 2**

Dentro de las patologías anorrectales se encuentran un grupo de enfermedades caracterizadas por sus síntomas altamente molestos para los pacientes, entre las patologías que encontramos están:(21)

- Fisura anal (21)
- Hemorroides (21)
- Absceso perianal (21)
- Fistula anorrectal (21)

En el caso descrito el paciente presenta una clínica caracterizada por dolor a la defecación de una intensidad 8/10, con presencia de sangre al momento de limpiarse. Asimismo, el paciente refiere tener antecedente de estreñimiento, con esta información podemos decir que el paciente podría tener una fisura anal. (22)

Las fisuras anales son lesiones de continuidad en región perianal, es de las enfermedades anorrectales benignas más frecuentes; están asociadas a estreñimiento crónico, con una localización en línea media posterior en un 80%, anterior en un 10% y ambas en menos del 1%. (22)

La presencia de una fisura anal produce gran dolor en el paciente este produce a su vez hipertonia del esfínter anal interno, el cual, a su vez, produce una isquemia que impide la cicatrización de la herida, lo que produce más dolor, formando así un círculo vicioso. (22)

Clínicamente los pacientes presentan un dolor anal intenso a la defecación que a menudo está presente en reposo, a menudo dura horas después del acto y aunque el dolor es el síntoma cardinal de una fisura también pueden asociarse a sangrado anal (hematoquecia). (21,22)

Pueden confundirse con enfermedad hemorroidal debido a que ambos diagnósticos son comunes y tienen signos y síntomas parecidos, a menudo las fisuras tienen mayor dolor que las hemorroides, siendo estas últimas, más relacionadas a sangrado muchos más si son internas, ya que las externas se relacionan más con dolor. (22)

Podemos clasificar las fisuras anales como agudas aquellas que tienen una duración de los síntomas menos de 8 semanas, y crónicas aquellas que duran más de ocho semanas. (22)

Al examen físico inicialmente se debe de evitar hacer maniobras invasivas que podrían exacerbar el malestar anal del paciente, la posición de elección para evaluar la lesión es la de navaja prono, donde se separa los glúteos para observar la línea media posterior. (22)

En su mayoría la fisura se presenta como un desgarro longitudinal desde el anodermo hasta la línea dentada. (22) Una fisura aguda es muy parecida a un corte de papel por ser una laceración superficial reciente; una fisura crónica tiene bordes elevados que exponen las fibras blancas orientadas horizontalmente de las fibras musculares del esfínter anal interno en la base de la fisura. (22) Estas fisuras crónicas suelen estar acompañadas de una papila anal hipertrófica y una pila centinela. (22)

Debido a la incomodidad casi nunca se realiza un examen anal digital completo o anoscópico en la visita inicial, se prefiere reservarse esos exámenes cuando hayan pasado los síntomas y mejorado con el tratamiento. (21)

El diagnóstico de fisura anal es a través del historial clínico donde la característica es dolor a la defecación que dura horas después, que puede o no tener sangrado anal asociado. (22)

El manejo de fisura anal se inicia con tratamiento médico a través de nifedipina tópica al 0.2 o 0.3% o nitroglicerina tópica en la misma concentración 1 vez cada 6 u 8 horas, este preparado puede asociarse a un analgésico como lidocaína tópica al 2%; adicionar un ablandador de heces como plántago ovata, baños de asiento cada 12 horas o después de la defecación para aumentar la circulación en el ano y mejorar los síntomas y una dieta rica en fibra, esta terapia se puede usar por 1 mes, si persisten los síntomas se repite por otro mes, de continuar los síntomas se sugiere hacer una endoscopia y derivar al especialista para un manejo específico. (Anexo 5)(23)

De no tener enfermedades que condicionen la formación de fisuras, se puede usar fármacos de segunda línea como dilatasen tópico o nifedipina oral para pacientes que no desean una medida quirúrgica. (23)

La mayoría de las fisuras anales agudas como crónicas primarias responde bien al tratamiento médico, mientras que las fisuras crónicas con mayor frecuencia requieren de una intervención quirúrgica como la esfinterotomía lateral externa indica en pacientes que no tienen riesgo de incontinencia, también existe la posibilidad de usar toxina botulínica si el paciente tuviera riesgo de incontinencia. (23)

## CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El último año de la carrera médica es una etapa crucial en la formación de los médicos, los internos tienen la oportunidad de aplicar sus conocimientos teóricos en situaciones reales y así lograr desarrollar habilidades necesarias en su práctica profesional.

El número de horas en el ejercicio de la medicina en los hospitales han sido una de las principales diferencias durante el internado en época de emergencia sanitaria, los internos han visto menos pacientes en comparación de los tiempos pre pandemia COVID-19, independientemente del tipo de casos, muchas veces las intervenciones quirúrgicas eran suspendidas, aquellos pacientes que requerían intervenciones de emergencia eran los que permanecían en el hospital.

Durante la rotación hospitalaria la supervisión a los internos era menor por la cantidad de internos y pacientes a cargo de 1 o 2 médicos residentes, sin embargo, el pase de visita era un momento muy valioso de retroalimentación diaria, a diferencia de los centros de salud, en donde la supervisión de los internos era prácticamente personalizada, sin embargo las patologías vistas en los establecimientos de primer nivel de atención muchas veces solo debían ser referidas a establecimiento de mayor nivel al no contar con la capacidad resolutoria.

Respecto a la bioseguridad de los internos, en todo momento se contó con equipo básico de protección, sin embargo las mascarillas N95 no eran brindadas en cantidades suficientes, haciendo que los internos inviertan dinero propio para salvaguardarse y evitar el contagio COVID-19, asimismo, se debe rescatar la evaluación constante con pruebas moleculares mensuales en los establecimientos primarios de atención, a diferencia de los hospitales en donde los internos debían acercarse al servicio de medicina ocupacional, en caso tengan síntomas o hayan sido contacto directo de pacientes COVID-19+.

Otras de las dificultades experimentadas fue el horario de ingreso hospitalario, los internos debían seguir los lineamientos de los departamentos en donde rotaban teniendo como responsabilidad ingresar al establecimiento en horas de

la madrugada para tener listas las evoluciones de los pacientes del servicio para el pase de visita, exponiéndose a múltiples riesgos.

La corta duración del internado y el poco tiempo de rotación en la estancia hospitalaria fue una de las principales dificultades para los internos, debido que a comparación de otras universidades en donde rotaban 2 meses por cada servicio hospitalario, los internos de la universidad de san Martín de Porres rotaban 5 semanas, siendo una gran limitación para el aprendizaje.

Es fundamental que el programa de internado medico esté diseñado para apoyar a los internos, garantizando el acceso a la formación, brindando el apoyo que requieran para obtener el éxito en su formación profesional, este programa debe incluir supervisión y orientación adecuada para el practico aprendizaje de las habilidades clínicas.

## **CONCLUSIONES**

El internado medico es una experiencia anhelada con gran expectativa por los estudiantes de medicina, es necesario para una adecuada formación médica que estas expectativas sean superadas con creces por el establecimiento desde el primer día de internado, en donde entras en contacto con la realidad del sistema de salud nacional.

Los establecimiento de segundo y tercer nivel de atención son en sobremanera el óptimo espacio para la formación pre profesional médica, es el lugar que te permite dar un seguimiento integro al paciente, por sus características garantizan al profesional de salud la resolución de problemas de mayor complejidad, asimismo, es en el hospital donde el interno aprende la jerarquía ya que este se encuentra en el primer escalón de la carrera médica y en la base de la línea ascendente de residentes y médicos asistentes. Sin embargo, esta jerarquía se transforma en una atmosfera de sometimiento al interno generando una tensión adicional por el temor a ser castigado y limitando en algunos casos su libertad de expresar ideas.

Es fundamental que los internos tengan acceso a una formación de calidad durante su internado médico, el futuro profesional debe adquirir los conocimientos esenciales en cada una de las rotaciones de los servicios de medicina, estas deben ser garantizadas por medio de la supervisión y seguimiento de los respectivos tutores de rotación , así la universidad contaría con la seguridad de graduar a personas preparadas para el ejercicio medico enfrentando los desafíos de la atención medica en sus comunidades.

## **RECOMENDACIONES**

Se les recomienda a los futuros internos tener en todo momento la iniciativa y el hambre de aprender aquellos procedimientos o intervenciones que sus médicos superiores le permitan hacer, así lograrán consolidar los conocimientos teóricos llevándolos a la práctica.

Se recomienda a los establecimientos de salud, invertir en más ambientes que garanticen la seguridad y el bienestar de los internos, incluyendo un límite razonable de horas de trabajo y provisión de ayuda y orientación adecuados para el manejo del estrés y situaciones emocionales exigentes, que incluyan las habilidades blandas.

Se recomienda a la universidad, garantizar la presencia de tutores en cada rotación a través de los servicios de los hospitales, con un seguimiento estructurado a través de los delegados, tutores de servicio y tutores de sede, implementando líneas de comunicación activas para que el interno se sienta escuchado, acompañado y supervisado, en las diversas etapas de su internado. Asimismo, se recomienda la extensión de la duración del internado de diez a doce meses para así enfrentar las limitaciones de aprendizaje observadas como consecuencia de la etapa de pandemia y el estado de emergencia, garantizando así la permanencia de al menos diez semanas en cada servicio, tiempo suficiente para consolidar los conocimientos necesarios para el ejercicio medico en su etapa de servicio rural.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Taype Rondán A, Tataje Rengifo G, Arizabal A, Alegría Hernández S. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. An Fac med [Internet]. 2016 [citado el 27 de marzo del 2023]; 77(1):31-8. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832016000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832016000100006&script=sci_arttext)
2. El Peruano - RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 351-2022/MINSA [Internet]. 2022 [citado el 27 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-la-directiva-administrativa-para-el-desarrollo-de-resolucion-ministerial-n-351-2022minsa-2067305-1/>
3. Ministerio de Salud - RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 351-2022/MINSA [Internet]. 2022 [citado el 27 de marzo del 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-351-2022-MINSA.pdf>
4. Tapia R, Nuñez R. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano [Internet]. Scielo. 2017 [cited 2023 mar 16]. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421412007000400005&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421412007000400005&script=sci_arttext&lng=en)
5. Mian A, Khan S. Medical education during pandemics: A UK perspective. Vol. 18, BMC Medicine. BioMed Central Ltd.; 2020.
6. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetrics: 23rd Edition: 23rd Edition. Vol. 6, New York. p.2009.
7. Ministerio de Salud. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL DE CAPACIDAD RESOLUTIVA. 2021-04-09; 2007.
8. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología [Internet]. Vol. 53, Instituto Nacional Materno Perinatal. 2018. 536 p. Available from: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias de Practica Clinica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatologia del 2018.pdf>

9. Calvo, Javier Pereira, Yuliana Pereira Rodríguez, and Luis Quirós Figueroa. "Actualización en preeclampsia." *Revista médica sinergia* 5.01 (2020): 345.
10. Phyllis August, MD, MPH, Baha M Sibai, MD. Preeclampsia: características clínicas y diagnóstico. UpToDate: Charles J Lockwood [Consultado 29 Marzo 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis>
11. Peraçoli JC, Borges VTM, Ramos JGL, Cavalli RDC, Costa SHDAM, Oliveira LGD, Souza FLPD, Korkes HA, Brum IR, Nascimento MLCD, Corrêa Junior MD, Sass N, Diniz ALD, Cunha Filho EVD. Preeclampsia/ Eclampsia. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Ginecología y Obstetricia*. 2019 05;41(05):318-332. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1687859>
12. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB SB. *Nelson Tratado de Pediatría*. Igarss 2020. 2020.
13. Instituto De Evaluación De Tecnologías En Salud E Investigación. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE REHIDRATACION Y FLUIDOTERAPIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. Inst Evaluación Tecnol En Salud E Investig [Internet]. 2017; Available from: <http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC-Fluidoterapia-Version-Corta.pdf>
14. Campistol Plana Jaume. Epilepsias de origen metabólico en el neonato. *Medicina (B. Aires)* [Internet]. 2019 Sep [citado 2023 Mar 31]; 79( Suppl 3 ): 20-24. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802019000700006&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802019000700006&lng=es)
15. Rodríguez Bonito R. *Manual de neonatología* [Internet]. México: Mc Graw Hill; 2012. Capítulo 49, Convulsiones en el neonato [citado el 30 de marzo del 2023]; p. 458-69.  
Disponible en:  
[https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/61036774/Manual-de-Neonatologia-Bonito-2da-Ed20191027-17852-1yo3twg.pdf?1572205476=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DManual\\_de\\_Neonatologia\\_Bonito\\_2da\\_Ed.pdf&Expires=1661697343&Signature=BYpixe2bSzoIDkikiAPybd9v](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/61036774/Manual-de-Neonatologia-Bonito-2da-Ed20191027-17852-1yo3twg.pdf?1572205476=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DManual_de_Neonatologia_Bonito_2da_Ed.pdf&Expires=1661697343&Signature=BYpixe2bSzoIDkikiAPybd9v)

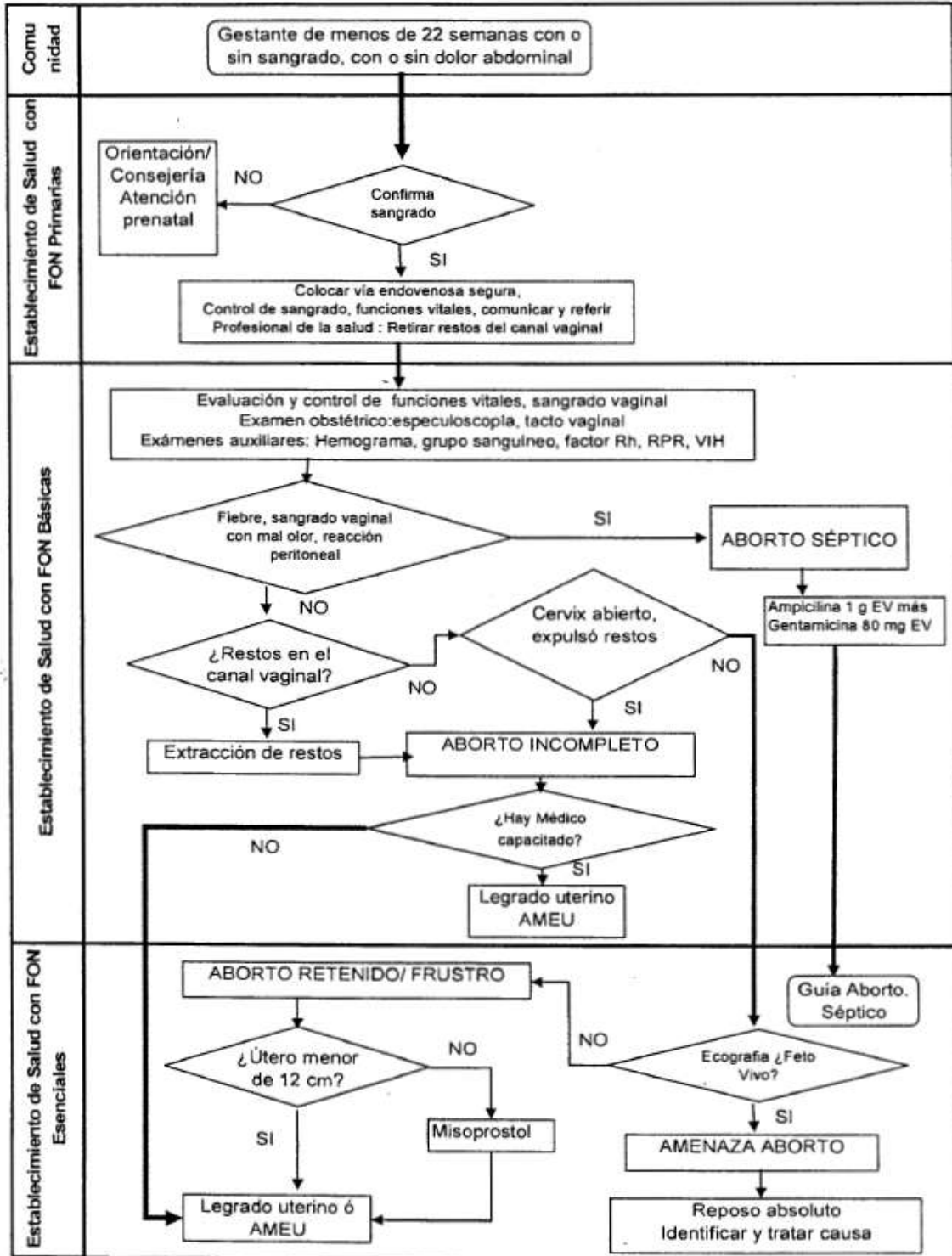
16. Falip C, Toussaint I, Lahutte M, André C, Adamsbaum C. Ecografía transfontanelar. EMC - Pediatría [Internet]. 2010 [citado el 30 de marzo del 2023]; 45(1):1-11. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1245178910701840>
17. Jimenes L, Javier M, Gonzalo L, Sánchez M. Urgencias Y Emergencias Medicas. 2018.
18. Hospital Cayetano Heredia. Guia de practica clinica de Infeccion de tracto urinario Hospital Cayetano Heredia [Internet]. 2016. Available from: [http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2015/rd\\_104\\_2015.pdf](http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2015/rd_104_2015.pdf)
19. Instituto de evaluación de tecnologías en Salud E Investigación Guía De Práctica Clínica Tracto Urinario No Complicada. Inst Evaluación Tecnol En Salud E Investig Seguro [Internet]. 2019; Available from: [http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/tecnologias\\_sanitarias/GPC\\_ITU\\_Vers\\_Extensa.pdf](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/tecnologias_sanitarias/GPC_ITU_Vers_Extensa.pdf)
20. Instituto De Evaluación De Tecnologías En Salud E Investigación. Guía De Práctica Clínica Para El Diagnóstico Y Manejo De La Colelitiasis, Colecistitis Aguda Y Coledocolitiasis. Inst Evaluación Tecnol en Salud e Investig [Internet]. 2018;11:1–65. Available from: [http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC\\_Colelitiasis\\_Version\\_Extensa.pdf](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Colelitiasis_Version_Extensa.pdf)
21. Arroyo A, Montes E, Calderón T, Blesa I, Elía M, Salgado G, et al. Tratamiento de la fisura anal: algoritmo de actuación. Documento de consenso de la Asociación Española de Coloproctología y la Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía Española. 2018;96(5).
22. Stewart DB. Fisura anal : manifestaciones clínicas , diagnóstico prevención. Uptodate [Internet]. 2021;1–13. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-clinical-manifestationsdiagnosis-prevention?search=Fisuraanal&source=search\\_result&selectedTitle=2~91&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-clinical-manifestationsdiagnosis-prevention?search=Fisuraanal&source=search_result&selectedTitle=2~91&usage_type=default&display_rank=2)
23. Bleday R. Fisura anal : manejo médico. Uptodate [Internet]. 2021; Available from: [https://www.uptodate.com/contents/anal-fissuremedical-management?search=Fisuraanal&source=search\\_result&selectedTitle=1~91&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/anal-fissuremedical-management?search=Fisuraanal&source=search_result&selectedTitle=1~91&usage_type=default&display_rank=1)

## Anexos

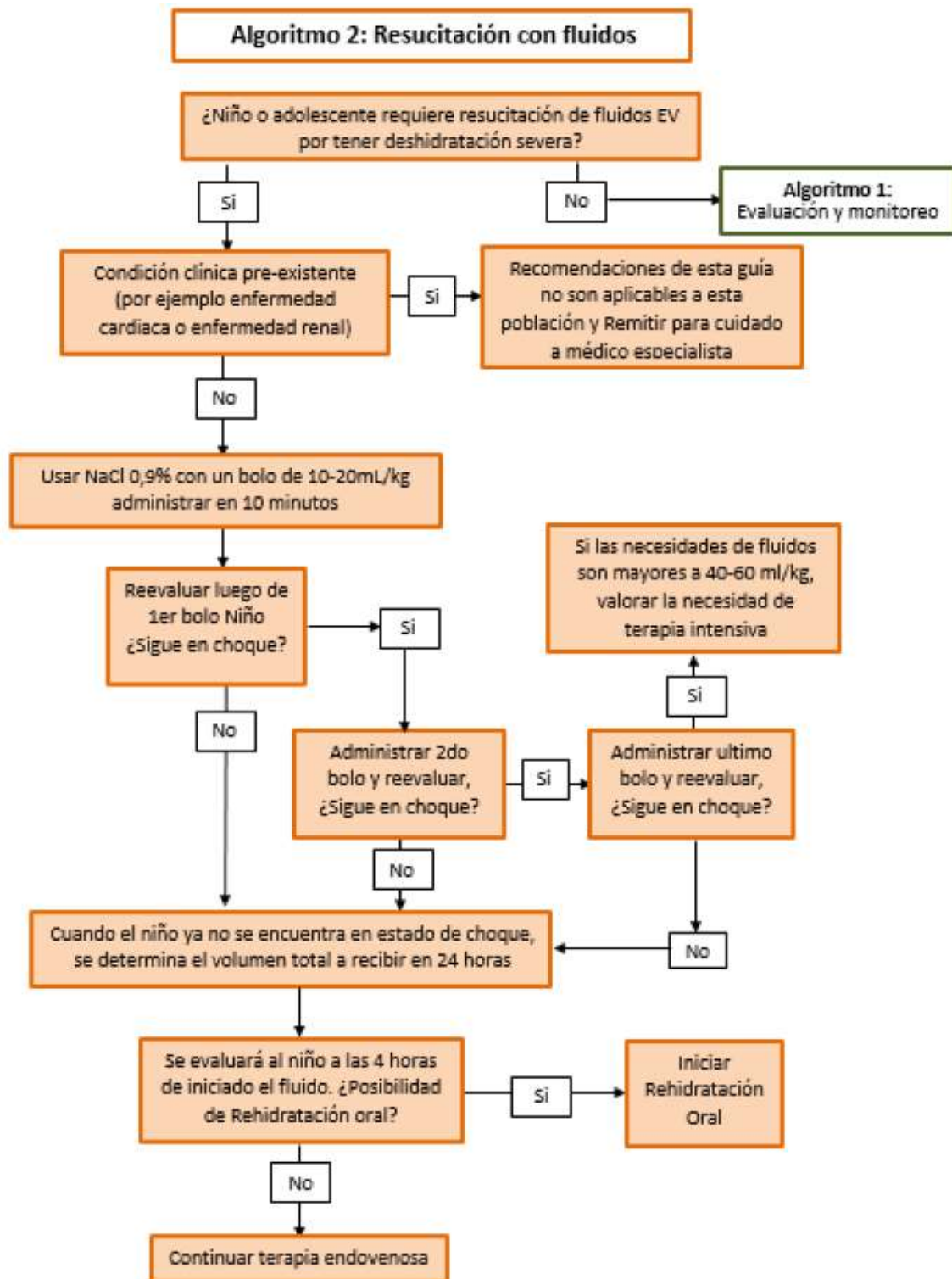
### Anexo 1: Flujoograma de aborto

#### X. FLUXOGRAMA

#### ABORTO



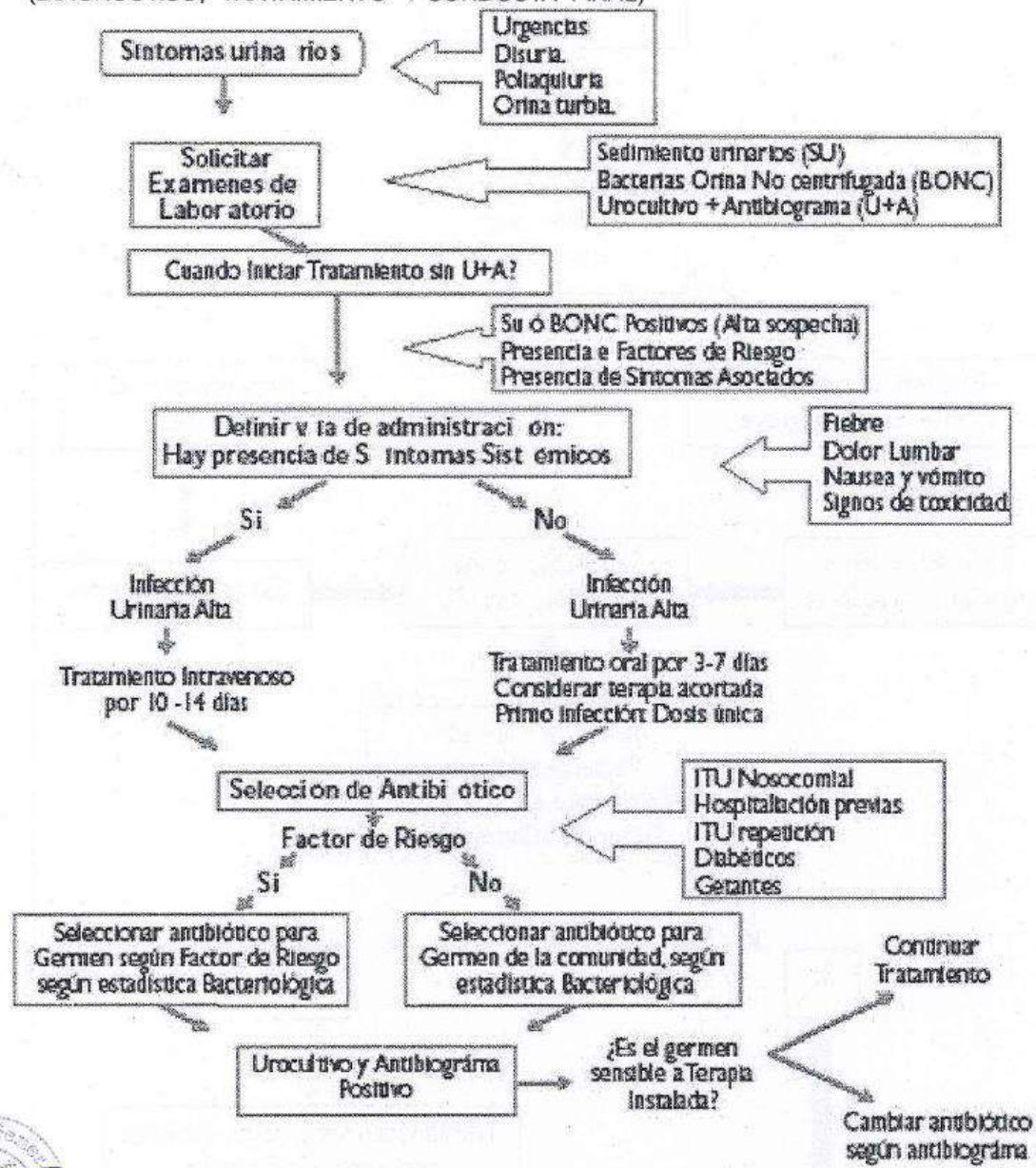
## Anexo 2: Algoritmo de resucitación con fluidos





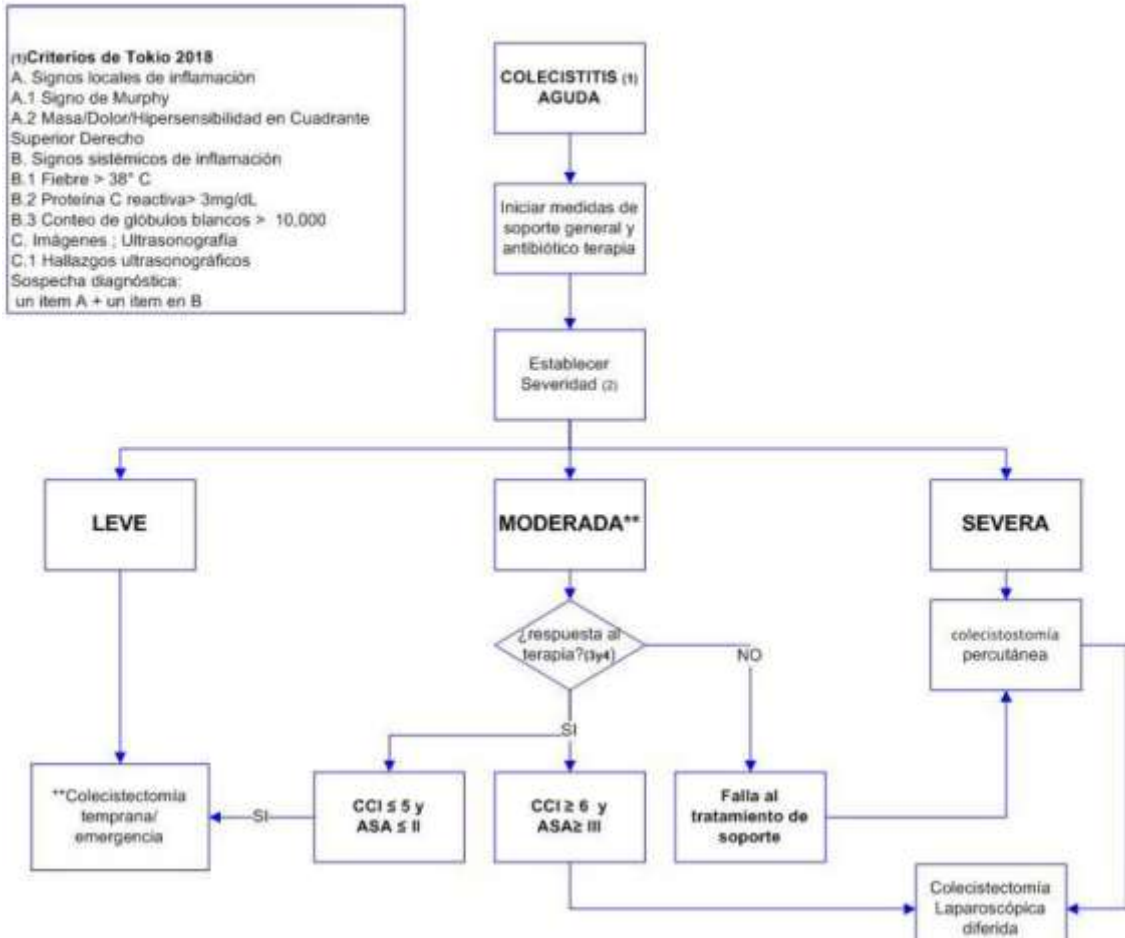
### Anexo 3: Flujograma en paciente sospechoso de infección urinaria

FLUJOGRAMAS 1 y 2: PACIENTE SOSPECHOSO DE INFECCIÓN URINARIA (DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y CONDUCTA FINAL)



## Anexo 4: Flujoograma de manejo de colecistitis aguda

### Manejo de colecistitis aguda



## Anexo 5: Flujo de manejo de fisura anal asintomática

### Manejo de la fisura anal sintomática

