

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL II
LIMA NORTE CALLAO LUIS NEGREIROS VEGA 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR
MILUSKA MARGARITA BUSTAMANTE TICSE**

**ASESOR
EDGAR MARIO NIÑO MORIN**

**LIMA - PERÚ
2024**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA
HUMANA**

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
II LIMA NORTE CALLAO LUIS NEGREIROS VEGA 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR
MILUSKA MARGARITA BUSTAMANTE TICSE**

**ASESOR
MC EDGAR MARIO NIÑO MORIN**

**LIMA - PERÚ
2024**

JURADO

Presidente: Dr. Héctor Miguel Lamilla Valdez, Médico Especialista en Medicina Interna

Miembro: Dra. Giovanna Itala Aguilar Oliva, Médico Especialista en Cirugía General

Miembro: Dr. Lincoln Florencio blacido Trujillo, Médico Pediatra - Especialista en infección urinaria en pacientes pediátricos

DEDICATORIA

A mi mamá por siempre estar a mi lado impulsándome a mejorar cada día.

AGRADECIMIENTOS

A mis docentes y asesor que sin su guía este proyecto no hubiera sido posible de realizarse.

A los pacientes que conocí, que muy amablemente confiaron en mi siendo tan joven y me motivaron a siempre brindar lo mejor.

ÍNDICE

PORTADA	i
JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	3
1.1 Rotación en Medicina interna	5
1.2 Rotación en Cirugía general	8
1.3 Rotación en Ginecología-obstetricia	10
1.4 Rotación en Pediatría	13
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	17
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	19
3.1 Rotación en Medicina Interna	19
3.2 Rotación en Cirugía general	21
3.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia	25
3.4 Rotación en Pediatría	27
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES	33
FUENTES DE INFORMACIÓN	34
ANEXOS	37

RESUMEN

Objetivo: Demostrar las actitudes y conocimientos adquiridos durante el internado médico en el 2023. **Materiales y métodos:** Recolección de casos clínicos vistos durante la rotación por las diferentes especialidades de Medicina interna, Cirugía, Ginecología y Obstetricia y Pediatría en el Hospital II lima norte-callao Luis Negreiros Vega. **Resultados:** El internado de medicina es la etapa más resaltante en los siete años de la carrera de medicina humana. Al concluirla, el interno es capaz de desenvolverse y aportar al sistema de salud del país como médico cirujano. **Conclusión:** El presente trabajo es elaborado en un hospital nuevo de EsSalud de nivel II con instalaciones modernas que recibe un alto flujo de pacientes procedentes de Lima norte y Callao. He recibido una gran experiencia y oportunidades, la estancia de los pacientes en hospitalización era corta gracias al manejo enfocado de los diferentes especialistas por lo que era frecuente aprender de diferentes patologías.

Palabras clave: Internado médico, Medicina interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología y Obstetricia

ABSTRACT

Objective: To demonstrate the attitudes and knowledge acquired during the medical internship in 2023. **Materials and methods:** Collection of clinical cases seen during rotations in the different specialties of Internal Medicine, Surgery, Gynecology and Obstetrics, and Pediatrics at the Lima Norte-Callao II Hospital Luis Negreiros Vega. **Results:** The medical internship is the most outstanding stage in the 7-year career of human medicine. Upon completion, the intern is capable of functioning and contributing to the country's healthcare system as a medical surgeon. **Conclusion:** This work is carried out in a new EsSalud hospital at level II with modern facilities that receives a high flow of patients from Lima Norte and Callao. I have gained great experience and opportunities; patients' stays in hospitalization were short thanks to the focused management of different specialists, making it common to learn about various pathologies.

Keywords: Medical internship, Internal Medicine, Surgery, Pediatrics, Gynecology and Obstetrics.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL II LIMA NORTE CALLAO LUIS NEGREIROS VEGA 2023

AUTOR

MILUSKA MARGARITA BUSTAMANTE TICSE

RECuento de palabras

9620 Words

RECuento de caracteres

56331 Characters

RECuento de páginas

45 Pages

Tamaño del archivo

231.1KB

Fecha de entrega

Mar 25, 2024 5:36 PM GMT-5

Fecha del informe

Mar 25, 2024 5:37 PM 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
- 0% 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



DNI: 45965700

ORCID: 0009-0008-8634-5654

NIÑO MORIN, EDGARD MARIO

INTRODUCCIÓN

El internado de medicina es el año más importante en la formación como médico general debido a que realiza sus prácticas preprofesionales a tiempo completo en el hospital. Durante los 6 primeros años, el estudiante de medicina humana recibe formación en ciencias básicas los 3 primeros años y los últimos 3 años en ciencias clínicas donde comienzan a ir a diferentes hospitales ,mediante la elección de sedes según su promedio de notas académicas, los estudiantes empiezan a tener contacto por primera vez con los pacientes, realizan historias clínicas, asisten en procedimientos básicos, realizan simulaciones en la universidad con el fin de estar preparados para afrontar el internado médico. Durante el internado, todas las habilidades aprendidas previamente se van a ir mejorando con la práctica diaria.

Durante el año 2020 al 2022, tiempo en el cual la pandemia COVID-19 afectaba la salud de miles de peruanos, las prácticas en los hospitales se vieron afectadas, debido a que se prohibió que los estudiantes de medicina ingresaran a los hospitales por motivo de seguridad y evitar la propagación del virus al estar en contacto con los pacientes. Sin embargo, los estudiantes no pararon de aprender, se adecuaron a la educación virtual, gracias a las herramientas proporcionadas por la universidad.

Dos meses previos al internado, se realizó el examen de EsSalud a nivel nacional para aquellos estudiantes que desean postular por una plaza, un mes previo al internado se realiza la elección de sedes en Minsa según el orden de mérito por promoción. El internado en EsSalud tiene un tiempo de duración de 12 meses que se dividen en cuatro rotaciones, durante tres meses por cada servicio de Medicina Interna, Cirugía, Ginecología-obstetricia y Pediatría.

Habiendo realizado mi internado en el Hospital II Lima norte Callao Luis Negreiros Vega perteneciente a la red Sabogal- EsSalud, al ser un hospital de la categoría II-2 del segundo nivel de atención, realizaré la presentación de ocho casos clínicos con las patologías más habituales de las cuatro rotaciones

en los servicios de Medicina Interna, Cirugía, Ginecología-obstetricia y
Pediatria.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La trayectoria profesional de un estudiante de medicina, durante el pregrado, es un proceso intenso y diverso que abarca una amplia gama de disciplinas científicas y habilidades clínicas. En esta fase, los futuros médicos se sumergen en cursos básicos fundamentales en los primeros tres años de carrera, que abarcan anatomía, fisiología, bioquímica y otras ciencias básicas para establecer una sólida comprensión del funcionamiento del cuerpo humano. Además, participan en experiencias prácticas en laboratorios y en entornos clínicos simulados con maquetas para comenzar a desarrollar habilidades prácticas y destrezas técnicas antes de entrar en la práctica de hospitales.

A medida que avanzan en su formación, los tres años que continúan, los estudiantes de medicina participan en rotaciones clínicas en diferentes especialidades médicas, trabajando directamente con pacientes bajo la supervisión de profesionales médicos experimentados. Estas experiencias clínicas brindan una visión práctica de la atención médica, permitiendo a los estudiantes aplicar sus conocimientos teóricos en situaciones del mundo real. La trayectoria pregrado culmina con un período de prácticas supervisadas, llamada internado médico, donde los futuros médicos consolidan sus habilidades clínico-quirúrgicas y se preparan para el desafío de ingresar a la etapa de posgrado, donde continuarán su formación especializada en una disciplina específica.

Medicina interna

Durante el internado en medicina interna, los médicos en formación trabajan en un ámbito hospitalario dinámico y desafiante donde se enfrentan a una diversidad de casos médicos complejos. Bajo la tutela de médicos internistas, residentes de medicina interna o emergencia, los internos participan activamente en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades que abarcan diversas especialidades como son cardiología, reumatología, gastroenterología, urología, endocrinología y muchas más, a través de las interconsultas se pueden llegar a sugerencias de otros especialistas por lo

tanto se logra acercar al diagnóstico y por ende a un tratamiento enfocado, que va ayudar al paciente a salir más rápido del cuadro de enfermedad. Este periodo proporciona una valiosa oportunidad para aplicar conocimientos teóricos en la gestión práctica de pacientes hospitalizados, ambulatorios y con cuadros agudos manejados en el área de emergencia. Los internos de medicina interna aprenden a coordinar cuidados, curar heridas, interpretar una variedad de pruebas diagnósticas y desarrollar habilidades de comunicación esenciales para interactuar tanto con pacientes como con equipos multidisciplinarios. Este enfoque integral no solo contribuye al desarrollo clínico de los internos, sino que también les brinda una visión profunda de la complejidad y la amplitud de la medicina interna como especialidad.

Cirugía general

En la rotación de cirugía general, los internos experimentan diferentes tipos de presiones en el ambiente laboral debido al alto flujo de pacientes diarios que acuden en guardias diurnas y nocturnas. Bajo la guía de los cirujanos, los internos participan activamente en procedimientos quirúrgicos, desde intervenciones menores hasta apoyando de manera secundaria en cirugías más complejas. Esta experiencia única no solo les brinda la oportunidad de perfeccionar habilidades técnicas y destrezas quirúrgicas, sino que también les enseña a manejar situaciones de alta presión en el quirófano. Los internos de cirugía general también asumen responsabilidades en el pre y postoperatorio, participando en la evaluación de pacientes diaria en hospitalización, el seguimiento de su progreso por consultorio externo y la gestión de posibles complicaciones.

Ginecología y Obstetricia

En el servicio de Ginecología y Obstetricia, los internos participan activamente en el cuidado de mujeres en todas las etapas de la vida, desde la adolescencia hasta la menopausia. Se involucran en el seguimiento de embarazos, participan en partos y cesáreas, y adquieren experiencia en el diagnóstico y tratamiento de afecciones ginecológicas. Esta experiencia integral les proporciona la oportunidad de desarrollar habilidades clínicas, aprender a manejar situaciones delicadas y emocionales, y comprender la importancia de

brindar un enfoque centrado en la paciente. Las obstetras y asistentes brindan la oportunidad para realizar procedimientos ginecológicos y obstétricos, realizar ecografías pélvicas-ginecológicas para lograr alcanzar destreza técnica. Es un servicio muy delicado donde se necesita plena atención ante cualquier complicación para evitar muertes maternas ya que la mayoría de ellas ocurren en el momento del parto.

Pediatría

Durante la experiencia de internado en pediatría, los médicos internos de medicina humana se sumergen en un emocionante y desafiante entorno clínico centrado en el cuidado de los niños. Durante este periodo, los estudiantes tienen la oportunidad de aplicar sus conocimientos teóricos adquiridos en años anteriores en situaciones clínicas prácticas. Trabajan estrechamente con pediatras experimentados, participando en el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades pediátricas, así como en el examen físico y confección de historias clínicas con el objetivo de llegar a un diagnóstico preciso. La interacción directa con pacientes pediátricos y sus familias no solo les permite perfeccionar sus habilidades clínicas, sino también desarrollar una comprensión más profunda de las necesidades emocionales y sociales únicas de este grupo de pacientes, lo que contribuye así a su formación integral como médicos.

1.1 Rotación en Medicina interna

Caso clínico n. ° 1

Paciente varón de 53 años, acude por emergencia a HLNv con familiar (hija), por movimientos involuntarios en miembro superior izquierdo. Cuenta con antecedentes de hepatitis B, portador de prótesis valvular mecánica aórtica y mitral. Cirugías previas prótesis valvular aórtica y mitral. Con medicación habitual warfarina 5 mg vía oral 1 v/d (una vez al día), bisoprolol 5 mg vía oral 1 v/d (una vez al día). Sin alergia a medicamentos. Familiar refiere hace 60 minutos nota movimientos involuntarios en el miembro superior izquierdo con sialorrea por hemicara izquierda luego pierde el conocimiento por 5 minutos y

recobra el conocimiento con leve dificultad para articular palabras, al llegar a emergencia del hospital mientras es evaluado tiene un episodio de convulsión.

Al examen físico

- Mal estado general, regular estado hídrico, mal estado nutricional, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio
- Sistema nervioso central: Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, somnoliento, desorientado en tiempo, orientado en espacio y persona, reactivo parcial a estímulo. Hemiparesia braquiocrural izquierda, fuerza en miembro superior izquierdo 1/5, en miembro superior derecho 4/5, en miembro inferior izquierdo 1/5, en miembro inferior derecho 4/5, VII par craneal comprometido presenta asimetría facial izquierda, disartria, pupilas no comprometidas, no signos meníngeos.
- Piel: Se evidencia cicatriz queloide en región esternal de aproximadamente 15 cm, tibia al tacto con elasticidad conservada, llenado capilar 2 segundos.
- Tejido celular subcutáneo: No edemas.
- Tórax y pulmones: No tirajes, amplexación adecuada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados. satO₂: 96%, fio₂: 21%
- Cardiovascular: ruidos cardiacos taquicárdicos, normo fonéticos, no soplos. Presión arterial media: 103 mmHg
- Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación, RHA presentes, no signos peritoneales.
- Renal: Diuresis conservada

Los resultados de los exámenes auxiliares revelan lo siguiente: Análisis de gases arteriales con acidosis metabólica anión gap elevado más hipocalcemia severa, el hemograma revela leucocitosis in desviación izquierda que puede deberse a cuadro convulsivo como respuesta inflamatoria a descartar proceso infeccioso valvular, el paciente es portador de prótesis valvular mecánica aortica y mitral , por lo que se solicita ecocardiografía para descarte de

vegetaciones, radiografía de tórax impresiona radiopacidad en base de hemitórax izquierdo, tomografía de cerebro sin contraste muestra lesiones hipodensas crónicas difusas. La impresión diagnóstica es síndrome convulsivo por descartar patología estructural, portador de prótesis valvular mecánica aórtica y mitral. Colocan al paciente en NPO, hidratación y administran ranitidina 50mg EV cada 8h y diazepam 10mg EV STAT, por la radiografía de tórax junto al hemograma se sospecha de neumonía aspirativa por tal motivo se inicia antibiótico ceftriaxona 2gr EV 1v/ día y clindamicina 600mg EV 3v/día, se maneja medio interno con bicarbonato, II retos de potasio. Luego de la indicación del diazepam se inicia tratamiento con fenitoína. Al día siguiente, el servicio de cardiología y neurología evaluó al paciente. Cardiología realizó una ecocardiografía donde describe que las prótesis de válvula mitral y aórtica se encuentran sin evidencia de masas ni vegetaciones, descartando patología cardíaca estructural de novo. A la evaluación por neurología el paciente se encuentra despierto, orientado, no alteración de pares craneales, fuerza muscular conservada, respuesta plantar flexora bilateral, no signos meníngeos la impresión diagnóstica es epilepsia vascular por secuelas de ECV, deja como sugerencia continuar con tratamiento antiepiléptico, reinicio de anticoagulación y tratamiento de neuro protección secundaria por secuela de accidente cerebrovascular. En exámenes auxiliares control hemocultivos negativos y hemograma se encuentra dentro de rango normal. Enfermería no reporta nueva convulsión desde el ingreso. Paciente es dado de alta con indicaciones.

Caso clínico n. ° 2

Paciente varón de 99 años ingresa por presentar dificultad respiratoria. Cuenta con antecedentes de hipertensión arterial, sin antecedentes quirúrgicos. Con medicación habitual losartan 50mg vía oral 1v/día. Familiar refiere un tiempo de enfermedad de 3 días de tos asociado a dificultad respiratoria, por lo cual llaman al Programa de Atención domiciliaria (PADOMI) encontrándolo con una saturación de oxígeno de 60%, deciden llevarlo por emergencia.

Al examen físico

- Mal estado general, Regular estado hídrico, mal estado nutricional
- Piel: Tibia, seca, llenado capilar menor a 2 segundos
- Tejido celular subcutáneo: No edemas.
- Tórax y pulmones: MV pasa en ACP, se auscultan crépitos bibasales
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación
- Neurológico: Somnoliento, Escala Glasgow (14/15), no signos meníngeos, no focalización
- Renal: Diuresis conservada

Cuenta con los siguientes exámenes de laboratorio, análisis de gases arteriales en el cual destaca la saturación de 90%, PA/FI 76, lactato 3.4. En RX tórax se evidencia consolidado en hemitórax izquierdo, hemograma con leucocitosis sin desviación izquierda, asociado a aumento de reactantes de fase aguda. El día del ingreso a la emergencia presenta temperatura de 38.5°C, al momento del examen físico encuentran en pulmones crépitos en hemitórax izquierdo, indicador de congestión pulmonar, asociado a la radiografía de tórax como diagnostico principal se sospecha de neumonía adquirida en la comunidad. Se inicia tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona y claritromicina más oxígeno por cánula binasal tras 3 días de tratamiento paciente cursa con desorientación, en analítica control el hemograma muestra mayor leucocitosis y en tomografía de tórax leve efusión pleural izquierda por lo que se decide rotar de antibiótico a imipenem y metronidazol, completó 9 días de tratamiento antibiótico, toleró destete de oxígeno y en analítica control no leucocitosis , reactantes inflamatorios negativos por lo que es dado de alta.

1.2 Rotación en Cirugía general

Caso clínico n. ° 1

Paciente mujer de 17 años ingresa a la emergencia por presentar dolor abdominal.

Antecedentes patológicos: Niega

Antecedentes quirúrgicos: Ninguno

Reacciones adversas a medicamentos: No

Paciente refiere que hace 2 horas empezó dolor abdominal moderado después de ingesta alimenticia, tipo cólico es de intensidad 7/10 asociado a náuseas, vómitos e hiporexia. En examen físico abdominal a la inspección abdomen plano, se auscultan ruidos hidroaéreos positivos, a la percusión timpánico, en la palpación se encuentra dolor a la palpación de hipogastrio, signo de Mc Burney positivo, rebote positivo. Es referida a ginecología que tras la evaluación descartan patología ginecológica de emergencia por lo que retorna a tópico de cirugía general. Le solicitan exámenes auxiliares, en hemograma presencia de leucocitosis con desviación izquierda, análisis de orina negativo. La paciente continua con dolor abdominal, Mc Burney positivo, presencia de signos peritoneales, diagnostican apendicitis aguda, programan para sala de operaciones para apendicetomía incisional de emergencia, no se cuenta con laparoscopia.

Caso clínico n. ° 2

Paciente varón de 21 años ingresa a la emergencia por dolor abdominal luego de ingesta de grasas.

Antecedentes patológicos: Niega

Antecedentes quirúrgicos: Ninguno

Reacciones adversas a medicamentos: No

Paciente refiere un tiempo de enfermedad de 3 días con dolor abdominal moderado a intenso después de consumir comida copiosa en hemiabdomen superior tipo cólico con intensidad 8/10 asociado a náuseas y vómitos. Al examen físico abdominal a la inspección abdomen globuloso, se auscultan ruidos hidroaéreos una cruz (+), a la percusión timpánico, en la palpación se encuentra dolor a la palpación de hipocondrio derecho, signo de Murphy positivo, signo de rebote negativo. Es ingresado a observación, le solicitan exámenes auxiliares, en hemograma se encuentra leucocitosis sin desviación

izquierda, reactantes de fase aguda positivo, recibe metamizol 2gr EV 3v/día, escopolamina 20 mg EV 1v/día, omeprazol 40mg EV 3v/día. En la guardia nocturna paciente refiere leve mejoría del dolor abdominal, en el examen físico el abdomen se encuentra blando/depresible, signo de Murphy dudoso, rebote negativo, impresión diagnóstica colecistitis crónica reagudizada, continua con manejo médico. En la guardia diurna paciente refiere aumento de dolor abdominal intensidad 10/10, niega náuseas, niega fiebre, al examen físico abdomen duro, intenso dolor a la palpación en hipocondrio derecho, signo Murphy positivo, rebote positivo. Por lo que se programa a sala de operaciones para colecistectomía incisional de emergencia (no cuentan con laparoscopia), firma consentimiento informado.

1.3 Rotación en Ginecología-obstetricia

Caso clínico n. ° 1

Paciente multigesta de 26 años, acude a emergencia de ginecobstetricia por sangrado vaginal. Antecedentes G1 P0, fecha de última regla no recuerda, niega antecedentes médicos, niega antecedentes quirúrgicos.

Al examen físico

- Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado hídrico
- Piel: Tibia, elástica, palidez ++
- Tórax y pulmones: MV pasa bien por ACP, no ruidos agregados, no tirajes
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos taquicárdicos de buena intensidad
- Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, no rebote
- Genitourinario: Sangrado en poca cantidad

En exámenes auxiliares

Ecografía transvaginal de útero en anteverso-flexo de 75x50mm de superficie regular. Endometrio ecogénico heterogéneo de 21mm. Ovarios normales. En fondo de saco de Douglas no líquido libre.

Examen de orina negativo.

Hemograma con leucocitosis sin desviación izquierda y anemia moderada microcítica normocrómica.

HCG-B cuantitativa 2496 mIU/8mL.

Impresión diagnóstica aborto incompleto. Ingres a sala de observación, dejan a la paciente en NPO, NAACL 0.9% (1000CC) – pasar 500cc a chorro, control de funciones vitales y control de sangrado vaginal. Ingres a sala de operaciones para legrado uterino, útero anteverso-flexo de 9cm, se extrae contenido endouterino de regular cantidad sin mal olor, sangrado intraoperatorio 30cc, no interurrencias. En hemograma control, no leucocitosis, anemia severa microcítica normocrómica, por lo que se decide pasar 02 paquetes globulares en hemograma pos-transfusión hemoglobina se encuentra en 11 mg/dl con funciones vitales estables por lo que es dada de alta con doxiciclina e ibuprofeno y control por consultorio externo de ginecología en 7 días.

Caso clínico n. ° 2

Paciente multigesta de 33 años, acude con ecografía de 1er trimestre 12 semanas y 4/7, por emergencia presentando dolor pélvico, sin sangrado vaginal acompañado de náuseas y vómitos en reiteradas oportunidades que no ceden.

Antecedentes ginecobstetricos

G5P4004

G1: Parto vaginal a termino

G2: Parto vaginal a termino

G3: Cesárea por macrosomía fetal, diagnóstico de hipertensión gestacional

G4: Cesárea por cesareada anterior

Fecha de última regla no recuerda

Antecedentes médicos: Diagnosticada de hipertensión arterial desde hace 2 años y actualmente sin tratamiento / Migraña / Hipotiroidismo con tratamiento de levotiroxina, actualmente sin tratamiento / Asma última crisis

en la infancia

RAMS: Niega

Cirugías previas: Cesárea

Paciente refiere tiempo de enfermedad de 2 semanas de dolor pélvico al principio con intensidad 2/10 que actualmente ha aumentado a 6/10 además se agrega cefalea, náuseas/vómitos mayores a 8 veces al día en escasa cantidad por 5 días, refiere no tolera vía oral, niega sangrado vaginal por ese motivo acude al hospital.

Al examen físico

- Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado hídrico
- Piel: Tibia, elástica, no palidez
- Tórax y pulmones: MV pasa bien por ACP, no ruidos agregados, no tirajes
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos de buena intensidad
- Abdomen: Blando, depresible, leve dolor a la palpación, rebote negativo
- Genitales externos: No sangrado vaginal
- Tacto vaginal: Diferido

Examen de orina: Cetonuria, no leucocitosis

Perfil hepático y hemograma, dentro de valores normales

Electrolitos séricos: Leve hiponatremia e hipocalcemia

Impresión diagnóstica hiperémesis gravídica, multigesta de 12 semanas 4 días por ecografía 1er trimestre. Ingres a observación, se maneja con 1 dextrosa 5% 1000CC + CLNA 20 % (02) + CLK 20 % (01) + dimenhidrinato 50 MG + ranitidina 50 MG + escopolamina 20 MG (01) + metamizol 1GR. La paciente a pesar de la hidratación persiste con náuseas y vómitos, por lo que se decide hospitalizarla. Se solicita ecografía abdominal que no presenta hallazgos significativos. Se interconsulta a psicología y gastroenterología

además por el antecedente de hipotiroidismo sin control, se interconsulta a Endocrinología. Ingres a hospitalización con manejo de NPO, hidratación, antieméticos, protector gástrico. Gastroenterología sugiere probar tolerancia oral con líquidos acalóricos y ampliar según respuesta. Endocrinología solicita TSH, T4 libre y antígeno tiroglobulina, control por consultorio externo con resultados. Paciente tras 3 días de tratamiento tolera dieta vía oral, niega náuseas y vómitos, evoluciona favorablemente es dada de alta.

1.4 Rotación en Pediatría

Caso clínico n. ° 1

Paciente varón de 2 meses es traído a la emergencia por dificultad respiratoria.

Antecedentes patológicos: Niega

2° gestación de parto vaginal (3500 gramos) inmunizaciones (completas)

Cirugías previas: Niega

No medicación habitual

Sin alergia a medicamentos

Antecedentes familiares: Padre alérgico al polvo y hermano con dermatitis atópica/SOB

Madre de paciente refiere que hace 4 días presenta congestión nasal, 2 días después aumenta coriza y perciben que le silba el pecho al dormir, además presenta tos exigente que induce al vómito, el día del ingreso al hospital, notan tirajes intercostales motivo por el que acuden a emergencia,

Examen físico

- Despierto, ventila espontáneamente, satO₂: 89-95% (FIO₂ 0.21).
Taquipneico: 70X'
- Piel: Hidratada, no cianosis, Llenado capilar < 2segs, mucosa oral húmeda
- Fosas nasales: No secreción. Orofaringe: congestiva, se observan hematomas en encías superior, paladar duro

- Tórax y pulmones: Tiraje intercostal, subcostal, MV pasa bien por ACP. Sibilantes en espiración en ACP. impresiona subcréptos en 1/3 HT izquierdo
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos conservados blando/depresible. no dolor a la palpación.
- Sistema nervioso central: Activo, reactivo. no signos meníngeos/ focalización. Tono muscular conservado

Exámenes auxiliares

Hemoglobina (13.21); Hemograma: Leucocitos (8.54), abastoados (0), plaquetas (480); PCR (0.0), Pag (-).

Radiografía de tórax: Se observa horizontalización costal, refuerzo bilateral, no consolidación ni atelectasia, presencia de timo

Impresión diagnóstica, rinofaringitis y bronquiolitis aguda. Ingresa a observación para hidratación, se administra DEXTROSA 5% (100CC) + CLNA 20% (30CC) + CLK 20% (10CC) ---> 30CC/ H además se nebuliza con 5 gotas de salbutamol + 4cc de CLNA 0.9% C/20 minutos por 1 horas, luego cada 2horas, oxígeno húmedo condicional a saturación menor a 92%, a la reevaluación en el examen físico MV pasa bien en AHT, roncus dispersos, sibilancias escasas, leve tiraje subcostal por lo que ingresa a hospitalización.

En el servicio de pediatría, paciente continua con roncales el regular cantidad y ligera dificultad respiratoria, se agrega al tratamiento hidrocortisona 15mg EV 4v/día e inhaloterapia, terapia de rescate con salbutamol, bromuro de ipratropio 2 puff cada 3 horas y beclometasona 50ug 2 puff cada 6 horas y se realiza interconsulta a medicina física para inicio de terapia respiratoria , luego de 3 días de tratamiento es dado de alta con salbutamol 2 puf cada 4 horas por 3 días, bromuro de ipratropio 2 puff cada 6 horas por 3 días, beclometasona 50ug 2 puff cada 12 horas por 1 mes.

Caso clínico n. ° 2

Paciente femenino de 4 años ingresa a la emergencia dificultad respiratoria.

Antecedentes patológicos: Síndrome obstructivo bronquial (SOB)

Antecedente quirúrgico: Niega

Antecedente familiar: Sin importancia.

Alergias medicas: Niega

No uso de medicación habitual

Madre refiere que inicia con tos seca y malestar general hace tres días; luego, se añade respiración rápida con tirajes abdominales por ello acuden a emergencia.

Examen físico

- Paciente en regular estado general, regular estado nutricional, regular estado hídrico, ventila espontáneamente.
- Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor 2 segundos.
- Fosas nasales (sin alteraciones), Orofaringe (sin alteraciones).
- Tórax: Simétrico, tiraje subcostal, polipnea.
- Pulmones: MV pasa bien ACP, sibilantes difusos y subcrépitos en base derecha.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Blando, depresible, no dolor a palpación, no visceromegalia, ruidos hidroaéreos positivos.
- Neurológico: Despierto, activo, tono (sin alteración), fuerza motora (sin alteración). No signos de focalización ni meníngeos.

Exámenes auxiliares

Hemoglobina (10.1), Hemograma: Leucocitos (17.25), Abastoados (0),

Plaquetas (468) PCR (0.990)

Radiografía de tórax: Reforzamiento para hilar e incremento trama bronquialveolar bilateral, radiopacidad en hemitórax derecho.

Impresión diagnóstica, neumonía adquirida en la comunidad y síndrome obstructivo bronquial, por lo que inician antibiótico, ceftriaxona 1.5 gramos 1v/día, metilprednisolona 15mg EV 4v/día, nebulización con salbutamol 9 gotas + 4 CC NACL 0.9 %, bromuro de ipratropio 4 puff cada 20 minutos por 1 hora luego 2 puff cada 2 horas a la reevaluación se auscultan sibilantes inspiratoria y espiratorias en moderada cantidad, subcrépitos en base de HT derecho, se hospitaliza paciente. En el servicio, inicia terapia respiratoria, continúa recibiendo ceftriaxona y metilprednisolona a misma dosis, salbutamol 2puff cada 4 horas, beclometasona 250 ug 1 puff cada 12 horas por 5 días, al terminar tratamiento es dada de alta con acetilcisteína 100mg diluido VO 2v/ día por 3 días, salbutamol 2 puf 4v/ día por 7 días y beclometasona 250ug 1 puff 1v/ día por 30 días.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital II Lima Norte Callao Luis Negreiros Vega es una reconocida institución de salud ubicada en la ciudad de Lima, Perú, se encuentra afiliada al Instituto Peruano de Seguridad Social en Salud (Essalud). El nosocomio fue reconocido por su compromiso con la atención de los pacientes en el marco de la seguridad social y por su compromiso de brindar atención médica de calidad. El Hospital Luis Negreiros Vega tiene una corta trayectoria, fundado en 2013 y ha crecido hasta convertirse en un centro hospitalario integral. Se encuentra ubicado en Av. Tomás Valle 3535, en el distrito del Callao (1).

Lleva el apelativo del popular galeno Luis Negreiros Prado, quien hizo importantes aportes al predio de la urología peruana. El promedio se especializa en zarpa pluralidad de campos médicos, desde curiosidad de accidente incluso procedimientos quirúrgicos especializados. Este sanatorio juega un papel significativo en la prestación de servicios médicos a los asegurados, contribuyendo de a la abundancia general de la población (1).

Cuenta con un equipo de profesionales altamente calificado que incluye a médicos, enfermeras y equipo de apoyo que trabajan juntos para dar la atención necesaria a cada paciente que llega al establecimiento (1).

El Hospital Luis Negreiros Vega se caracteriza por modernas instalaciones y contar con un actual aprovisionamiento tecnológico. En dicho nosocomio los internos de medicina humana tienen diversas responsabilidades como la realización de exámenes físicos, la recopilación de historias clínicas, y la participación en rondas clínicas diarias donde discuten el estado de los pacientes y planifican tratamientos. Además, los futuros médicos llevan a cabo procedimientos médicos y quirúrgicos básicos, administran medicamentos, y mantienen registros detallados de la evolución clínica de los pacientes, contribuyendo así a su formación práctica y al equipo de atención médica. A lo largo de este periodo, los internos también participan en actividades

académicas, como conferencias y seminarios, para mejorar su conocimiento médico.

En conclusión, el Hospital Nacional Luis Negreiros Vega de Essalud juega un papel fundamental en la prestación de servicios médicos y se destaca por su compromiso con la excelencia y la mejora continua en la atención sanitaria (1).

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 1

La epilepsia vascular como secuela de un accidente cerebrovascular (accidente cerebrovascular) representa una condición que puede manifestarse en un porcentaje notable de individuos que han experimentado dicho evento. Tanto los accidentes cerebrovasculares isquémicos como hemorrágicos dan origen a la epilepsia de inicio en la edad adulta en aproximadamente uno de cada diez casos, cifra que asciende al 25 % en individuos mayores de 65 años según la mayoría de las series publicadas (2).

En el caso específico de pacientes mayores de 50 años con un diagnóstico reciente de epilepsia, se evidencia un riesgo dos a tres veces mayor de sufrir un accidente cerebrovascular en comparación con la población general. Adicionalmente, los accidentes cerebrovasculares constituyen la causa más prevalente de convulsiones y epilepsia en estudios poblacionales de adultos (2)(3).

Las convulsiones pueden manifestarse en un alto porcentaje de pacientes dentro de las 24 horas posteriores al accidente cerebrovascular, y la patogénesis de estas convulsiones tempranas podría vincularse a cambios iónicos locales y a la liberación de niveles elevados de neurotransmisores excitotóxicos en la región afectada. Además, la reorganización neuronal y la formación de nuevas conexiones sinápticas pueden contribuir a la hiperexcitabilidad neuronal característica de la epilepsia vascular (3).

En lo que respecta a la prevalencia de casos, se ha observado que el accidente cerebrovascular se erige como un significativo problema de salud, siendo el factor de riesgo más común de crisis epilépticas en personas mayores. Asimismo, se registró que el 8 % de los individuos que sufrieron un accidente cerebrovascular presentaron convulsiones agudas en la semana

posterior al evento, y cerca del 5 % experimentó al menos una convulsión adicional durante el periodo de seguimiento de 12 meses (4)(5).

En conclusión, la epilepsia vascular como consecuencia de un accidente cerebrovascular es una condición que puede manifestarse en un porcentaje significativo de pacientes que han experimentado un accidente cerebrovascular. La interconexión entre el accidente cerebrovascular y la epilepsia representa un área crucial de estudio en neurología vascular, y la comprensión de esta relación resulta esencial para el abordaje clínico de los pacientes afectados.

En el caso clínico del paciente él ingresó por movimiento involuntarios, cuenta con antecedente patológico de ECV y es usuario de prótesis valvular. Lo que se realizó primero fue solicitar diversos exámenes auxiliares de sangre como imagen entre radiografías y tomografías para buscar el foco aparente, se resolvió las alteraciones electrolíticas, en la radiografía de tórax impresiona radiopacidad en base de hemitórax izquierdo se sospecha de neumonía aspirativa por lo que inician antibioticoterapia a la par los resultados de la tomografía de cabeza muestra hipodensidades crónicas difusas, una vez estable el paciente mediante una interconsulta es evaluado por neurología en la evaluación del examen físico neurológico no hay hallazgos significativos, deja como sugerencias en el tratamiento continuar antiepilépticos, anticoagulación, neuroprotección por la secuela de accidente cerebrovascular. El paciente no vuelve a convulsionar durante su estadía, se encuentra estable, es dado de alta.

Caso clínico n.º 2

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) se puede definir como un cuadro inflamatorio que cursa el parénquima del pulmón que se ve afectado y, es causada por diversos patógenos, en especial de etiología infecciosa, pero también patógenos físicos o químicos. Es relativamente común, ocurre entre 5 y 11/1000 personas-año, más común en niños y ancianos, y representa del 5 al 12 % de las infecciones respiratorias tratadas con antibióticos. Del 20 al 40 % de los casos son hospitalizados, la mortalidad es del 4 al 14 % y del 22

al 50 % de las personas comprometidas por dicha patología requieren internarse en la unidad de cuidados intensivos (6).

Su etiología es muy amplia, puede darse por una infección de bacterias, virus e incluso hongos, siendo las bacterias el motivo con mayor incidencia en la población adulta. Estos virus pueden propagarse desde la boca, los senos nasales o la nariz hasta los pulmones. Se relaciona esta patología como la causa principal de muerte infecciosa en el mundo y mata aproximadamente a 3 millones de personas cada año (7)(8) .

El tratamiento de la neumonía en la comunidad varía según la causa y la gravedad del episodio agudo. Se recomienda un abordaje etiológico basado en los factores de riesgo y el grado de complicación provocado por los microorganismos resistentes. Además, mantener buenos hábitos de higiene, como realizar un adecuado lavado de manos con frecuencia, puede ayudar a reducir el riesgo de neumonía adquirida en la comunidad (10) (11).

El paciente del caso clínico ingresa por emergencia por dificultad respiratoria y fiebre, en la evaluación se encuentra en tórax y pulmones crepitantes en HT izquierdo, solicitan imagen radiográfica de tórax donde se evidencia consolidado en hemitórax de lado izquierdo, se llega a la conclusión en diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad. Recibe tratamiento antibiótico con ceftriaxona y claritromicina, la saturación se encuentra en 90% por esa razón recibe apoyo oxigenatorio por cánula binasal. Al pasar 3 días de hospitalización, no se evidencia mejoría clínica por lo que le solicitan hemograma y radiografía de tórax control, en los resultados hay mayor leucocitosis además en la imagen presencia de efusión pleural leve, deciden cambiar de antibiótico a imipenem y metronidazol, luego de 9 días de tratamiento, tolera el destete de oxígeno, evoluciona favorablemente y es dado de alta.

3.2 Rotación en Cirugía general

Caso clínico n.º 1

La inflamación del apéndice subyace, dentro de su fisiopatología, por la obstrucción de la luz del apéndice, la cual tiene presenta un cúmulo de causas, y

de las cuales la que presenta mayor incidencia se da por una hiperplasia linfóide, así también debido a cálculos fecales o denominados también litos, tumoraciones u otros cuerpos extraños que provocan en el organismo del paciente una secreción de moco y proliferación bacteriana, lo cual provoca dilatación luminal y un incremento de la presión intraluminal. Y a su vez, incluye la consideración de otras afecciones que causan dolor abdominal. La apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica con mayor incidencia, con mayor incidencia en adultos jóvenes. La mortalidad es del 0,1% en los casos sin perforación, del 3% en los casos con perforación y hasta del 15% en los ancianos (12).

La sintomatología de la apendicitis aguda es variable y en ocasiones son necesarios estudios de imagen para un diagnóstico preciso. El tratamiento de esta afección se realiza mediante cirugía laparoscópica o abierta. El diagnóstico es netamente clínico y basado en las manifestaciones clínicas descritas por el paciente, puede incluir un examen físico, exámenes de laboratorio y pruebas de imagen como ecografía o resonancia magnética. Los cambios en los hábitos intestinales y las náuseas, los vómitos y la fiebre pueden ser síntomas de apendicitis aguda. El tratamiento implica la extirpación del apéndice una vez que se realiza el diagnóstico, generalmente mediante cirugía (12).

En cuanto al caso clínico propuesto, se describe el ingreso a emergencia de una paciente mujer de 17 años, quien presenta dolor abdominal tipo cólico moderado con una intensidad 7/10, síntoma que refiere a presentar 2 horas previo ingreso, indica una distensión de la fibra muscular lisa. Se adicionan otros síntomas como náuseas, vómitos e hiporexia. Al examen físico, lo que resalta en específico son dos signos semiológicos relevantes, Signo de Mc Burney positivo, el cual se detecta por la aparición de dolor provocado a la palpación en un punto de distancia de 3 a 5 centímetros de la espina iliaca anterosuperior en dirección perpendicular al ombligo, y el signo de rebote positivo o también denominado signo de Blumberg, el cual se realiza a la digitopresión en la fosa iliaca derecha y enseguida realizar una descompresión brusca de la zona abdominal, es así que, indica una irritación del peritoneo. Por tal razón al examen físico y la sintomatología, se logró obtener un probable diagnóstico presuntivo, no obstante, fue referida a la

especialidad de ginecología y, al confirmar el descarte de una patología ginecológica, retornó a la especialidad de cirugía, siendo solicitado a su vez exámenes auxiliares que corroboraron el diagnóstico presuntivo inicial, apendicitis aguda. Diagnóstico obtenido gracias a escalas y guías que permiten determinar dicha patología, en primer lugar, se encuentra la escala de Alvarado modificada, clasificada en 7 ítems que permiten calificar el probable diagnóstico de una apendicitis; se toma en consideración el dolor localizado en la fosa iliaca derecha y obtendrá 2 puntos, existe una migración del dolor hacia la fosa iliaca derecha y obtendrá 1 punto, existe el indicador del signo de Blumberg positivo y obtendrá 1 punto, hay presencia de Náuseas o vómitos y obtendrá 1 punto, hay presentación de fiebre mayor a 38°C y obtendrá 1 punto, presenta anorexia y obtendrá 1 punto, tendrá un resultado laboratorial de leucocitos con un conteo de 10000 – 18000 mm³.

Es de esta manera que, al confirmar el diagnóstico, la paciente fue sometida a una apendicectomía incisional de emergencia, técnica quirúrgica de elección ya que no se cuenta hasta en la actualidad con un laparoscopio.

Caso clínico n.º 2

La colecistitis aguda se caracteriza por una inflamación en la pared de la vesícula biliar y constituye la complicación más frecuente de la colecistitis crónica. Esta condición se manifiesta con dolor constante en la región del hipocondrio derecho, acompañado de náuseas, vómitos, inquietud y, en ocasiones, fiebre y malestar general. El diagnóstico clínico se establece a partir de los síntomas relatados por el paciente y puede incluir evaluación física, análisis de sangre y pruebas de imagen como ecografías o resonancias magnéticas. El tratamiento habitual de la colecistitis aguda implica intervenciones quirúrgicas, donde, una vez confirmado el diagnóstico, se procede a la extirpación de la vesícula biliar mediante técnicas como la laparoscopia o laparotomía (13).

La colecistitis aguda representa la complicación más común de la colelitiasis y suele asociarse con la presencia de cálculos biliares. En determinadas situaciones, la obstrucción total y persistente del conducto cístico puede ocasionar un aumento en la presión intravesical, generando irritación de la

mucosa y desencadenando una respuesta inflamatoria aguda. La intervención quirúrgica se vuelve esencial para prevenir complicaciones graves como perforaciones, formación de fístulas, abscesos en la vesícula biliar o peritonitis generalizada. Además, la extirpación de la vesícula y los cálculos biliares contribuye a evitar la recurrencia de episodios de colecistitis aguda (13).

En cuanto al caso clínico propuesto, se describe el ingreso a emergencia de un paciente varón de 21 años, quien presenta un tiempo de enfermedad de 3 días, se destacó una sintomatología de dolor abdominal tipo cólico de grado moderado a intenso 8/10 localizado en hemiabdomen superior. El examen físico reveló un abdomen globuloso, timpánico a la percusión y dolor a la digitopresión en hipocondrio derecho, sospechando de probables diagnósticos presuntivos, se descarta apendicitis aguda al verificar el signo de rebote como negativo, pero el signo de Murphy dio positivo, que se realiza al palpar con ambos pulgares en forma de gancho el punto cólico ubicado debajo del reborde costal derecho mientras el paciente inspira y cesa la inspiración.

La mejor forma de diagnóstico fue a la inspección y examen físico, sumándose también los criterios de Tokio, dentro de los cuales está clasificado en 3 áreas; en el área A se verifican signos de inflamación local lo cual se percibe como el signo de Murphy positivo y sensibilidad en el cuadrante superior derecho, en el área B se verifican signos de inflamación sistémica como Fiebre, PCR elevada y leucocitos elevados (signos y resultados no corroborados en la historia clínica del paciente), en el área C se determinará si el diagnóstico es definitivo con los hallazgos de imagen que pueden ser: Un engrosamiento de la pared mayor a 5 mm, agrandamiento de vesícula, detritus ecográfico, Murphy ecosonográfico, fluido pericolecístico.

Posterior a ello, se realizará el diagnóstico correspondiente y según el análisis del caso del paciente se determinó que padecía de una colecistitis crónica reagudizada, lo cual indica que el tiempo de enfermedad es mayor, probablemente años. Y este es el motivo por el cual se decidió realizarle una colecistectomía incisional de emergencia, puesto que hasta en la actualidad no se cuenta con un laparoscopio.

3.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 1

El aborto incompleto se define como la retención de fragmentos fetales o placentarios en la cavidad uterina, manifestándose mediante síntomas como hemorragia vaginal y cólicos en el hemiabdomen inferior, mediante la hemorragia se evacuan los residuos uterinos para lograr que el útero se encuentre sin residuos se ejecuta un procedimiento quirúrgico conocido como legrado (14).

Ante la presencia de un aborto incompleto, resulta crucial buscar atención médica para realizar una evaluación exhaustiva y determinar la estrategia más apropiada. En determinados casos, se contempla la opción de aguardar la expulsión espontánea durante el ciclo menstrual, siempre y cuando no se observen indicios de infección (14).

El aborto incompleto se posiciona como una de las urgencias obstétricas más demandantes, con intervenciones terapéuticas que pueden variar. En términos generales, se busca abordar a la paciente de manera respetuosa, salvaguardando su privacidad y proporcionando información detallada sobre las opciones terapéuticas disponibles (15).

En resumen, el aborto incompleto representa una condición que requiere atención médica para determinar la estrategia de tratamiento más idónea, ya sea mediante procedimientos como el legrado o a través de la espera de la expulsión espontánea, siempre bajo la supervisión profesional (14).

En el caso clínico, se presenta a una paciente de 26 años que acude por la sintomatología clínica típica de sangrado vaginal y leve dolor en hipogastrio. Al realizar la anamnesis no recuerda su fecha de última regla, es G1P0, al examen físico en la evaluación del abdomen, despierta dolor al palpar profundamente el hipogastrio sin rebote, al evaluar el sistema genitourinario presencia de sangrado en poca cantidad. Se realiza ecografía transvaginal, las medidas del útero anteverso-flexo es 75x50mm, endometrio ecogénico

heterogéneo de 21mm. Se solicita BHCG cuantitativa es 2496 mIU/mL. Diagnosticando como aborto incompleto. En la ecografía transvaginal se observa restos, la línea endometrioide es mayor de 15mm y heterogénea por lo tanto el tratamiento será la evacuación uterina, en el presente hospital solo se cuenta con legra por lo tanto se programa a la paciente para legrado uterino.

Caso clínico n.º 2

La hiperémesis gravídica se caracteriza por la presencia de náuseas y vómitos intensos y persistentes durante el embarazo, con posibles consecuencias como deshidratación, pérdida de peso y desequilibrios electrolíticos. Aunque la causa exacta de estos síntomas durante la gestación no se conoce con certeza, se sugiere que podrían estar relacionados con un aumento rápido de los niveles de gonadotropina coriónica humana (GCH). Esta condición, menos frecuente pero más grave que las náuseas comunes del embarazo, puede resultar en una pérdida de peso superior al 5%. El tratamiento de la hiperémesis gravídica se adapta según la gravedad de los síntomas, enfocándose en reducir las náuseas y los vómitos, restablecer el equilibrio hidroelectrolítico, combatir la deshidratación y proporcionar nutrientes (16).

La repercusión de la hiperémesis gravídica en la salud del embrión o feto radica en la falta de suministro de nutrientes esenciales. Esta afección puede desencadenar serias complicaciones hidroelectrolíticas y alteraciones en el equilibrio ácido-base. Es imperativo diagnosticar la hiperémesis gravídica después de descartar otras condiciones que llegan a inducir al vómito (16).

La paciente del caso clínico ingresa por emergencia debido a dolor pélvico de intensidad moderada, náuseas y vómitos que no ceden e impiden tolerar la vía oral, fecha de última regla no recuerda, es G5P4004, tiene como antecedente hipertensión gestacional en la tercera gestación, al ingreso presenta funciones vitales dentro de valores normales, en el examen físico abdominal presenta leve dolor en hipogastrio sin signo de rebote. Cuenta con ecografía de primer trimestre, 12 semanas con 4 días. La impresión diagnóstica es hiperémesis gravídica, aparece entre la 5ta semana y 20ava semana como máximo, la paciente tiene 12 semanas de gestación, además un cuadro clínico de náuseas y vómitos severos que producen deshidratación, en exámenes

auxiliares se halló cetonuria, leve hiponatremia e hipokalemia, cumpliendo criterios para ser hospitalizada. La paciente recibió manejo con endocrinología por antecedente de hipotiroidismo sin control, además gastroenterología y psicología para descartar otras patologías tras tres días de recibir hidratación y sintomáticos, no presentó náuseas ni vómitos y se le dio de alta (16).

3.4 Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 1

La bronquiolitis es una infección viral aguda del tracto respiratorio inferior que afecta a niños menores de 2 años y se caracteriza por dificultad para respirar, sibilancias y/o crepitantes. La bronquiolitis ocurre con mayor frecuencia en otoño e invierno, y es un motivo común de hospitalización en niños menores de un año en invierno y principios de primavera. Los factores de riesgo de bronquiolitis incluyen exposición al humo del cigarrillo, edad menor de 6 meses, vivir en condiciones de hacinamiento, no amamantar y nacer antes de las 37 semanas de gestación. Los síntomas incluyen decoloración azul de la piel (cianosis) debido a la falta de oxígeno, dificultad para respirar, tos, fatiga y fiebre. La bronquiolitis comienza como una infección leve de las vías respiratorias superiores y progresa a problemas respiratorios más graves, como sibilancias y tos (17).

La incidencia de la bronquiolitis se sitúa entre el 10 % y el 30 % en niños menores de un año, alcanzando su punto más alto entre los 2 y 6 meses de edad. La mayoría de los casos se registran durante el periodo comprendido entre noviembre y abril, con el pico máximo observado entre diciembre y febrero. Después de superar la bronquiolitis, algunos niños pueden experimentar sibilancias recurrentes que persisten durante meses o incluso años. La bronquiolitis representa una de las principales causas de hospitalización en niños pequeños, especialmente durante la temporada invernal (18).

En cuanto al caso clínico mencionado con anterioridad, se describe el ingreso a emergencia de un paciente varón de dos meses, quien presenta dificultad respiratoria e indagando por más información, presenta antecedentes de

dermatitis atópica y alergia al polvo por parte del padre biológico, también presenta antecedentes de síndrome obstructivo bronquial. La sintomatología que acompaña al paciente es congestión nasal, silbido en el pecho al dormir, tos que induce al vómito, tirajes intercostales (indicativo del esfuerzo que realiza el paciente por respirar adecuadamente). Al examen físico se muestra taquipneico con 70 respiraciones por minuto, se auscultan subcrépitos, fuerte indicativo de la presencia de secreciones bronquiales.

Caso clínico n.º 2

La neumonía exacerbada por asma en niños se refiere a una situación en la que la neumonía, una infección pulmonar, se complica debido a la presencia de asma. El asma, una condición crónica de las vías respiratorias, puede provocar inflamación y estrechamiento de estas, aumentando así el riesgo de complicaciones respiratorias, como la neumonía. Los signos de esta condición abarcan tos persistente, dificultad para respirar, sibilancias y presión en el pecho. El tratamiento para la neumonía agravada por asma en niños incluye usar fármacos para controlar el asma como corticosteroides inhalados y antibióticos para combatir la infección pulmonar. En casos más severos, podría ser necesario el ingreso hospitalario para una supervisión y tratamiento más intensivos (19).

La relación entre el asma y la neumonía en niños es un tema de interés en el ámbito médico, dado que el asma puede aumentar la vulnerabilidad a infecciones respiratorias, incluida la neumonía. La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en niños puede tener diversas causas, como bacterias y virus, y la presencia de asma puede complicar el desarrollo de la enfermedad. El diagnóstico preciso de la neumonía exacerbada por asma implica la identificación de los síntomas característicos, como tos persistente, dificultad para respirar y sibilancias, y la confirmación de la infección pulmonar (19).

El tratamiento busca abordar tanto el componente asmático como la infección. Los medicamentos para controlar el asma, como los corticosteroides inhalados, se combinan con antibióticos específicos para tratar la neumonía, tanto el asma como la neumonía, para prevenir complicaciones y favorecer una recuperación completa (19).

En el caso clínico hay una paciente de 4 años con antecedente de síndrome de obstrucción bronquial, llega a la emergencia por dificultad respiratoria, a la evaluación de tórax y pulmones con tirajes subcostal, polipnea, auscultan sibilantes difusos y subcrepitantes en base de hemitórax derecho, saturando al examen el 93 %. Solicitan hemograma presencia de leucocitosis sin desviación izquierda y en radiografía de tórax reforzamiento de la trama hilar, radiopacidad en hemitórax derecho. Los diagnósticos son neumonía y SOB. En el manejo incluyen corticoides, inhaladores como salbutamol, beclometasona, bromuro de ipratropio, regulados diariamente según la evolución de la paciente y antibioticoterapia para el manejo de neumonía.

CLASE IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado de medicina en pregrado es una etapa crucial en la formación de un estudiante de medicina, ya que brinda la oportunidad de aplicar los conocimientos teóricos adquiridos durante los años anteriores en un entorno clínico real. Esta experiencia suele ser intensa y desafiante, pero también es fundamental para el desarrollo de habilidades prácticas, toma de decisiones clínicas y el fortalecimiento de la empatía y la relación médico-paciente.

Esta última etapa brinda una alta exposición a diversas patologías y casos clínicos, logrando que los estudiantes de medicina logren llevar sus conocimientos a situaciones reales. Pero la carga laboral puede ser tan abrumadora, dificultando la asimilación completa de nuevos conceptos porque los tiempos de estudio disminuyen. El estudiante interactúa directamente con pacientes, prestando comprensión hacia sus necesidades y desafíos, fomentando una relación más humanizada. La presión del tiempo y las demandas administrativas pueden afectar la calidad de la atención y la comunicación, lo que destaca la importancia de equilibrar la eficiencia con la empatía. La toma de decisiones clínicas bajo supervisión contribuye al desarrollo de la confianza y autonomía, especialmente cuando se recibe una retroalimentación constructiva.

En conclusión, el último año en pregrado en medicina humana es una fase trascendental que contribuye significativamente al desarrollo profesional y personal de los estudiantes. Aunque presenta desafíos, la reflexión constante, el aprendizaje continuo y el apoyo adecuado son clave para maximizar los beneficios de esta experiencia clínica intensiva.

CONCLUSIONES

1. El internado médico representa un pilar fundamental en la formación académica de los estudiantes de medicina, marcando la transición crucial entre el aula y la práctica clínica. A lo largo de esta experiencia, los estudiantes tienen la oportunidad de aplicar sus conocimientos teóricos en un entorno real, desarrollando habilidades prácticas esenciales para el ejercicio de la medicina. La interacción directa con pacientes no solo fortalece las habilidades clínicas, sino que también contribuye a la humanización de la medicina, permitiendo a los estudiantes comprender las complejidades emocionales y personales de la atención médica.

2. En este proceso de desarrollo, los desafíos emergen como componentes inevitables, desde la carga de trabajo intensiva hasta los dilemas éticos. Sin embargo, estos desafíos no solo fomentan la resiliencia, sino que también sirven como componentes para un crecimiento personal y profesional significativo. El trabajo en equipo se convierte en una herramienta esencial para mejorar la calidad de la atención. A medida que los estudiantes exploran diversas especialidades durante el internado, se preparan para tomar decisiones sobre su futura especialidad médica, consolidando así su posición como profesionales competentes.

3. No obstante, es fundamental reconocer la necesidad de apoyo y mentoría continuos durante el internado. La carga emocional y la presión inherente pueden afectar el bienestar de los estudiantes, y un sistema de apoyo sólido es esencial para guiarlos a través de este período de aprendizaje intensivo.

4. Al concluir el internado médico, los graduados emergen con una base sólida de conocimientos prácticos, habilidades clínicas y una comprensión profunda de la complejidad y la responsabilidad de la profesión médica, preparándolos para contribuir significativamente al cuidado de la salud y afrontar los desafíos en constante evolución del campo médico. El siguiente paso, es el Servicio Rural y Urbano Marginal (SERUMS), en medicina puede ser desafiante para

un recién graduado debido a la escasez de recursos en las áreas rurales y urbanas marginales lo que requiere adaptabilidad y creatividad para brindar atención médica efectiva con recursos limitados. A pesar de estos desafíos, el SERUMS también ofrece una valiosa oportunidad de crecimiento profesional y personal, permitiendo a los médicos desarrollar habilidades esenciales, fortalecer su resiliencia y contribuir significativamente a comunidades que a menudo carecen de acceso adecuado a la atención médica.

RECOMENDACIONES

1. El internado de medicina es un período fundamental en la formación de los profesionales médicos, y para aprovechar al máximo esta experiencia, es esencial adoptar una actitud de aprendizaje continuo. Durante este tiempo, los internos deben estar abiertos a preguntas, observar de cerca y participar activamente en discusiones clínicas, ya que cada caso presenta una oportunidad valiosa para aprender y mejorar sus habilidades prácticas.
2. Establecer relaciones positivas en el entorno clínico es clave. La comunicación efectiva y la colaboración con supervisores, colegas y personal de enfermería contribuyen no solo a un ambiente de trabajo positivo sino también a la calidad de la atención médica.
3. La gestión efectiva del tiempo es una habilidad esencial para los internos, ya que la carga de trabajo puede ser abrumadora. Aprender a priorizar tareas y mantener una agenda organizada ayuda a enfrentar los desafíos diarios. Además, cuidar el bienestar mental y físico es imperativo. El estrés es una constante en la medicina, por lo que tomar descansos adecuados, mantener una buena alimentación y buscar apoyo cuando sea necesario son prácticas esenciales para mantener la salud integral.
4. Desarrollar habilidades de comunicación es otra recomendación clave. La capacidad de transmitir información de manera clara y comprensible a colegas y pacientes contribuye a una atención médica efectiva.
5. Asimismo, solicitar retroalimentación de manera regular es una estrategia efectiva para identificar áreas de mejora y crecer como profesional. Mantenerse actualizado con la evolución constante de la medicina, conocer las propias limitaciones y reconocer cuándo pedir ayuda son prácticas fundamentales para los internos de medicina mientras navegan por esta etapa intensiva de aprendiz.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital II Luis Negreiros del Callao. Gob.pe. [citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.essalud.gob.pe/hospital-ii-luis-negreiros-del-callao-celebra-iv-aniversario/>
2. Federico R, Lucci M, Alet S, Ameriso. EPILEPSIA ASOCIADA AL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR [Internet]. Disponible en: <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol78-18/n2/86-90-Med6758-Lucci.pdf>
3. Lucci R, Alet M, Ameriso, Sebastián F. Epilepsia asociada al accidente cerebrovascular. Medicina (BAires) [Internet]. 2018 [citado 2024 Mar 7];86–90. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-954955>
4. Carrasco Del Mauro Alfonsina Paz, Cárdenas Bahanonde Paola Alejandra, Manríquez Silva Carla Andrea, López Arcos Eduardo. Crisis de Epilepsia Secundario a Accidente Cerebro-vascular. Reporte de casos, Chillán-Chile entre enero 2013-agosto 2014. Rev Cient Cienc Méd [Internet]. 2014 [citado 2024 Mar 07] ; 17(2): 19-22. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332014000200005&lng=es
5. Padecer convulsiones tras un accidente cerebrovascular puede aumentar las posibilidades de muerte o discapacidad [Internet]. American Heart Association. 2020 [citado 2024 Mar 7]. Disponible en: <https://newsroom.heart.org/news/padecer-convulsiones-tras-un-accidente-cerebrovascular-puede-aumentar-las-posibilidades-de-muerte-o-discapacidad>
6. Lozano JA. Neumonía adquirida en la comunidad. Offarm [Internet]. 2003 [citado el 5 de marzo de 2024];22(8):82–5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-neumonia-adquirida-comunidad-13051497>
7. Saldías Peñafiel Fernando, Gassmann Poniachik Javiera, Canelo López Alejandro, Díaz Patiño Orlando. Características clínicas de la neumonía adquirida en la comunidad del adulto inmunocompetente hospitalizado según el agente causal. Rev. méd. Chile [Internet]. 2018 Dic [citado 2024 Mar 05] ;

- 146(12): 1371-1383. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018001201371&lng=es
8. Taboada B. LB, Leal Castro AL, Caicedo V. MP, Camargo B. CB, Roa B. JH. Etiología de la neumonía adquirida en la comunidad en un hospital de cuarto nivel en Bogotá: estudio descriptivo de un registro institucional durante los años 2007 a 2012.[Internet]. 2015;19(1):10–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.infect.2014.11.005>
 9. González del Castillo J, Julián-Jiménez A, Candel FJ, Servicio de Urgencias. IdISSC. Hospital Clínico San Carlos. Madrid, Spain. Community-acquired pneumonia: selection of empirical treatment and sequential therapy. SARS-CoV-2 implications. Rev Esp Quimioter [Internet]. 2021 [citado el 5 de marzo de 2024];34(6):599–609. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37201/req/144.2021>
 10. Neumonía adquirida en la comunidad (adultos) [Internet]. Brighamandwomens.org. [citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://healthlibrary.brighamandwomens.org/spanish/Encyclopedia/134,606es>
 11. Fallas González Jorge. Apendicitis Aguda. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2012 Mar [citado 2024 Mar 05]; 29(1): 83-90. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152012000100010&lng=en
 12. Quevedo Guanche Lázaro. Colecistitis aguda: Clasificación etiológica, diagnóstico y tratamiento. Rev Cubana Cir [Internet]. 2007 Jun [citado 2024 Mar 05] ; 46(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000200013&lng=es
 13. Gutiérrez Ramos Miguel, Guevara Ríos Enrique. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto: AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2015 Ene [citado 2024 Mar 07] ; 61(1): 57-64. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000100010&lng=es

14. Dulay AT. Aborto espontáneo [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD; 2022 [citado 2024 Mar 7]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/aborto-espont%C3%A1neo#top>
15. Silva Claudia, Pagés Gustavo. Hiperemesis gravídica. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2006 Sep [citado 2024 Mar 05] ; 66(3): 178-186. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322006000300008&lng=es
16. Lozano JA. Asma bronquial. Offarm [Internet]. 2001 [citado el 6 de marzo de 2024];20(10):96–107. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-asma-bronquial-13021229>
17. Oquendo De la Cruz Yudalvis, Montoya López Héctor Hernán, Valdivia Álvarez Ileana. Características de la exacerbación del asma bronquial en niños atendidos en el Servicio de Urgencias. Rev haban cienc méd [Internet]. 2022 Jun [citado 2024 Mar 05] 21(3): e3749. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2022000300006&lng=es . Epub 10-Jun-2022
18. Toledo Rodríguez Isabel de los Milagros, Toledo Marrero María del Carmen. Neumonía adquirida en la comunidad en niños y adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 Dic [citado 2024 Mar 07] ; 28(4): 712-724. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400014&lng=es

ANEXOS

CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR

La Molina, 22 de febrero de 2024

Mediante la presente, me comprometo a asesorar desde el inicio hasta la culminación del Trabajo de Investigación del Alumno: Miluska Margarita Bustamante Ticse

En el trabajo de suficiencia profesional DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL II LIMA NORTE CALLAO LUIS NEGREIROS VEGA DURANTE 2023

El cual cumple con los requisitos establecidos en el Reglamento de investigación de la FMH-USMP.

Atentamente,



Asesor: Dr. Edgard M. Niño Morin

DNI.: 45965700



UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA

HUMANA

Unidad de Posgrado /

Departamento / Escuela

FICHA DE ASESORÍA DE TESIS / TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

1. INFORMACIÓN GENERAL

Título de la tesis / trabajo de investigación: EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL II LIMA NORTE CALLAO LUIS NEGREIROS VEGA 2023
TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
Grado académico por optar: Médico Cirujano
Mención:
Tesista / Autor (es) del trabajo: Miluska Margarita Bustamante Ticse
Asesor (a): MC. Edgard Niño Morin
Fecha de asesoramiento: 21 febrero 2024 y 11 marzo 2024 Asesoría número: 2
Modalidad de asesoría: Virtual

2. INFORMACIÓN SOBRE LA ACTIVIDAD DE ASESORÍA

2.1 Sobre levantamiento de sugerencias y observaciones anteriores

Se revisaron los acápites del informe final con énfasis en la metodología realizada

2.2 Nuevas sugerencias y observaciones:

Ninguna

2.3 Estado de cumplimiento del cronograma (incluye explicación causas incumplimientos, en caso exista):

No hubo incumplimiento del cronograma.

2.4 Otras cuestiones por informar relacionadas con el desarrollo de la tesis

Ninguna.



Asesor: Edgard M. Niño Morin



Miluska Margarita Bustamante Ticse