

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO REALIZADO EN EL  
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2023-2024

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA

PRESENTADO POR

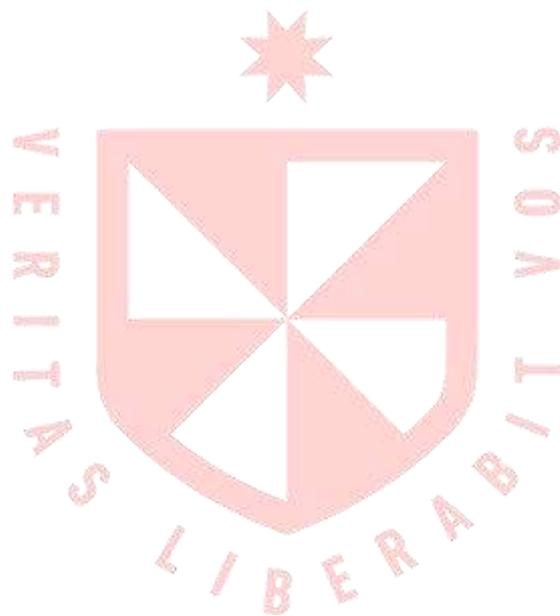
ARACELY MARGORIT ARNAO TREJO

ASESOR

OSCAR ORLANDO OTOYA PETIT

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 DEL INTERNADO MÉDICO REALIZADO EN EL  
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2023-2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR**

**ARACELY MARGORIT ARNAO TREJO**

**ASESOR**

**MGTR. OSCAR ORLANDO OTOYA PETIT**

**LIMA, PERÚ**

**2024**

## **JURADO**

**Presidente:** Fernando Marcos Herrera Huaranga

**Miembro:** Johandi Delgado Quispe

**Miembro:** Cesar Augusto Aguilera Herrera

## **DEDICATORIA**

Dedicado a mis padres y a mi hermano que fueron un gran apoyo durante mi carrera profesional de medicina humana, y a mis mejores amigas por todas las palabras de aliento que me dieron a lo largo de esta carrera tan difícil y sacrificada.

## ÍNDICE

<b>JURADO</b>	ii
<b>DEDICATORIA</b>	iii
<b>ÍNDICE</b>	iv
<b>RESUMEN</b>	v
<b>ABSTRACT</b>	vi
<b>INTRODUCCIÓN</b>	viii
<b>CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	10
1.1 Rotación en medicina interna	10
1.2 Rotación en pediatría	12
1.3 Rotación en cirugía general	15
1.4 Rotación en ginecología y obstetricia	18
<b>CAPÍTULO II: CONTEXTO DONDE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	22
<b>CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	25
3.1 Rotación en medicina interna	25
3.2 Rotación en pediatría	26
3.3 Rotación en cirugía general	34
3.4 Rotación en ginecología y obstetricia	36
<b>CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	42
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	45
<b>VII.FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	46
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO N.º1	
ANEXO N.º2	
ANEXO N.º3	

## RESUMEN

El presente trabajo de suficiencia profesional tiene como objetivo exponer los conocimientos, aptitudes y actitudes aprendidas dentro del ámbito del internado médico, que fue realizado en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el período de marzo del 2023 hasta enero del presente año.

Se realizó una revisión a profundidad de múltiples casos clínicos de diversas especialidades médicas que se llevaron a cabo en las rotaciones, las cuales fueron medicina interna, pediatría, cirugía general, ginecología y obstetricia, abordando tanto los temas como su manejo de las enfermedades involucradas en dichas especialidades.

Estos temas fueron estudiados durante la carrera de medicina humana, siendo de gran importancia la aplicación de su manejo en la práctica médica. Se presentaron casos clínicos desde su anamnesis, examen físico, diagnóstico, tratamiento y conclusiones de los pacientes, con el propósito de que el interno de medicina pueda estar preparado para el día a día en SERUMS.

**Objetivo:** Describir los casos clínicos de cada rotación realizada, enfocándose en la exposición de los conocimientos adquiridos sobre el abordaje y manejo del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, y así adquirir el título de médico cirujano. El internado médico se llevó a cabo en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo de marzo 2023 a enero 2024.

**Metodología:** Se realizó una elección de casos clínicos en los cuatros especialidades de medicina interna, pediatría, cirugía general, ginecología y obstetricia.

**Conclusiones:** El internado médico consiste en la última etapa de aprendizaje del estudiante de medicina humana que lo proyecta a su futuro campo profesional, asimismo, lo guía para el abordaje y manejo de diversas enfermedades que se presentarán a lo largo de su carrera.

**Palabras claves:** Internado médico, medicina interna, pediatría, cirugía general, ginecología y obstetricia

## **ABSTRACT**

The present work of professional sufficiency aims to expose the knowledge, skills and attitudes learned in the scope of the medical internship, which was performed at the Sergio E. Bernales National Hospital during the period from March 2023 to January of this year. An in-depth review of multiple clinical cases of various medical specialties that were carried out in the rotations, which were internal medicine, pediatrics, general surgery, gynecology, and obstetrics, addressing both the issues and their management of the diseases involved in these specialties was performed. These topics were studied during the human medicine career, being of great importance the application of their management in medical practice. Clinical cases were presented from their anamnesis, physical examination, diagnosis, treatment, and conclusions of the patients, so that the medical intern can be prepared for the day to day in SERUMS.

**Objective:** Describe the clinical cases of each rotation performed, focusing on the exposure of the knowledge acquired on the approach and management of early diagnosis and timely treatment, and thus acquire the title of surgeon. The medical internship was carried out at the Sergio E. Bernales National Hospital during the period from March 2023 to January 2024.

**Methodology:** A selection of clinical cases was made in the four specialties of internal medicine, pediatrics, general surgery, gynecology, and obstetrics.

**Conclusions:** The medical internship is the last stage of learning of the human medicine student that projects him/her to his/her future professional field and guides him/her in the approach and management of several diseases that will be presented throughout his/her career.

**Key words:** Medical internship, internal medicine, pediatrics, general surgery, gynecology, and obstetrics.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO  
REALIZADO EN EL HOSPITAL NACIONAL  
SERGIO E. BERNALES 2023-2024**

AUTOR

**ARACELY MARGORIT ARNAO TREJO**

RECuento DE PALABRAS

**9672 Words**

RECuento DE CARACTERES

**53852 Characters**

RECuento DE PÁGINAS

**50 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**523.6KB**

FECHA DE ENTREGA

**Apr 10, 2024 2:03 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Apr 10, 2024 2:04 PM GMT-5**

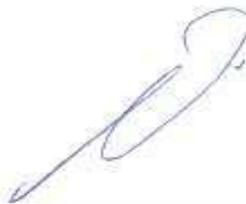
● **14% de similitud general**

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

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% 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



MGTR. OSCAR OTOYA PETIT

DNI: 08498700

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-5227-2457>

## INTRODUCCIÓN

El internado médico se define como un periodo de formación académica que se desarrolla en el último año de la carrera de medicina humana que transcurre en un lapso de 10 meses, dependiendo el ponderado final del alumno, este le permite elegir el establecimiento de salud, según le convenga por las oportunidades que puedan ofrecerle.

El interno de medicina puede seleccionar un determinado establecimiento de salud, el cual puede pertenecer tanto al MINSA, EsSalud o clínicas privadas, la diferencia es el proceso de admisión siendo en el MINSA y en clínicas privadas por orden de mérito y EsSalud mediante un examen de conocimientos teniendo como nota mínima de 13.

Acerca del internado, el futuro médico busca aplicar sus conocimientos en la práctica de diferentes campos clínicos con el objetivo de desarrollar habilidades, competencias, carácter y la toma de decisiones en casos que lo amerite, al mismo tiempo recuperar las horas de prácticas preprofesionales que no pudieron realizarse por el contexto de la pandemia dificultando la aplicación de la teoría en la práctica. Además de, entablar una relación médico-paciente, estando en contacto y haciendo un seguimiento del tratamiento, y cómo evoluciona el paciente ante este manejo.

El internado médico viene a ser una etapa de aprendizaje muy enriquecedora para el estudiante de medicina del último año, donde podrá observar el manejo de diferentes enfermedades, como la capacidad para realizar procedimientos clínicos en diferentes especialidades médicas que el hospital pueda ofrecer. Las especialidades que incluyen dentro de las rotaciones del internado son ginecología y obstetricia, cirugía general, pediatría y medicina interna, y en cada una de ellas se abordarán casos clínicos de gran complejidad que se podrán revisar a precisión, por tal motivo se realizó el presente trabajo para demostrar los conocimientos que fueron adquiridos durante las rotaciones como también

mencionar las limitaciones que se pudieron presentar en la atención médica, siendo el caso el hecho de hacer el internado en algún hospital del MINSA. Se conoce que varios hospitales del estado carecen de insumos, inadecuada infraestructura y equipamiento, el cual entorpece la atención de la salud, esto se pudo reflejar durante la pandemia ocasionada por el COVID- 19, donde resultó en un colapso del sistema de salud de nuestro país.

## CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

Durante el internado médico, se adquirió nuevos conocimientos sobre teoría, así como también se fijaron conceptos y abordaje del manejo de varias enfermedades frecuentes como la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, asma, infección de vías urinarias, gastroenteritis, gastritis, migrañas, vulvovaginitis, etc. También se llegó a aprender cómo hacer algún procedimiento clínico como por ejemplo toracocentesis, paracentesis, colocación de sonda vesical, curaciones de heridas operatorias, suturas y mucho más. El internado médico a parte de lo ya mencionado nos muestra la realidad de nuestro sistema de salud en su día a día, las dificultades que tenemos que superar para realizar una máxima atención en salud, aunque haya escasez.

### 1.1 Rotación en medicina interna

#### Caso clínico N°1

Paciente varón de iniciales O R J E de 65 años con los antecedentes patológicos de diabetes *Mellitus* tipo 2 de larga data e Hipertensión Arterial, acude al servicio de emergencia del Hospital, refiriendo dolor de moderada intensidad en lesión ulcerada localizada en planta del pie izquierdo asociado con sensación de alza de temperatura no cuantificada y limitación funcional del miembro inferior afectado.

Paciente refiere presentar dicha sintomatología desde hace 1 mes debido a lesión en planta del pie izquierdo que se produjo por quemadura de segundo grado, la cual se auto medicó con antibióticos y antiinflamatorios que compró en la farmacia sin receta previa, pero al pasar los días notó cambios de coloración y secreción purulenta maloliente en dicha zona.

Datos del paciente:

- Temperatura: 36.5°C
- Presión arterial: 120/70 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 93 lpm
- Frecuencia respiratoria: 20 rpm

- Saturación de oxígeno: 96 %

Al examen físico, presenta signo de flogosis en todo el pie acompañado de lesión ulcerada 3x3 cm de diámetro en planta por debajo de base del quinto dedo del pie izquierdo, con presencia de tejido desvitalizado maloliente sin presencia de secreciones purulentas. Se plantearon los diagnósticos:

- Pie diabético, clasificación Texas 2D
- Diabetes Mellitus tipo 2 con complicaciones tardías

El plan de trabajo a seguir fue iniciar antibioticoterapia, insulino terapia, analgésicos, interconsulta con endocrinología (unidad de pie diabético) y toma de exámenes de laboratorio como hemograma, perfil de coagulación, serológicos, examen de orina, grupo y factor sanguíneo, perfil lipídico, glucosa, urea y creatinina.

## **Caso clínico N°2**

Paciente mujer de iniciales V A M de 71 años con antecedentes de hipercolesterolemia, acude a emergencia refiriendo un tiempo de enfermedad de 1 día con manifestación clínicas de dolor abdominal difuso que se irradia hacia la espalda tipo faja acompañado sensación de alza térmica, vómitos, orina cargada y coloración amarillenta de la piel.

Datos del paciente:

- Temperatura: 38.1°C
- Presión arterial: 134/63 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 79 lpm 78
- Frecuencia respiratoria: 18 rpm
- Saturación de oxígeno: 98 %

Al examen físico, se observa:

- Estado general: Regular estado general
- Piel y anexos: Ictericia en conjuntivas y en la piel

- Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa bien en ambos segundos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles
- Abdomen: Blando/ Depresible, RHA incrementados, doloroso a la palpación difusa, Signo de Blumberg positivo, Murphy y Mc burney positivos
- Sistema nervioso central: Despierta, no signos meníngeos, Escala de Glasgow: 15/15

Se solicitaron exámenes de laboratorio para descartar pancreatitis aguda, se solicitaron amilasa, lipasa, electrolitos, hemograma, examen de orina, urea, creatinina y electrocardiograma.

Los diagnósticos planteados son

- Síndrome doloroso abdominal
- Pancreatitis aguda

## **1.2 Rotación en pediatría**

### **Caso clínico N°1**

Paciente con iniciales de M J I de 2 años del sexo femenino, sin antecedentes de importancia, acude a emergencia acompañada de madre, quien refiere deposiciones líquidas, sensación de alza térmica y malestar general. La madre refiere que hace 2 días antes del ingreso la menor presentó deposiciones líquidas de 10 cámaras aproximadamente, fiebre cuantificada de 39.4°C y un vómito (2 cámara), por lo que le administraron solo antipirético como paracetamol con una dosis de 6 ml debido a que pesa 12 kilogramos. Además, refiere que antes de su ingreso tuvo fiebre de 38.7°C y su última deposición líquida fue hace 5 minutos, donde se evidenció moco y sangre. Durante el interrogatorio a la madre menciona vacunas incompletas, niega alergias y hospitalizaciones.

Datos del paciente:

- Temperatura: 36.9 °C
- Peso: 12 kg

- Frecuencia cardíaca: 138 lpm
- Saturación de oxígeno: 98 %

Durante el examen físico, se observa:

- **Estado general:** Despierta, activa y reactiva a estímulos
- **Piel y anexos:** Tibia, mucosas semisecas, llenado capilar menor de 2 segundos, signo de pliegue positivo
- **Tórax y pulmón:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos segundos campos pulmonares, no ruidos agregados
- **Cardiovascular:** Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos audibles
- **Abdomen:** Blando/ Depresible, RHA (+), no doloroso a la palpación superficial ni profunda
- **Sistema nervioso central:** Despierta, no signos meníngeos

El plan por seguir fue iniciar con la tolerancia oral con suero de rehidratación oral (50 a 100 ml/ 2h), pero luego de 2 horas aproximadamente la paciente no tolera por vía oral y continúa con diarreas. Además, durante la exploración física se puede apreciar ojos hundidos, mucosas secas y somnolencia, por lo cual pasó a fluidoterapia. Se plantearon los siguientes diagnósticos:

- Diarrea aguda infecciosa
- Deshidratación grave o severa

Se solicitaron exámenes de laboratorio como hemograma, reacción inflamatoria en heces y pase a observación.

Los resultados de los exámenes fueron:

- **Hemograma:** Leucocitos: 4.20, Hb: 11.9g/dl, neutrófilos segmentados: 60 %, bastonados: 0 %
- **Reacción inflamatoria en heces:** Presencia de leucocitosis > 50 por campo, polimorfonucleares: 90 %, hematíes: 20 a 30 por campo

Se reevalúa a la paciente ya con los resultados, donde se observa presencia de leucocitosis y hematíes en heces, el hemograma se encuentra dentro de los parámetros normales. Se indica antibioticoterapia con ceftriaxona endovenosa, continuación de fluidoterapia y pase a hospitalización con los mismos

diagnósticos de Diarrea aguda infecciosa y Deshidratación grave sin signos de shock.

## **Caso clínico N°2**

Paciente de iniciales C M G de 14 años del sexo femenino, con antecedentes de epilepsia, asma y parálisis cerebral infantil, ingresa con un cuadro clínico insidioso de dificultad respiratoria, taquipnea y tos productiva. Durante el interrogatorio, la madre cuenta que la menor desde hace 3 días aproximadamente presenta tos que moviliza secreciones dificultando así la respiración y niega sensación de alza térmica, por lo cual acude a emergencia con la menor.

Datos del paciente:

- Temperatura: 37.2°C
- Frecuencia respiratoria: 32 rpm
- Frecuencia cardiaca: 107 lpm
- Saturación de oxígeno: 92 %
- Peso: 20 kg

En relación con sus antecedentes patológicos, su familiar refiere que fue diagnosticada de parálisis cerebral infantil y epilepsia cuando tenía 3 meses de edad, actualmente en tratamiento con lamotrigina. Niega alergias, pero si reporta una hospitalización por crisis asmática en el 2023.

Al examen físico, se observa:

- **Estado general:** Despierta, reactiva a estímulos
- **Piel y anexos:** Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos
- **Tórax y pulmón:** Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, roncales y sibilantes en ambos hemitórax con presencia de tirajes subcostales
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles

- **Abdomen:** Blando/ depresible, ruidos hidroaéreos presentes
- **Sistema Nervioso Central:** Reactiva a estímulos, hipertonia espástica en miembros inferiores y superiores. fuerza muscular  $\frac{3}{5}$  disminuida, pupilas isocóricas foto reactivas

Se plantearon los siguientes diagnósticos:

- Crisis asmática moderada
- D/C Neumonía
- Epilepsia por historia clínica
- Parálisis cerebral infantil por historia clínica

Se solicitaron exámenes complementarios y auxiliares para el diagnóstico como hemograma, urea, creatinina, PCR, perfil hepático y radiografía de tórax. Luego se inició terapia endovenosa con fluidoterapia, corticoides, agonistas B2 adrenérgico y oxígeno suplementario con cánula binasales para aliviar los síntomas.

### **1.3 Rotación en cirugía general**

#### **Caso clínico N°1**

Paciente con iniciales C A S con 75 años de sexo femenino, ingresa por consultorio externo por un cuadro insidioso de dolor abdominal asociado a náuseas y vómitos después de ingesta de grasas. Se le realizó el interrogatorio, donde la paciente relata un tiempo de enfermedad de 4 años, pero menciona que fue diagnosticada de litiasis vesicular hace 1 año por presenta de manera intermitente dolor abdominal agudo en hipocondrio derecho y sensación nauseosa, por lo que acudió a consulta médica por dicha sintomatología, se le

realizó una ecografía abdominal superior completa encontrándose presencia de múltiples litiasis, siendo la mayor 15 mm, una de 12 mm y algunas más pequeñas de hasta 4 mm. Además, el colédoco no se encuentra dilatado. Refiere que último cólico biliar fue hace 1 mes. Paciente ingresa a hospitalización para programación de sala de operaciones.

Datos de la paciente:

- Temperatura: 37.2° C
- Presión arterial: 125/75 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 68 lpm
- Frecuencia respiratoria: 19 rpm
- Peso: 82 Kg
- Talla: 1.52 m

Dentro de sus antecedentes patológicos, la paciente relata como antecedente la diabetes *Mellitus* tipo 2 de larga data, actualmente con medicación de metformina 850 mg cada 12 horas; e hipertensión arterial en tratamiento con captopril, también cada 12 horas, como antecedente quirúrgico menciona una apendicectomía hace 10 años. Niega alergias medicamentosas.

Al examen físico, se observa:

- **Estado general:** Aparente buen estado general
- **Piel y anexos:** Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos
- **Tórax y pulmón:** Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles
- **Abdomen:** Blando/ depresible, ruidos hidroaéreos presentes, dolorosos a la palpación profunda en hipocondrio derecho
- **Sistema Nervioso Central:** Escala de Glasgow: 15/15

La paciente fue evaluada previamente por los servicios de cardiología y neumología, ambos con los respectivos riesgos quirúrgicos tipo II, siendo evaluaciones necesarias para su programación de colecistectomía laparoscópica.

Se plantearon los diagnósticos de

- Litiasis vesicular
- Diabetes *Mellitus* tipo 2 por historia clínica
- Hipertensión arterial por historia clínica

### **Caso clínico N°2**

Paciente con iniciales G M L con 66 años de sexo femenino, acude a consultorio de cirugía general, refiriendo cuadro clínico de tumoración palpable en abdomen que ha ido incrementando de tamaño progresivamente desde hace 1 año aproximadamente, y está asociado a dolor abdominal punzante de moderada intensidad que se intensifica durante la bipedestación. Niega reducción de tumoración de manera manual y niega cambios de coloración violácea.

Datos de la paciente:

- Temperatura: 36.6° C
- Presión arterial: 120/70 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 68 lpm
- Frecuencia respiratoria: 18 rpm
- Peso: 83.6 Kg
- Talla: 1.55 m

La paciente refiere antecedentes quirúrgicos por obstrucción intestinal hace 7 años y ligadura de trompas de Falopio. niega antecedentes patológicos y alergia medicamentosa.

Al examen físico, se observa:

- **Estado general:** Aparente buen estado general
- **Piel y anexos:** Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos. no palidez
- **Tórax y pulmón:** Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

- **Cardiovascular:** Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos audibles
- **Abdomen:** Globuloso a predominio de tejido adiposo, no doloroso a la palpación profunda y superficial, ruidos hidroaéreos presentes, no signo de irritación peritoneal. se evidencia masa palpable de 10 x 15 cm de diámetro en mesogastrio, presenta cicatriz infraumbilical mediana
- **Sistema Nervioso Central:** Escala de Glasgow: 15/15, LOTEPE

Adicionalmente, la paciente cuenta con examen auxiliar de una ecografía abdominal, donde se observa una imagen semejante a una hernia, con cuello herniario de 34 mm que se origina en la región caudal de la cicatriz quirúrgica previa, con una extensión de 83 x 121 mm, de contenido graso mesentérico e intestinal, pero no doloroso a la palpación. Sin embargo, existen hallazgos litiasis vesicular de 60x20 mm, contenido anecoico, paredes delgadas, con imagen litiásica en su interior de 14 mm ubicada a nivel del bacinete.

Se plantearon los siguientes diagnósticos:

- Eventración abdominal
- litiasis vesicular
- Obesidad tipo I

## 1.4 Rotación en ginecología y obstetricia

### Caso clínico N°1

Paciente con las iniciales G M I con 31 años de sexo femenino, acude a emergencia del servicio de ginecología y obstetricia acompañada de su pareja conviviente, refiriendo un tiempo de enfermedad de 24 días con presencia de sangrado vaginal asociado a dolor abdominal en hemiabdomen inferior de moderada intensidad. Asimismo, cuenta con una ecografía transvaginal del día anterior que es compatible con un embarazo ectópico en la trompa de Falopio derecha y con resultado positivo de hormona gonadotropina coriónica humana subunidad beta cualitativa. Durante la atención médica, se le realiza un

interrogatorio para ampliar la historia clínica, donde la paciente refiere lo siguiente:

- Fecha de última regla: 03/01/24
- Método anticonceptivo: Ninguno
- Menarquia: 13 años
- G1 P1001
- Antecedentes quirúrgicos: Niega
- Antecedentes patológicos: Niega
- Alergia a medicamentos: Niega

Datos de la paciente:

- Temperatura: 36.5° C
- Presión arterial: 100/60 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 78 lpm
- Frecuencia respiratoria: 19 rpm
- Peso: 53 Kg
- Escala de Glasgow: 15/15

Al examen físico se observa:

- **Estado general:** Aparente buen estado general, de nutrición e hidratación
- **Piel y anexos:** Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos. no cianosis
- **Tórax y pulmón:** Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles
- **Abdomen:** Blando/ depresible, dolor moderado a la palpación en hipogastrio, no reacción peritoneal
- **Tacto vaginal:** Cérvix centralizado, apertura a pulpejo de dedo, sangrado muy escaso
- **Sistema Nervioso Central:** Escala de Glasgow: 15/15, LOTEPE

Luego de la evaluación clínica se solicitaron exámenes de laboratorio (hemograma, glucosa, urea, creatinina, examen de orina, perfil de coagulación,

pruebas serológicas (sífilis, hepatitis B y VIH), grupo y factor sanguíneo, BHG cuantitativa y ecografía transvaginal para confirmar los diagnósticos planteados, los cuales son:

- Síndrome doloroso abdominal: embarazo ectópico o hemoperitoneo enfermedad a determinar
- D/C Anemia

### **Caso clínico N°2**

Paciente gestante con las iniciales V Q A con 39 años de sexo femenino, quien acude por emergencia con un tiempo de enfermedad de 1 día, presentando contracciones uterinas cada 30 minutos percibiendo movimientos fetales, niega pérdida de líquido o sangrado vaginal. Es una paciente con una gestación gemelar monocoriónica biamniótica de 29 semanas con 5/7 días, según la ecografía del primer trimestre. En relación con sus antecedentes se pudo indagar lo siguiente:

- Controles prenatales: n.º6
- Fecha de última regla: 02/07/2023
- G4 P2002
- Antecedentes patológicos: Niega
- Antecedentes quirúrgicos: 1 cesárea por desprendimiento prematuro de placenta en 2021
- Alergia a medicamentos: Niega

Datos de la paciente:

- Temperatura: 37° C
- Presión arterial: 104/62 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 80 lpm
- Frecuencia respiratoria: 18 rpm
- Peso: 76 Kg
- Escala de Glasgow: 15/15

Al examen físico se observa:

- **Estado general:** Aparente buen estado general, de nutrición e hidratación
- **Piel y anexos:** Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, no palidez
- **Tórax y pulmón:** Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles
- **Abdomen:** Altura uterina: 38 cm, feto 1: en situación longitudinal, posición cefálica y presentación derecha, feto 2: situación longitud, posición cefálica y presentación izquierda, movimientos fetales: ++/+++, membranas íntegras
- **Tacto vaginal:** pelvis ginecoide
- **Sistema Nervioso Central:** Escala de Glasgow: 15/15, LOTEP

Con esta información, se ordena un monitoreo materno fetal, ecografía obstétrica, exámenes de laboratorio (hemograma y examen de orina) y queda en observación del servicio de ginecología y obstetricia.

Se plantearon los siguientes diagnósticos:

- Gestación doble de 29 semanas 5/7 días por ecografía de primer trimestre
- Embarazo gemelar monocoriónica biamniótica
- Amenaza de parto prematuro
- 
- Placenta previa total
- Alto riesgo obstétrico: cesárea anterior 1 vez y edad materna avanzada
- Anemia moderada

El plan de trabajo fue el inicio de tocolisis por la contracciones uterinas, maduración pulmonar e interconsulta con neonatología por la amenaza de parto prematuro.

## **CAPÍTULO II: CONTEXTO DONDE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

Este trabajo de suficiencia profesional fue desarrollado en un Hospital de categoría III, denominado Hospital Nacional Sergio E. Bernales ubicado en la Avenida Túpac Amaru N° 8000 P.J. Collique (Km 14.5 de la carretera Lima-Canta) en el distrito de Comas perteneciente a Diris Lima Norte, es decir tiene la capacidad de brindar atención integral y especializada de calidad mediante un personal de salud altamente calificado y promover la docencia e investigación en futuros profesionales dentro del campo clínico. Asimismo, es un hospital de

referencia de los centros de salud más cercanos de dicha zona. También cuenta con una amplia gama de profesionales del área de la salud como médicos cirujanos, enfermeros, técnicos de enfermería, químicos farmacéuticos, etc. de diferentes especialidades involucrados en una atención de salud de calidad y equidad con la finalidad de alcanzar una vida plena y digna (1).

La historia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales inicia con su construcción debido a la necesidad de un anexo del Hospital del Niño, el cual fue realizado mediante un Decreto Supremo n. 749 y a la donación de un terreno de la familia Álvarez Calderón junto a la colaboración de la esposa del expresidente Oscar Benavides, el objetivo del hospital era de albergar a la población infantil de escasos recursos que padecían de tuberculosis, por lo cual se inauguró mediante la resolución n.º860 el 15 de agosto de 1940 con una capacidad de 100 camas. Sin embargo, debido a la mayor demanda de diferentes especialidades médicas se transformó de un hospital de apoyo a uno general ganando mayor nivel.

Con el paso del tiempo el establecimiento de salud cambió de nombre, ya que antes era conocido como el Hospital infantil de Collique, pero eso cambió debido al fallecimiento de un médico ilustre llamado Sergio E. Bernales, quien fue un profesor y científico muy destacado, que en su memoria se otorgó su nombre al hospital gracias al Cuerpo médico, en el año 1982 (2).

Dentro de la visión del hospital, se dirige a su “Consolidación como hospital de alta complejidad, brindando una atención inclusiva con calidad y calidez que genere reconocimiento y satisfacción en nuestros usuarios, con liderazgo técnico, científico y docente en una adecuada infraestructura” y como misión a brindar y garantizar atención de salud integral y especializada en forma oportuna y segura logrando la satisfacción del usuario (2).

En el hospital Nacional Sergio E. Bernales pertenece al tercer nivel de atención dentro de la categoría III- 1 cuenta con varios departamentos de medicina, cirugía, pediátrica, ginecología y obstetricia, odontoestomatología, anestesiología y centro quirúrgico, consulta externa y hospitalización, medicina de rehabilitación, emergencias y cuidados paliativos, patología clínica y anatomía

patológica, nutrición y dietética, diagnóstico de imagen, psicología, farmacia y servicio social.

El hospital en sí no tiene una población específica a quien brindar sus atenciones, es más a los que la requieran o demanden, esto quiere decir, los que reciben atención integral y especializada de los servicios de consultorio externo, emergencia y hospitalización son la población que la necesite o que haya sido referida de manera nacional a este hospital.

Durante la emergencia sanitaria por el SARS COV 19 que ocurrió en el 2020 y 2021, se propuso muchos cambios en relación con la atención en salud como en la atención ambulatoria donde se usó el DR FAST SALUD, el cual fue una tele orientación al paciente realizado hasta medio año para luego cambiar a una atención en consultorio externo especialidades específicas más no en todas, ya que se continuaba con el estado de emergencia sanitaria. En relación con las emergencias COVID y no COVID, ambas eran atendidas con sus respectivos trajes y los usuarios eran separados para evitar el contacto. El contexto de la emergencia sanitaria por el SARS COV 19 produjo una minoría de atenciones sanitarias, pero no la hizo imposible, resultando en 97 937 atenciones de consultorios externos, 3 845 atenciones en la especialidad de neonatología y 1 560 operaciones programadas (2).

En el Hospital Sergio E. Bernales, el interno realiza evoluciones diarias de los pacientes de hospitalización, pasa visita junto a los asistentes como residentes, según la rotación correspondiente, el interno bajo la supervisión del residente realiza curaciones de heridas operatorias, pie diabético, colocación de sonda vesical, suturar heridas abiertas y procedimientos médicos como paracentesis, toracocentesis, punción lumbar y análisis de gases arteriales. Durante los ingresos en hospitalización, el interno tiene la responsabilidad de realizar las historias clínicas desde la anamnesis hasta el examen físico, y proponer diagnósticos, exámenes auxiliares y tratamiento ya sea el caso.

En cuanto a la labor del interno en emergencia, recae en realizar el interrogatorio con el objetivo de averiguar el porqué del ingreso al servicio, después examina

minuciosamente al paciente con la guía del residente de turno en búsqueda del presunto diagnóstico y la opción de solicitar exámenes complementarios.

## **CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **3.1 Rotación en medicina interna**

#### **Caso clínico N°1**

La enfermedad del Pie diabético es una complicación crónica de la diabetes *Mellitus* tipo 2, tiene como presentación clínica a una herida que penetra varias capas de la piel por debajo del tobillo, que progresan a necrosis rápidamente, su fisiopatología consiste en una tríada constituida por la polineuropatía, enfermedad arterial periférica y traumatismo con infección secundaria. Es una complicación que puede prevenirse con diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Existen varios sistemas de clasificación de la enfermedad del pie diabético como Wagner y Texas, la diferencia en ambos es que la clasificación

Wagner fue acogida por varios profesionales, pero no está validado a diferencia de la clasificación de Texas que sí lo está (3).

**Tabla 1: clasificación de la Universidad de Texas**

Estadio / Grado	0	1	2	3
A	Lesión preulcerosa o posulcerativa completamente epitelizada	Herida superficial que no involucra al tendón, a la cápsula o al hueso	Herida que penetra en el tendón o en la cápsula	Herida que penetra en el hueso o en la articulación
B	Con infección	Con infección	Con infección	Con infección
C	Con isquemia	Con isquemia	Con isquemia	Con isquemia
D	Con infección e isquemia	Con infección e isquemia	Con infección e isquemia	Con infección e isquemia

El paciente recibió los antibióticos por vía endovenosa y le tomaron su examen de laboratorio donde se evidencia hemograma (leucocitos: 10.9, hb: 13.10 g / dl, plaquetas: 298 000, segmentados 70 %, glucosa: 241, creatinina: 1.51) y en el examen de orina (leucocitos 2-3 por campo y glucosa +++). Además, fue

evaluado por la unidad de pie diabético quien describe la herida como una úlcera de 3 x 3 cm con tejido desvitalizado con mal olor, pero sin secreciones purulentas y signos de flogosis en todo el pie izquierdo, deja como recomendaciones lo siguiente:

- Tratamiento antibiótico de amplio espectro con meropenem y vancomicina
- Buen control glucémico
- Solicita radiografía y ecografía Doppler arterial del miembro inferior izquierdo
- Evaluación por cirugía cardiovascular
- Pase para hospitalización

Cuenta con ecografía Doppler arterial del miembro inferior izquierdo que menciona ondas monofásicas en arteria tibial anterior y pedia, y signos de aterosclerosis.

Se realizó interconsulta con cirugía cardiovascular que sugirió angiogramografía computarizada de miembro inferior izquierdo, luego se volvió a enviar interconsulta a Unidad de pie diabético con resultados de ecografía Doppler y respuesta de cirugía cardiovascular, quien sugiere seguir con antibioticoterapia, efectivizar el angiogramografía computarizada y curación diaria de la úlcera del pie diabético.

## **Caso clínico N°2**

La pancreatitis aguda es una condición inflamatoria del páncreas a causa de una enfermedad del tracto biliar o por consumo excesivo de alcohol, por lo tanto, puede llegar a provocar injuria local, seguido de una respuesta inflamatoria sistémica que puede desencadenar en un fallo orgánico y muerte. Es la causa más común de abdomen agudo que requiere hospitalización, su incidencia es de 3 a 7 % en pacientes con cálculos biliares y solo 10 % en personas que abusan del alcohol. En cuanto a su diagnóstico, los principales signos y síntomas son el dolor en epigastrio de gran intensidad y continuidad que puede irradiarse hacia

la espalda o el dorso, empeorando a la ingesta de comidas copiosas; acompañado de náuseas, vómitos y fiebre, aunque puede llegar a una

insuficiencia cardíaca por una complicación sistémica. Los signos más característicos de la pancreatitis aguda son el signo de Cullen, Grey Turner, Fox y Bryant. Es de gran importancia solicitar exámenes de laboratorio para confirmar el diagnóstico clínico como enzimas pancreáticas séricas (lipasa, se eleva a partir de las primeras 4 a 8 horas hasta 14 días con mayor especificidad y sensibilidad; y amilasa, se eleva a partir de las 6 a 12 horas, pero mayor sensibilidad y menor especificidad).

En el caso clínico ya descrito, la paciente ingresó con un tiempo de enfermedad de 1 día, presentando dolor abdominal intermitente en hipocondrio derecho de leve a moderado, coloración amarillenta en escleras, denominada ictericia,

asociados a náuseas y sensación de alza térmica no cuantificada, por ese motivo, acude a emergencia del hospital, donde se solicita analítica laboratorial evidenciándose leucocitosis, perfil hepático colestásico, dilatación de vía biliar por ecografía catalogando como Síndrome icterico. El plan de trabajo es iniciar el manejo de soporte y posteriormente pasar a hospitalización para completar estudios.

- Nada por vía oral (NPO)
- Hidratación parenteral con Dextrosa 5 % 1000 cc más cloruro de potasio 20 % 1 ampolla y NaCl 20 % 1 ampolla
- Omeprazol 40 mg cada 24 horas endovenoso
- Ampicilina Sulbactam 3 gramos cada 6 horas endovenoso
- Metoclopramida 10 mg cada 8 horas endovenoso
- Tramadol 50 mg cada 8 horas endovenoso condicional al dolor intenso, pero diluir en NaCl 100 cc y pasa en 1 hora
- Solicitar electrocardiograma, radiografía abdomen simple de pie,
  
- hemograma, glucosa, amilasa, lipasa y perfil hepático
- Se pasa interconsulta a gastroenterología
- Control de signos vitales
- Hemoglucotest cada 12 horas

Los resultados del laboratorio son los siguientes:

- **Hemograma:** Leucocitosis: 19 500, hemoglobina: 12 g/dl, plaquetas: 341 000, neutrófilos abastionados: 1 %, neutrófilos segmentados: 94 %, linfocitos: 2 %
- **Perfil hepático:** Fosfatasa alcalina: 1881, gammaglutamil transpeptidasa: 964, TGO: 410, TGP: 753, Bilirrubina total: 6.59, bilirrubina directa: 4.38, albúmina: 3.9
- **Examen de orina:** leucocitos:1 a 2 por campo (negativo)
- **Bioquímica:** Glucosa: 98, creatinina: 0.72, tiempo de protrombina: 16.5

Después de la interconsulta a gastroenterología, se da el pase a su servicio donde se menciona lo siguiente:

El diagnóstico presuntivo es

- **Sepsis punto de partido abdominal:** Colangitis aguda Tokyo II
- **Síndrome icterico obstructivo:** Coledocolitiasis de alta probabilidad vs Neoplasia de vías biliares
- Hidrops vesicular
- Anemia Leve normocítica normocrómica
- Obesidad

Plan de trabajo propuesto por Gastroenterología

- Nada por vía oral (NPO)
- Hidratación
- Hidratación parenteral con Dextrosa 5 % 1000 cc más cloruro de potasio 20 % 1 ampolla y NaCl 20 % 1 ampolla
  
- Omeprazol 40 mg cada 24 horas endovenoso
- Ceftriaxona 40 mg cada 24 horas endovenoso
- Metronidazol 500 mg cada 8 horas endovenoso
- Ketoprofeno 100 mg cada 8 horas endovenoso
- Metoclopramida 10 mg cada 8 horas endovenoso
- Tramadol 50 mg cada 8 horas endovenoso condicional al dolor intenso, pero diluir en NaCl 100 cc y pasa en 1 hora
- Se solicita colangiografía con contraste mediante referencia y video endoscopia digestiva alta
- Se solicita serológicos, análisis de gases arteriales, marcadores tumorales Ca 19.9, CEA y Alfafetoproteína

### **3.2 Rotación en pediatría**

#### **Caso clínico N.º1**

La diarrea aguda infecciosa se define como la presencia de más de 3 deposiciones líquidas en 24 horas por un periodo de 14 días. Su principal etiología es de origen viral en un 70 a 90 % en niños, siendo la principal causa el rotavirus, y en un 10 a 20 % existen otros agentes causales como bacterias, con mayor frecuencia E. coli enterotoxigénica, y parásitos. La fisiopatología de la diarrea aguda infecciosa inicia con una alteración en el proceso de absorción de líquidos que predomina sobre la secreción de estos hacia la luz intestinal, por ende, existe menor absorción de líquidos y mayor secreción. En el caso de agentes patógenos que llegan a colonizar el epitelio intestinal para producir toxinas, las cuales alteran a las proteínas transportadoras causando pérdida de fluidos electrolíticos por las heces llevando así a la deshidratación que puede ser leve, moderada a severa. Existen diferentes planes de tratamiento para tratar el tipo de deshidratación que presente el paciente pediátrico mediante la ingesta de suero de rehidratación oral en los dos primeros planes A y B o por el otro lado

solución salina o lactato de Ringer durante la hidratación endovenosa en caso de severidad (5).

A la reevaluación, la madre asegura el persistente rechazo a la tolerancia oral del paciente pediátrico de 2 años a causa de los vómitos, y la continuación de las deposiciones líquidas, así como también su empeoramiento a la exploración física como mucosas secas, ojos hundidos, signo de pliegue positivo y somnolencia. Se planteó iniciar hidratación endovenosa con la finalidad de tratar la deshidratación grave.

Plan que seguir:

- Hidratación endovenosa con solución salina o lactato de Ringer:

**Tabla N.º2: Esquema de administración de tratamiento endovenoso con deshidratación grave sin shock**

Edad	Primero administrar 30 ml/kg en:	Luego administrar 70 ml/kg en:
Lactantes (menos de 12 meses)	1 hora <sup>b</sup>	5 horas
Pacientes de más de 12 meses	30 minutos <sup>b</sup>	2 ½ horas

- No ingesta de alimentos hasta que haya desaparecido los signos de deshidratación
- Administración de antiemético como el ondansetrón endovenoso por persistencia de náuseas y vómitos
- Se sugiere la colocación de la sonda nasogástrica con fines de evitar la aspiración
- Monitorizar su balance hidroelectrolítico y evolución clínica cada hora
- Evaluar su evolución clínica, según la tabla n.3

**Tabla N °3: Evaluación de la deshidratación**

PLAN DE TRATAMIENTO	A	B	C
<b>I. OBSERVE:</b>			
1. Estado de Conciencia*	Alerta	Intranquilo, irritable	Letárgico o inconsciente <sup>(a)</sup>
2. Ojos <sup>(b)</sup>	Normales	Hundidos	Muy hundidos y secos
3. Boca y lengua	Húmedas	Secas	Muy secas
4. Lágrimas	Presentes	Escasas	Ausentes
5. Sed*	Bebe normal sin sed	Sediento, bebe rápido y ávidamente	Bebe mal o no es capaz de beber o lactar
<b>II. EXPLORE</b>			
6. Signo del pliegue* <sup>(c)</sup>	Desaparece de inmediato	Desaparece lentamente (menor de 2 segundos)	Desaparece muy lentamente (mayor de 2 segundos)
<b>III. DECIDA:</b>		2 ó más signos	2 ó más signos incluyendo por lo menos un "signo clave"
	<b>Sin signos de deshidratación</b>	<b>Algún grado de deshidratación</b>	<b>Deshidratación grave</b>
<b>IV. TRATE:</b>	Use Plan A	Use Plan B pese a la niña o niño	Use el Plan C pese a la niña o niño

- Administración de antibiótico por la presencia de leucocitosis > 50 por campo, polimorfonucleares: 90 %, hematíes: 20 a 30 por campo en heces
- Pase a hospitalización para su seguimiento

## Caso clínico N°2

La neumonía es una inflamación del parénquima pulmonar debido a una infección, que compromete alvéolos, pleura visceral, intersticio, vías respiratorias y estructuras vasculares. Las manifestaciones clínicas para un diagnóstico presuntivo de neumonía en niños son fiebre, tos productiva y taquipnea; en neonatos, es dificultad respiratoria, poli tirajes, quejido respiratorio y aleteo nasal. Su principal etiología es de origen viral, con mayor frecuencia en menores de 5 años, pero también puede incluir a las bacterias, en especial al neumococo. La neumonía se divide en dos tipos, la típica y atípica, lo más característico de cada una de ellas es que la primera es de mayor frecuencia y presenta signos y

síntomas específicos como la fiebre, tos productiva, crépitos y soplo tubárico; y la atípica, presenta tos no productiva, subcrépitos, sibilantes e incluso puede o no haber fiebre, con relación a los exámenes de apoyo al diagnóstico y de laboratorio, se solicitará cuando haya duda diagnóstica o mal estado general del paciente (6).

En el caso de la paciente de 14 años con antecedentes de parálisis cerebral y epilepsia, se planteó solicitar exámenes de laboratorio (hemograma, urea y creatinina) y una radiografía de tórax frontal para el descarte de la neumonía por la duda diagnóstica. De igual manera, se inició tratamiento para la crisis asmática por presencia de dificultad respiratoria y taquipnea, por lo cual, se administró salbutamol inhalatorio 6 puff cada 20 minutos en 3 ocasiones, luego cada 2 horas; se usó corticoide como la dexametasona, lamotrigina para controlar la epilepsia y oxígeno suplementario por para mantener la saturación mayor de 94 %.

Los resultados positivos de los exámenes fueron:

- **Radiografía de tórax:** presencia de infiltrado intersticial bilateral, aumento de broncograma aéreo
- **Hemograma:** hemoglobina: 9.8 g/dl, se encuentra disminuido; plaquetas: 272 000, leucocitos: 8.40/mm<sup>3</sup>, neutrófilos segmentados: 52 %, neutrófilos abastoados: 0 %, dentro del rango normal

Se reevalúa a la paciente con los resultados; sin embargo, la madre refiere persistencia de síntomas a pesar de medicación y oxígeno suplementario a través de cánula binasales a 1 Litro. Al examen físico, presenta taquipnea (Frecuencia respiratoria: 30 rpm), sibilancias y roncales difusos inspiratorios y espiratorios acompañados de tiraje intercostales, con todos esos datos se volvieron a plantear diagnósticos, son los siguientes:

- Crisis asmática moderada
- Neumonía

- Parálisis cerebral infantil por historia clínica
- Epilepsia por historia clínica

El Plan que seguir:

- Hidratación endovenosa
- Iniciar con nebulizaciones con salbutamol 13 gotas + 3 cc de solución salina cada 2 horas y suspender salbutamol inhalatorio
- Administrar antibióticos: ceftriaxona 800 mg cada 12 horas endovenoso
- Uso de antipiréticos en caso de temperaturas mayores de 38° C
- Seguir con lamotrigina 50 mg cada 12 horas por vía oral
- Continuar con oxígeno suplementario a 1 litro
- Pasa a hospitalización por presentar criterios (saturación de oxígeno menor de 92 %, dificultad respiratoria y comorbilidades)

### **3.3 Rotación en cirugía general**

#### **Caso clínico N°1**

La litiasis biliar se define como la presencia de uno a más cálculos en la vía biliar, estos cálculos se componen de sales minerales y materia orgánica que pueden llegar al colédoco, conducto hepático común e incluso rara vez a las vías biliares intrahepáticas. Los cálculos de colesterol puros o mixtos son los más frecuentes en un 80% localizado en la vesícula a comparación con los cálculos pigmentarios en un 20%, excepto en el oriente. Los factores de riesgo se dividen en adquiridos 75% (obesidad, sedentarismo, dieta hipercalórica, sobrepeso, embarazo y terapia hormonal) y genéticos 25 % (antecedentes familiares de primer grado, sexo femenino y polimorfismo genéticos). Su prevalencia es alta debido al aumento de la esperanza de vida y mayor incidencia de la obesidad y Síndrome metabólico afectando en un 10 a 15 % a la población adulta occidental. La

principal manifestación clínica es el dolor biliar de inicio brusco y posprandial por el consumo de una dieta hipercalórica, además, es un síntoma específico de cálculo biliar sintomático. Cuando se acompaña de otros signos o síntomas como

la fiebre, náuseas o vómitos, sudoración y escalofríos se sugiere asociar con una complicación como la colecistitis o incluso una pancreatitis. El diagnóstico se realiza mediante la ecografía abdominal en ayunas, donde se aprecia cálculos móviles en forma de ecos hiperdensos y con un reforzamiento con una sombra acústica en el lado posterior. El tratamiento de la litiasis de la vía biliar es la colecistectomía laparoscópica o esfinterotomía endoscópica (7).

La paciente con antecedentes de diabetes *mellitus* e hipertensión arterial, ingresa a hospitalización por consultorio externo de cirugía general para su programación de colecistectomía laparoscópica, ya que cuenta con riesgos quirúrgicos completos de cardiología y neumología; sin embargo, se planteó lo siguiente:

- Se solicitan exámenes de laboratorio (hemograma, urea, creatinina, glucosa, perfil de coagulación, grupo y factor, perfil hepático y examen de orina) y ecografía abdominal
- Solicitar interconsulta con Anestesiología
- Programar a la paciente para su cirugía
- Colocar vía periférica permeable y contar con materiales para la cirugía
- Control de funciones vitales
- Esperar llamado para sala de operaciones

Los resultados positivos del laboratorio son

### **Hemograma**

- Leucocitos: 5 000
- Hemoglobina: 12.3 g/dl
- Plaquetas: 239 000
- Neutrófilos segmentados: 54.6 %
- Neutrófilos abastionados: 0 %

### **Perfil de coagulación**

- tiempo de coagulación: 6 min 0 segundos
- tiempo de sangría: 2 minutos 0 segundos

### **Perfil hepático**

- TGO: 25 U/L
- TGP: 17 U/L
- Fosfatasa alcalina: 186
- Bilirrubina total: 0.6 mg/dl
- Bilirrubina indirecta: 0.2 mg/dl
- Bilirrubina directa: 0.2 mg/dl

### **Bioquímica**

- Glucosa: 78 mg/dl
- Urea: 28 mg/dl
- Creatinina: 0.6 mg/dl

**Ecografía abdominal superior:** presencia de una vesícula biliar de 82 x 30 mm colapsada de paredes anterior y posterior regulares y lisas, contiene bilis sin ecos, presencia múltiple de cálculos siendo la mayor 15 mm, otra de 12 mm y la más pequeña hasta 4 mm, ausencia de líquido libre peri vesicular.

Con base en los exámenes clínicos y de laboratorio, se decide intervención quirúrgica, con diagnóstico de litiasis vesicular

**Diagnóstico preoperatorio:** litiasis vesicular

**Diagnóstico post operatorio:** colecistitis crónica calculosa

**Operación realizada:** colecistectomía laparoscópica

**Hallazgos en la operación:** se encontró Síndrome adherencial: adherencias laxas y firme de peritoneo parietal hacia el epiplón mayor hígado, duodeno y

vesícula biliar. La vesícula biliar de 10 x 4 x 6 cm con paredes engrosadas empotradas al lecho hepático conteniendo múltiples cálculos.

### **Plan de trabajo:**

- Nada por vía oral hasta 6 horas, luego iniciar tolerancia oral

- Vía salinizada
- Ceftriaxona 1 gramo cada 12 horas endovenoso
- omeprazol 40 mg cada 24 horas endovenoso
- Tramadol 100 mg + dimenhidrinato 50 mg +NaCl 0.9 % 100 cc, todo cada 8 horas endovenoso
- Dextrosas 33.3 % 4 ampollas si glucemia por debajo de 70
- Hemogluco test cada 8 horas
- Iniciar escala móvil de insulina R
- Metformina 850 mg cada 24 horas por vía oral
- Captopril 25 mg cada 12 horas por vía oral
- Control de drenaje en hoja aparte
- Deambulaci3n asistida
- Curaci3n de herida operatoria

## **Caso clínic3 N°2**

La eventraci3n abdominal es una protrusi3n o prolapso del peritoneo que puede o no contener vísceras o tejidos, sobresale a trav3s de una apertura musculo aponeur3tica patol3gica producto de una cirugía abdominal, esto puede deberse al aumento de la presi3n intraabdominal o secundaria a una infecci3n (8). Estas eventraciones son defectos parietales que llevan a la retracci3n y engrosamiento de m3sculos abdominales laterales, provocando una disminuci3n de longitud y la capacidad de la pared abdominal para contener vísceras, resultando en la herniaci3n a trav3s del defecto del peritoneo.

El tratamiento consiste en realizar una intervenci3n quir3rgica para el cierre del defecto del peritoneo y va a depender del tamaño del defecto, si son eventraciones con un anillo menor de 5 cm se podr3 realizar la hernioplastia simple, pero si son de mayor tamaño es necesario la colocaci3n de material prot3sico (9).

La paciente ingresa a hospitalizaci3n por consultorio externo debido a la presencia de una masa palpable de 10 x 15 cm localizado en cuadrante inferior

izquierdo que no se reduce manualmente y no presenta cambios de coloración en la piel. Paciente cuenta con riesgos quirúrgicos completos tanto de cardiología como neumología, riesgo tipo 2 en ambos.

El plan por seguir es lo siguiente:

- Solicitar interconsulta con Anestesiología para indicaciones
- dieta blanda con fibra + líquidos a voluntad
- colocación de vía periférica permeable
- Administración de antibiótico: cefazolina 1 gramo antes de ingresar a sala de operaciones
- Control de funciones vitales
- Pendiente programación para sala de operaciones

**Diagnóstico preoperatorio:** eventración abdominal

**Diagnóstico post operatorio:** eventración abdominal

**Operación realizada:** laparotomía exploratoria, eventrorrafia, drenaje tubular y liberación de adherencias

**Hallazgos en la operación:** se encontró un defecto congénito tabicado de 15 x 20 cm con un contenido de asas intestinales delgadas, además se encontró líquido seroso de 200 cc aproximadamente.

Después de la operación, la paciente niega alguna molestia, refiere encontrarse tranquila, al examen físico se observa la cicatriz infraumbilical de aproximadamente 10 cm sin signos de flogosis o secreciones purulentas. Se actualizó su plan de trabajo por lo siguiente:

- Nada por vía oral hasta 6 horas, luego iniciar tolerancia oral
- NaCl 0.9 % 1000 cc endovenoso (35 gotas por minuto)
- Omeprazol 40 mg endovenoso cada 24 horas
- Ceftriaxona 2 gramos endovenoso cada 8 horas

- Tramadol 100 mg + dimenhidrinato 50 mg +NaCl 0.9 % 100 cc, todo cada 8 horas endovenoso
- Metamizol 1.5 gramos endovenoso condicional al dolor
- Control de funciones vitales y monitoreo de balance hidroelectrolítico
- Control de drenaje en hoja aparte
- Uso de faja operatoria a la deambulaci3n

### **3.4 Rotaci3n en ginecolog3a y obstetricia**

#### **Caso cl3nico N.º1**

El embarazo ect3pico ocurre cuando el 3vulo fecundado se implanta fuera de la capa endometrial del 3tero, pero no es sin3nimo de embarazo extrauterino. Se localiza con mayor frecuencia en la regi3n ampular de la trompa de Falopio en un 90% y con menor frecuencia en un 10 % en el 3stmico, ov3rico, intramural, cervical y abdominal. Con respecto a su frecuencia, se menciona que, por cada 1000 embarazos confirmados, 20 son ect3picos. En Estados Unidos, se pudo observar una prevalencia de 1 a 2 % de embarazos ect3picos y 2.7 % en embarazos ect3picos rotos. Es de gran importancia su manejo debido a que es la primera causa de muerte materna durante el primer trimestre del embarazo. Los procesos que favorecen la mala implantaci3n son la cirug3a tub3rica previa, enfermedad p3lvica inflamatoria, S3ndrome adherencial severo, defectos cong3nitos de las trompas, endometriosis y uso de dispositivo intrauterino. Dentro de sus manifestaciones cl3nicas, podemos encontrar presencia de sangrado vaginal, que generalmente no es abundante y puede o no estar presente; y el dolor p3lvico, es el s3ntoma m3s com3n. El diagn3stico se basa en realizar una buena historia cl3nica para conocer sus antecedentes o factores de riesgos que predisponer esta patolog3a, es necesario interrogar si tuvo amenorrea, sangrado vaginal y dolor p3lvico intenso, los cuales nos indicaría que estamos ante un embarazo ect3pico y para descartar se puede solicitar ex3menes como la prueba de hormona gonadotropina cori3nica humana subunidad beta cualitativa y ecograf3a transvaginal. Cuando se complica el embarazo ect3pico, se denomina embarazo ect3pico roto donde se encuentra a la paciente en mal estado general

por el shock hipovolémico, la cual debe ser manejada de manera inmediata y activarse la clave roja. El tratamiento puede ser tanto médico como quirúrgico, en el primero existen criterios (embrión inactivo, hemodinámicamente estable, líquido libre <100 cc, B HCG <5000 UI y saco gestacional <4cm) para el uso de metotrexato; y el quirúrgico, depende si es o no un embarazo estable (ectópico no roto) que está indicado laparoscopia e inestable (ectópico roto) se realiza laparotomía (10).

La paciente ingresa con antecedentes de amenorrea y sintomatología presuntiva de un embarazo ectópico, además se suma los resultados de su ecografía vaginal que se encontró una imagen compatible que confirma el embarazo ectópico en trompa derecha, se solicitaron exámenes de laboratorio.

Los resultados del laboratorio:

- Hemoglobina: 11.6 g/dl
- Hematocrito: 34.7 %
- Prueba de hormona gonadotropina coriónica humana subunidad beta cualitativa: 409.00 mIU/ml (positivo)
- Grupo y factor sanguíneo: o positivo
- Tiempo de coagulación 6 minutos 0 segundos

A la reevaluación, la paciente refiere incremento súbito del dolor en hemiabdomen inferior que no cede. Al examen físico, presenta dolor a la palpación en fosa iliaca derecha, Mc Burney y Bloomberg negativos.

Con base en los exámenes clínicos y de laboratorio, se decide intervención quirúrgica, con diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico complicado

**Diagnóstico preoperatorio:** embarazo ectópico

**Diagnóstico postoperatorio:** embarazo ectópico

**Operación realizada:** laparotomía exploratoria

**Hallazgos en la operación:** útero de 7 cm aproximadamente, trompa derecha de 5 cm con abultamiento en 1/3 distal con contenido hemorrágico más tejido trofoblástico y evidencia de haber sangrado a nivel de fimbrias. El ovario derecho blanco nacarado de 3 x 2 cm y el ovario izquierdo de 2 x 2 cm, trompa izquierda de 5cm, hemoperitoneo 100 cc y sangrado cuantificado de 300 CC.

El plan de trabajo fue el siguiente:

- Dieta líquida amplia
- NaCL 0.9 % 1000 cc 30 gotas por minuto
- ketoprofeno 100 mg cada 8 horas endovenoso
- Tramadol 50 mg subcutáneo condicional al dolor intenso
- Retiro de sonda Foley
- curación de herida operatoria

## **Caso clínico N°2**

La amenaza de parto pretérmino se define como la presencia de tres criterios, los cuales son la dilatación cervical menor de 3 cm, borramiento menor de 50 % y membranas intactas desde la semana 22 hasta la semana 36.6 de gestación. Los factores de riesgo son vaginosis bacteriana, infección del tracto urinario, peso materno, periodos intergenésicos cortos menores de 2 años, tabaco, antecedente de partos pretérmino, sangrado en el primer trimestre, edad materna avanzada y embarazo múltiple. El diagnóstico se basa en realizar una buena historia clínica, interrogando a la paciente sobre sus antecedentes patológicos y síntomas que presenta durante su embarazo, el examen físico será de gran ayuda para

descartar alguna otra causa de la dinámica uterina y del dolor, y de la misma manera monitorear al producto de la gestación mediante su frecuencia cardiaca, altura uterina, con respecto al tacto vaginal será estrictamente necesario si hay dudas ecográficas o sospechas de un inicio de trabajo de parto (11).

En este caso, la paciente con gestación gemelar que acude con un tiempo de enfermedad de 1 día, por contracciones uterinas y durante el examen físico presentó altura uterina 38 cm, dinámica uterina ausente, latidos cardiacos fetales

dentro de lo normal y el tacto diferido. Por esta razón, se inició tocolisis para atenuar las contracciones con el nifedipino 20 mg por vía oral, también se inició por la edad gestacional la maduración pulmonar para ambos fetos mediante betametasona 12 mg cada 24 horas en dos dosis por vía intramuscular y se solicitó monitoreo obstétrico estricto, interconsulta con neonatología y pasa a hospitalización en alto riesgo obstétrico por amenaza de parto pretérmino, edad materna avanzada y cesárea anterior una vez. Asimismo, en los resultados de laboratorio se encontró una hemoglobina alterada de 9.2 g/dl.

El plan de trabajo en alto riesgo obstétrico fue lo siguiente:

- Dieta blanda y líquidos a voluntad
- NaCl 0.9 % 1000 cc 45 gotas por minuto
- Betametasona 12 mg cada 24 horas (completar las dos dosis)
- Nifedipino 20 mg por vía intramuscular de manera inmediata, luego 10 mg cada 20 minutos por 3 días, después cada 8 horas
- Hierro sacarato 2 ampollas más NaCL 0.9 % 250 cc endovenoso por 1 hora
- Control de funciones vitales y control obstétrico estricto
- Reposo absoluto
- interconsulta con Neonatología
- Se solicita riesgos quirúrgicos de cardiología y neumología
- se solicita pruebas cruzadas

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

En resumen, el internado médico es indispensable y de gran importancia al momento de constituir y consolidar conocimientos que previamente se han visto

en los primeros años de la carrera de medicina humana. Además de, desarrollar una relación médico paciente durante su estancia en el hospital.

El inicio del presente internado médico comenzó desde el primer día de marzo 2023 al último día de enero 2024, contó con un lapso de 10 meses aproximadamente, fue realizado en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, siendo un establecimiento de salud de categoría III. Se hicieron cuatro rotaciones dentro de ellas se encontraba cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría y medicina interna.

Durante la elección de la sede hospitalaria, el interno por orden de mérito y según la disponibilidad del número de plazas que ofrece el hospital, puede escoger en cual pertenecer y realizar sus prácticas preprofesionales con una duración de 10 meses aproximadamente.

Dentro de cada rotación, el interno de medicina tiene responsabilidades y tareas ya establecidas dentro de cada servicio del hospital y es compromiso de los residentes y asistentes de encaminar al estudiante de último año de carrera, mediante la transmisión de información con respecto al funcionamiento del establecimiento de salud. Asimismo, mediante la práctica diaria puede ya detectar síntomas y signos de una determinada enfermedad para así, llegar a un diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; sin embargo, no debemos restar importancia a la relación médico paciente, ya que es un gran pilar para la adherencia al tratamiento.

## **V. CONCLUSIONES**

1. El internado médico en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales fue una experiencia enriquecedora para la práctica preprofesional del estudiante de medicina en el último año de la carrera, debido a que en los años anteriores no se logró asistir de manera continua a los establecimientos de salud a causa de la emergencia sanitaria, con una duración de 10 meses, con el objetivo de fortalecer y fijar conocimientos adquiridos en cada rotación, para que el próximo futuro profesional médico cirujano pueda manejar cualquier tipo de emergencia o circunstancia que se le presente en consulta, ya sea en el SERUM o en su vida diaria cómo profesional.
2. Durante la formación del interno de medicina, se pudo desarrollar una relación interpersonal con los pacientes en el establecimiento de salud mediante la comunicación y empatía, cabe resaltar que es de gran importancia entablar una buena relación médico paciente por que garantizaría una mejoría continua y adherencia al tratamiento, debido a que el paciente mostraría mayor interés en la recuperación de su salud.
3. Con respecto a las actividades académicas brindadas por el personal docente y profesional médico, existieron algunas rotaciones que mantenían un sistema de evaluación que constaba de exposiciones de teorías y casos clínicos vistos en el desarrollo de nuestras prácticas preprofesionales; sin embargo, otras rotaciones no contenían el mismo énfasis de evaluación, por lo que, desde mi perspectiva considero pertinente implementar un sistema de evaluación de aprendizaje en dichas rotaciones, a fin de que el interno de medicina pueda concretar sus conocimientos con la práctica.

## VI. RECOMENDACIONES

1. El internado médico es la última etapa de la formación del profesional, pero, así como también es la primera vez, donde el estudiante de medicina ingresa al hospital para estar a tiempo completo, por eso es de gran importancia que exista la posibilidad que en las universidades se implemente el externado en el penúltimo año para mejorar su desenvolvimiento en el hospital.
2. En cada rotación, se realiza la exposición de casos clínicos por parte del interno, donde se explican con qué síntomas y signos acudió el paciente, cuál fue el manejo que se realizó y se discute si fue la mejor opción, pero al mismo tiempo, también debería haber seminarios donde el asistente pueda hacer actividades académicas sobre teorías para la fijación de conceptos.
3. Por otra parte, se conoce que la mayoría de los hospitales del estado sufren de escasez en todo su aspecto, ya sea en mejoras de infraestructura, equipamiento e insumos, por ese motivo se recomienda que el Ministerio de Salud y las grandes autoridades hagan algo respecto como implementar equipos médicos modernos que mejoren el diagnóstico, proveer de medicamentos en las farmacias y reactivos en los laboratorios, ya que entorpecen y dificultan la atención sanitaria en pacientes que la necesiten.

## VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Nuestra Historia [Internet]. Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Portal Institucional. [citado 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://portal.hnseb.gob.pe/resena-historica/>
2. Plan de gestión de la calidad del Hospital Sergio E. Bernales.pdf [Internet]. [citado 15 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://hnseb.gob.pe/repositorio-principal/resoluciones-directorales/2022/RD2022-033.pdf>
3. Arias-Rodríguez Fabián Darío, Jiménez-Valdiviezo Milton Andrés, del Cisne-Ríos-Criollo Katherine, Murillo-Araujo Gabriela Patricia, Toapanta-Allauca
4. David Santiago, Rubio-Laverde Katherin Andrea et al. Pie diabético. Actualización en diagnóstico y tratamiento. Revisión bibliográfica. Angiología [Internet]. 2023 Ago. [citado 2024 Mar 19] ; 75( 4 ): 242-258. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0003-31702023000400006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0003-31702023000400006&lng=es). Epub 27-Nov-2023. <https://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00474>.
5. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda [Internet]. [citado 20 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://actagastro.org/actualizacion-en-el-manejo-inicial-de-la-pancreatitis-aguda/>
6. MINSA. Guía de práctica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño [citado 19 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666\\_RM\\_N\\_C\\_2\\_B0\\_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llq4ky.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C_2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llq4ky.pdf)
7. MINSA. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de neumonía en la niña y el niño [Internet]2019. [citado 20 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4931.pdf>

8. Corpechot C, Pariente A. Litiasis biliar. EMC - Tratado Med. 1 de marzo de 2024;28(1):1-10 [Internet]2024. [citado 20 de marzo] Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(23\)48738-7](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(23)48738-7).
9. Boulliot JL, Servajean S, Pozzo A, Akkash Y. Eventrations de la paroi abdominale [Eventration of the abdominal wall]. Rev Prat. 2003 Oct 15;53(15):1677-82. French. PMID: 14689914. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14689914/>
10. Díez Vigil JL, Barquero Dueñas P, Domínguez Bastante M, Mohamed Chiari MH, Gómez Arroyo A, Mansilla Roselló A. Neumoperitoneo preoperatorio en la preparación quirúrgica de las eventraciones complejas. Rev Hispanoam Hernia. 2023;11(2):83-91. Disponible en: [\[http://dx.doi.org/10.20960/rhh.00389\]](http://dx.doi.org/10.20960/rhh.00389)
11. Martínez Rodríguez, N. A., Bravo Mosquera, D. E., Suárez Lescano, H. B., Cuadrado Suárez, E. A., & Velásquez López, G. F. (2023). Diagnóstico y manejo del embarazo ectópico: revisión de la literatura. Journal of American Health, 6(1). Disponible en: <https://doi.org/10.37958/jah.v6i1.159>
12. Guia de Asistencia Practica-Parto\_pretermino\_2020.pdf [Internet]. [citado 20 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto\\_pretermino\\_2020.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf)

**ANEXOS**

## ANEXO N.º1

### Clasificación de la Universidad de Texas

Estado / Grado	0	1	2	3
A	Lesión preulcerosa o posulcerativa completamente epitelizada	Herida superficial que no involucra al tendón, a la cápsula o al hueso	Herida que penetra en el tendón o en la cápsula	Herida que penetra en el hueso o en la articulación
B	Con infección	Con infección	Con infección	Con infección
C	Con isquemia	Con isquemia	Con isquemia	Con isquemia
D	Con infección e isquemia	Con infección e isquemia	Con infección e isquemia	Con infección e isquemia

## ANEXO N.º2

Esquema de administración de tratamiento endovenoso con deshidratación grave sin shock

Edad	Primero administrar 30 ml/kg en:	Luego administrar 70 ml/kg en:
Lactantes (menos de 12 meses)	1 hora <sup>b</sup>	5 horas
Pacientes de más de 12 meses	30 minutos <sup>b</sup>	2 ½ horas

### ANEXO N.º3

#### Evaluación de la deshidratación

PLAN DE TRATAMIENTO	A	B	C
<b>I. OBSERVE:</b>			
1. Estado de Conciencia*	Alerta	Intranquilo, irritable	Letárgico o inconsciente <sup>(a)</sup>
2. Ojos <sup>(b)</sup>	Normales	Hundidos	Muy hundidos y secos
3. Boca y lengua	Húmedas	Secas	Muy secas
4. Lágrimas	Presentes	Escasas	Ausentes
5. Sed*	Bebe normal sin sed	Sediento, bebe rápido y ávidamente	Bebe mal o no es capaz de beber o lactar
<b>II. EXPLORE</b>			
6. Signo del pliegue* <sup>(c)</sup>	Desaparece de inmediato	Desaparece lentamente (menor de 2 segundos)	Desaparece muy lentamente (mayor de 2 segundos)
<b>III. DECIDA:</b>		2 ó más signos	2 ó más signos incluyendo por lo menos un "signo clave"
	<b>Sin signos de deshidratación</b>	<b>Algún grado de deshidratación</b>	<b>Deshidratación grave</b>
<b>IV. TRATE:</b>	Use Plan A	Use Plan B pese a la niña o niño	Use el Plan C pese a la niña o niño