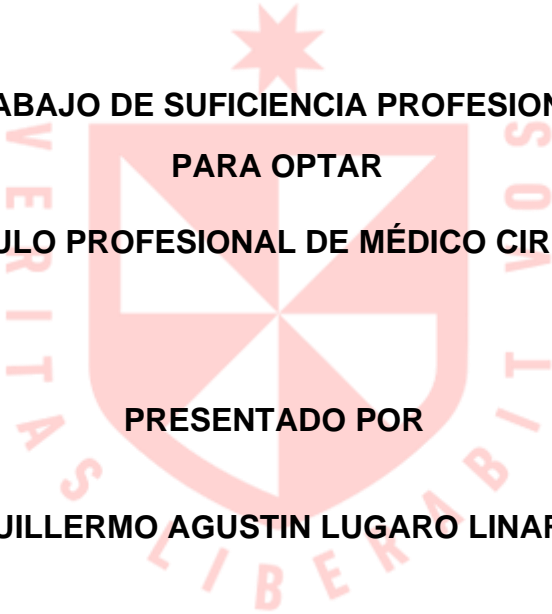


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL LIMA
ESTE VITARTE ABRIL 2023 FEBRERO 2024**



**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR
GUILLERMO AGUSTIN LUGARO LINARES**

ASESOR

JOHAN EDUARDO MEDRANO ALVAREZ

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 EN EL HOSPITAL
LIMA ESTE VITARTE ABRIL 2023 FEBRERO 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR:

GUILLERMO AGUSTIN LUGARO LINARES

ASESOR:

M. E. JOHAN EDUARDO MEDRANO ALVAREZ

LIMA – PERU

2024

JURADO

Presidente: DR. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: DR. JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro: DR. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

A mis padres, Guillermo Lúgaro y Patricia Linares, que me guiaron por el camino correcto para poder lograr todas mis metas, a mis abuelos, por su cariño y amor incondicional, a mis hermanas Belén y Valeria, por su apoyo y cariño, a la Dra. Estephani Encalada Torres, por su amor y consejos, que hacen que pueda seguir trazando mis metas

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Johan Medrano Álvarez, médico especialista del servicio de cirugía general del Hospital Lima Este Vitarte, por su asesoría en el presente trabajo

A todos los médicos residentes y asistentes que me guiaron y enseñaron durante la etapa del internado medico

ÍNDICE

DECLARATORIA

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE

RESUMEN

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

TÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

TÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA
EXPERIENCIA

TÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

TÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA:

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

RESUMEN

Objetivos: Describir el trabajo del estudiante de medicina humana en el séptimo año de la carrera universitaria en nuestro país, lo que equivale a las experiencias preprofesionales en otras escuelas profesionales.

El internado es una oportunidad de práctica constante, crecimiento personal y profesional, por el cual, los futuros profesionales de la salud confirman los conocimientos que han aprendido a lo largo de la formación académica para poder desenvolverse como médicos cirujanos.

Material y métodos.-En este trabajo se presentará aprendizajes construidos durante el internado en el Hospital Lima Este Vitarte, incluyendo el desarrollo de ocho casos clínicos en las especialidades de Cirugía, Pediatría, Gineco-obstetricia y Medicina interna. Se incluye una breve reseña sobre el Hospital Lima Este Vitarte y las funciones que realizan los internos durante su horario laboral.

Resultados.-Se destaca la importancia del internado médico como una etapa esencial que va más allá de lo teórico y práctico, ya que sensibiliza al futuro médico, fomenta el desarrollo de valores y virtudes como el respeto y la empatía hacia el paciente y su familia, mejora el desempeño laboral, promueve habilidades de trabajo en conjunto y liderazgo para el futuro médico.

Conclusiones: La etapa del internado medico es un periodo crucial y determinante para la formación completa del futuro profesional de la salud

Palabras clave: Internado médico, casos clínicos, futuro médico

ABSTRACT

Objectives: Describe the work of the human medicine student in the seventh year of the university career in our country, which is equivalent to the pre-professional experiences in other professional schools.

The internship is an opportunity for constant practice, personal and professional growth, through which future health professionals confirm the knowledge they have learned throughout their academic training to be able to perform as surgeons.

Methods: In this paper we will present the lessons learned during the internship at the Hospital Lima Este Vitarte, including the development of eight clinical cases in the specialties of Surgery, Pediatrics, Gynecology, Obstetrics and Gynecology and Internal Medicine. A brief description of the Hospital Lima Este Vitarte and the functions performed by the interns during their working hours is included.

Results: The importance of the medical internship is highlighted as an essential stage that goes beyond the theoretical and practical, since it sensitizes the future physician, fosters the development of values and virtues such as respect and empathy towards the patient and his family, improves work performance, promotes teamwork skills and leadership for the future physician.

Conclusions: The stage of the medical internship is a crucial and determining period for the complete formation of the future health professional.

Keywords: Medicine Interno, clinic casus, medic future

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO
MÉDICO EN EL HOSPITAL LIMA ESTE
VITARTE ABRIL 2023 FEBRERO 2024

AUTOR

GUILLERMO AGUSTIN LUGARO
LINARES

RECUENTO DE
PALABRAS

8503 Words

RECUENTO DE CARACTERES

49228 Characters

RECUENTO DE
PÁGINAS

41 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

102.6KB

FECHA DE ENTREGA

Sep 4, 2024 9:44 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Sep 4, 2024 9:44 AM GMT-5

● 13% de similitud general

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

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

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



DNI: 03667079
ORCID: 0000-0002-0177-381X
MEDRANO ALVAREZ, JOHAN EDUARDO

INTRODUCCION

El internado de la carrera de medicina humana comenzó el primero de mayo del 2023, en el Hospital Lima Este Vitarte, que es considerado un hospital nivel II-2, que tiene como dirección la avenida José Carlos Mariátegui 364, en el distrito de Ate. El último periodo de la formación académica del estudiante de medicina humana es el internado médico y su importancia que radica en el interno frente a situaciones donde todos sus conocimientos adquiridos durante seis años son puestos a prueba y consolidan sus valores como persona y futuro profesional de la salud.

Durante diez meses que fue la duración del internado médico, se realizaron las rotaciones por las cuatro especialidades, que todo médico cirujano debe conocer, estas especialidades son: Pediatría, Cirugía general, Medicina interna y Ginecología-obstetricia

El internado médico comenzó en el servicio de pediatría, donde se evalúa el crecimiento y desarrollo de los pacientes pediátricos. En el área de emergencia se diagnostican y manejan diversas patologías como: cuadros agudos de asma, infecciones respiratorias de distintas etiologías, reacciones alérgicas, diarreas agudas o subagudas, enfermedades exantemáticas, entre otras.

En el servicio de neonatología, se realiza la atención inmediata a los recién nacido cuantificando los latidos al primer minuto de vida, aspirado de secreciones o lo necesario según la edad gestacional, además de calcular su Apgar y Capurro, realizando profilaxis oftálmica y aplicación de vitamina K intramuscular, se hace la evolución a las dos horas de nacido, tamizaje neonatal y aplicar el esquema de vacunación. Se debe enfatizar en reconocer los signos de alarma que podría hacer sospechar de enfermedades como sepsis neonatal, síndromes de dificultad respiratoria, infecciones víricas, hipoglicemia neonatal o malformaciones gastrointestinales tomando en cuenta los factores de riesgo materno.

La segunda especialidad fue en el servicio de Cirugía General, en donde se afianza el conocimiento y se aprende a reconocer cuando es necesario un

abordaje quirúrgico, por ejemplo, apendicitis aguda, obstrucción intestinal, coledocolitiasis,

colecistitis aguda, colangitis, hernias inguinales directas e indirectas, eventraciones, entre otras. Otra función es realizar las suturas en la sala de emergencias con la supervisión de los médicos residentes y asistentes. También fue posible entrar a sala de operaciones y asistir al cirujano durante el acto quirúrgico, además de reconocer posibles complicaciones post operatorias de cada patología y prevenirlas.

La tercera rotación se efectuó en el servicio de Gineco-Obstetricia, en donde la función del interno se divide en tres grandes bloques: hospitalización, en donde se evoluciona y se pasa visita médica a las púerperas, gestantes con alto riesgo obstétrico y pacientes programadas para cirugías pélvicas; otra área por la cual se rota es el Centro obstétrico, aquí el interno de medicina puede poner en práctica la técnica para atender partos, también se realiza el control de las púerperas inmediatas dos horas después del parto para identificar una posibles complicaciones. Finalmente, se rota también por el tópico de emergencia, en donde acuden gestantes por molestias urinarias, sangrados en la primera y segunda mitad del embarazo o también pacientes que están próximas a iniciar trabajo de parto o durante el mismo.

Finalmente, el internado medico culmina con la pasantía en medicina interna, donde la atención se enfoca en la anamnesis y un correcto examen físico. Las patologías más frecuentes que se tratan en dicho servicio son: la hipertensión arterial, descompensaciones por diabetes mellitus, enfermedades infecciosas sistémicas, pulmonares, urinarias, entre otras.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Seguidamente, se presentarán ocho casos clínicos que permitieron desarrollar el aprendizaje en manejo y terapéutica en el transcurso de las cuatro rotaciones del internado de medicina humana.

I.1 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Fue la rotación con la que se comenzó el internado, tuvo inicio el 01 de abril del 2023 y terminó el 31 de mayo del 2022

Caso clínico N°1

Es un paciente preescolar varón de 6 años que acude a la emergencia del HLEV con su madre, quien refiere un tiempo de enfermedad de 1 día, que se caracteriza por dificultad respiratoria, disnea y fiebre que se cuantifica en 39°C que remite con antipiréticos y medios físicos. Después de 8 horas de inicio del cuadro se agregan náuseas y vómitos.

Funciones Vitales:

Presión arterial: 110/60mmHg, Frecuencia cardiaca: 145 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 34 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno: 90%, temperatura: 39°C

Examen físico:

-Piel y faneras: Piel caliente, hidratada y elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis o ictericia, signo del pliegue negativo.

-Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

- Tórax y pulmones: se evidencia tirajes infraclaviculares e intercostales (+++/+++), murmullo vesicular pasa disminuido en ambas bases pulmonares, se auscultan sibilantes y subcrepitos en bases pulmonares.

- Abdomen: levemente distendido, simétrico, ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda,

timpanismo conservado.

- Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo. Puntos renoureterales negativos

-Neurológico: Despierto, reactivo a estímulos, interactúa con el entorno.

Se da el diagnóstico presuntivo de:

- Crisis asmática severa
- Neumonía viral vs atípica

Plan de trabajo:

- Se solicita radiografía de tórax, hemograma completo, PCR, AGA
- Reevaluar con resultados

Reevaluación:

Se obtienen los resultados de exámenes auxiliares:

Radiografía de tórax: Signo de atrapamiento de aire, consolidación perihiliar derecha y patrón intersticial apical derecho.

Hemograma: leucocitos: 12.300 x mm³ plaquetas: 346.000 x mm³, hemoglobina: 14.9 gr/Dl, al momento de la solicitud de PCR no se contaba con reactivo en el hospital.

Análisis de Gases Arteriales: PH: 7.31, PO₂: 103 mmHg, PCO₂: 36 mmHg , PaFIO₂: 375, HCO₃: 18.6 mEq/L

Dados los resultados se decide la hospitalización del paciente para recibir soporte oxigenatorio, antibioticoterapia con Ceftriaxona 920mg endovenoso cada doce horas, azitromicina 200mg/5ml: 6ml vía oral cada 24 horas, dicha antibioticoterapia durante 5 días. Además, se proporciona terapia de rescate con salbutamol vía inhalatoria 4cc cada 20 minutos por 3 veces y luego cada dos horas.

En el quinto día hospitalario se evidencia que el paciente ha presentado mejoría clínica y que la temperatura se mantenía por debajo de los 37.5°C y

se solicita un nuevo control de hemograma que arroja los siguientes resultados:

Leucocitos: 6.190 x mm³, Plaquetas: 346.000 x mm³, Hemoglobina: 14.5 gr/dl.

Presentando dichos valores laboratoriales, además de cumplir con la terapéutica, se decide culminar el tratamiento, citando al paciente en 7 días posterior al alta médica para monitoria y valorar evolución por consultorio externo de pediatría del HLEV.

Caso clínico N°2

Es un lactante de 1 mes de vida de sexo femenino quien es traído por su madre a la emergencia del HLEV, refiriendo que los síntomas comenzaron hace 5 días caracterizada por aumento de temperatura corporal que cede a antipiréticos, heces líquidas sin sangre ni moco, disminución de agarre y succión de lactancia. Doce horas antes del ingreso los cuadros febriles persisten y no ceden a antipiréticos, motivo por la cual es traída a la emergencia.

Funciones Vitales:

Presión arterial: No evaluado, Frecuencia respiratoria: 35 respiraciones por minuto, Frecuencia cardiaca: 135 latidos por minuto, Saturación de oxígeno: 96%, Temperatura corporal: 38.6°C

Examen físico: Regular estado general, regular estado de hidratación y nutrición.

- Piel y faneras: piel caliente, elástica e hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no se evidencia ictericia o cianosis
- Cabeza y cuello: normocéfalo, fontanelas normotensas, cuello cilíndrico y móvil, no masas palpables.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

- Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Abdomen: simétrico, no distendido, ruidos hidroaéreos positivos, blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda
- Urogenital: diferido.
- Neurológico: despierta, reactiva a estímulos.

El diagnóstico presuntivo que se planteó fue:

- Pielonefritis Aguda.

Plan de trabajo:

- Solicitar Hemograma, electrolitos séricos, Proteína C Reactiva, sedimento urinario + urocultivo.
- Reevaluar con resultados.

Se obtienen resultados de hemograma: leucocitos: 4.280 x mm³, linfocitos: 46.2% Hb: 9.3 g/dL. En la reevaluación se diagnostica anemia y leucopenia.

Examen de orina: leucocitos: 30-40 x campo, esterase leucocitaria positiva.

Con estos resultados se decide hospitalizar al paciente administrando Ceftriaxona 184mg endovenoso cada doce horas. Durante la hospitalización se solicita ecografía renal, la cual informa riñones ecográficamente conservados, asimismo, se solicita reacción inflamatoria en heces que tiene como resultado: 2-4 leucocitos por campo. El urocultivo tiene como resultado cultivo polimicrobiano.

Al tercer día de hospitalización se solicitan controles laboratoriales los cuales tienen los siguientes resultados: Urea: 11 mg/dL, Cr: 0.67 mg/dL; hemograma: leucocitos: 5.600x mm³, segmentados: 12.8%, Hb: 8.4 gr/dl, plaquetas: 400.000 x mm³. Debido a la mejoría clínica y laboratorial de la paciente continua con tratamiento antibiótico con Ceftriaxona hasta cumplir diez días de dosis efectiva. Luego de eso se plantea el alta médica y monitoreo y seguimiento de evolución por consultorio externo de pediatría en siete días.

I.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

La pasantía por el servicio de cirugía general tuvo comienzo el 1 de agosto y concluyó el 30 de setiembre del 2023. En este periodo se rotó tanto por hospitalización y tópicos de emergencia. Además, se llevaron a cabo rotaciones por distintas especialidades quirúrgicas nombradas más adelante.

Caso clínico N°1:

Se trata de una paciente mujer de 29 años procedente de Lima, quien es traída a la emergencia refiriendo inicio de síntomas hace 10 horas con forma de inicio insidioso y curso progresivo, que se caracteriza por dolor abdominal en región periumbilical de leve intensidad. Nueve horas antes acudir al hospital, el dolor migra a la fosa iliaca derecha e incrementa de magnitud, por lo que acude al nosocomio.

Funciones vitales:

Presión arterial: 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca: 78 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 12 respiraciones por minuto. Temperatura: 36°C, saturación de oxígeno: 98%

Examen físico:

Examen general: buen estado general, buen estado de nutrición

- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar menor a 2 segundos
- Cabeza y cuello: normocéfalo. Cuello móvil. No se palpan masas ni adenopatías.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitorax. No se auscultan roncales.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad. No se auscultan soplos.
- Abdomen: simétrico. No globuloso. No cicatrices. Ruidos hidroaéreos presente a razón de 6 por minuto. Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. Mc Burney (+). Blumberg (+). Lanz (+). Rovsing (+). Timpanismo conservado.

- Neurológico: Orientada en tiempo, espacio y persona, no signos de focalización. EG: 15/15.

Exámenes auxiliares:

Ecografía abdominal inferior: Se aprecia imagen cilíndrica de 36 mm x 10 mm x 9.4 mm, sin peristaltismo, con dolor a la presión del transductor con ligero incremento del tejido adiposo del mesenterio adyacente. Se aprecia liquido en fondo de saco de Douglas. Como conclusión, existen signos ecográficos sugerentes de proceso apendicular agudo

Hemograma: leucocitos: 5.610 x mm³, segmentados: 72% plaquetas: 311.000 x mm³, Hemoglobina: 8.4g/dl

Diagnostico presuntivo:

- Apendicitis aguda

Plan de trabajo

- Preparar para ingresar a centro quirúrgico

Hallazgos operatorios:

Liquido inflamatorio en fosa iliaca derecha. Apéndice cecal sin alteraciones significativas. Masa en ciego de 4x4cm aproximadamente de bordes irregulares, que ocupa la luz del ciego casi en su totalidad.

A nivel de la raíz meso, en ángulo de Treitz, se evidencia ganglio mesentérico de 7mm aproximadamente.

Cirugía efectuada:

- Colectomía parcial con anastomosis

Diagnostico post operatorio:

- Tumorción en colon ascendente

Luego de la cirugía la paciente es llevada a hospitalización de cirugía, con terapia antibiotica con Ceftriaxona 2gr endovenoso cada 24 horas y Metronidazol 500mg endovenosos cada 12 horas por cinco días y analgesia.

Al segundo día hospitalario, la paciente inicia tolerancia oral sin ninguna otra intercurencia. Al quinto día hospitalario, a la paciente se le da de alta médica con antibioticoterapia y analgesia vía oral por 7 días, citándola a monitoreo por consultorio de cirugía general en 3 días para observación de herida operatoria.

Caso clínico N°2

Se trata de una paciente mujer de 57 años, quien refiere un tiempo de enfermedad de 17 años. Acude por consultorio externo refiriendo una tumoración en la región umbilical de 9x5 centímetros aproximadamente, sin cambios de coloración, se reduce espontáneamente, se acompaña de dolor y protruye al realizar esfuerzos físicos. Por lo que se programa para cirugía electiva.

Funciones vitales:

Presión arterial: 120/70mmHg. Frecuencia cardiaca: 72 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto. Temperatura: 36.6°C. saturación de oxígeno: 98%

Examen físico:

Aparente buen estado general, de nutrición e hidratación

- Cabeza y cuello: normocefalo, cuello cilíndrico y móvil, no adenopatías
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no rales
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: Asimétrico, globuloso, no distendido, ruidos hidroaéreos a razón de 5 por minuto, blando y depresible, se palpa masa en región periumbilical de 10x6 centímetros aproximadamente, sin cambios de coloración y reductible. Timpanismo conservado.
- Genitourinario: PPL negativo

- Neurológico: despierta, orientada en tiempo espacio y persona. EG: 15/15

Diagnostico presuntivo

- Hernia umbilical

Plan de trabajo

- Hernioplastía

Procedimientos:

- Colocación de malla de polipropileno en espacio supraaponeurótico y fijado en puntos cardinales
- Colocación de dren tubular en flanco derecho.

Hallazgos:

- Anillo eventrogeno infraumbilical de 3 cm con saco de 14 cm, con contenido epiplón viable y reductible.

Al culminar el acto quirúrgico, se brinda antibioticoterapia con Ceftriaxona 2gr endovenoso cada 24 horas por 5 días, analgesia y control de signos vitales. No se presentó ninguna intercurencia durante la hospitalización. El primer día postoperatorio se registró un gasto por el dren de 40 CC. de contenido serohemático, el cual fue disminuyendo, Al quinto día no se evidenció gasto por el dren tubular por lo se retira y se plantea el alta médica. Se le indica que acuda por consultorio de cirugía general en siete días con el fin de observar la herida operatoria y realizar el retiro de puntos.

I.3 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

La rotación por el servicio de ginecoobstetricia comenzó el 01 de octubre y concluyó el 30 de noviembre del 2023.

Caso clínico N°1

Se trata de una mujer de 23 años procedente de Ate, con gestación doble de

37 semanas y 5 días por ecografía de segundo trimestre quien manifiesta inicio de los síntomas hace una hora, que tiene como característica principal dolor tipo contracción cada tres minutos, no refiere pérdida de líquido, niega pérdida de tampón mucoso. Refiere movimientos fetales.

Antecedentes gineco-obstétricos:

- Fórmula gestacional: G1P0000
- Fecha de última regla: 17/06/2023
- Método anticonceptivo: No refiere

Funciones vitales:

Presión arterial: 110/70 mmHg, Frecuencia cardiaca: 82 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria: 17 respiraciones por minuto, temperatura: 36.8°C, Saturación de oxígeno: 99%.

Examen físico dirigido:

- Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos en razón de 5 por minuto, ligero dolor a la digitopresión en epigastrio.
- Útero: gravido
- Genitales externos: sin alteraciones

Examen obstétrico:

- Feto 1: longitudinal cefálico derecho, latidos cardiacos fetales: 141 latidos por minuto.
- Feto 2: longitudinal cefálico derecho, latidos cardiacos fetales: 145 latidos por minuto.
- Altura uterina: 40cm. Incorporación: 95%, dilatación: 10cm, altura de presentación: -1. Útero anteverso-flexo

Impresión diagnóstica:

1. Gestante de 37 semanas y 5 días por ecografía de segundo trimestre
2. Trabajo de parto en fase activa
3. Alto riesgo obstétrico por embarazo gemelar

Plan de trabajo:

- Manejo en centro obstétrico para chance de parto vaginal
- Se solicitan analítica prequirúrgica

Una vez la paciente está en centro obstétrico para chance de parto vaginal se diagnostica trabajo de parto obstruido por distocia gemelar por desproporción céfalo-pélvica, por lo que se programa para cesárea de emergencia.

Se obtienen exámenes prequirúrgicos: hemoglobina: 9.1 g/dl, hematocrito: 31.1%, leucocitos: 6550 x mm³, plaquetas: 426.000 x mm³. HBsAg (-) RPR (-) VIH (-). Examen de orina: No patológico.

Hallazgos

- Útero y anexos sin alteraciones, líquido claro en regular cantidad, gestación bicorionica.
- RN1: peso: 2460gr, sexo femenino, APGAR 8/9, 40cm de talla, perímetro torácico de 33cm, perímetro cefálico de 33cm, edad gestacional 37 semanas por Capurro.
- RN2: Peso: 2616gr, sexo femenino, APGAR 9/9, 41cm de talla, perímetro torácico de 34cm, perímetro cefálico de 35cm, edad gestacional 37 semanas por Capurro.

Culminado el procedimiento quirúrgico, la paciente ingresa a la Unidad de Recuperación posanestésica donde permanece dos horas con funciones vitales estables y luego es trasladada a hospitalización de obstetricia donde evoluciona de forma favorable y se le da de alta médica en el segundo día hospitalario, con un control de hemoglobina de 8.5gr/dL. Siendo citada a los siete días a control por consultorio externo de gineco-obstetricia para retiro de puntos quirúrgicos.

Caso Clínico N°2

Paciente de 25 años, con gestación de 37 semanas, con fórmula obstétrica G4P2012, con antecedente de cesárea en el 2015 y 2019 por preeclampsia. La paciente es traída a la emergencia manifestando dolor tipo contracción en

abdomen cada 30 minutos, refiere eliminación de líquido claro desde hace dos horas, no refiere pérdida de sangre y percibe movimientos fetales.

Antecedentes gineco-obstétricos:

-fecha de última regla: 23/05/2023

-fórmula gestacional: G4P2012

-método anticonceptivo: no refiere

Funciones Vitales: 124/78 mmHg, Frecuencia cardiaca: 78 latidos por minuto, Frecuencia Respiratoria: 20 respiraciones por minuto. Temperatura: 36.8°C. Saturación de oxígeno: 99%

Examen físico dirigido:

- Abdomen: ruidos hidroaéreos en razón de 6 por minuto, ligero dolor a la digitopresión en epigastrio.
- Útero: grávido
- Genitales externos: sin alteraciones

Examen obstétrico:

Situación: longitudinal, posición izquierda, presentación cefálica.

Altura uterina: 34cm, incorporación: 0%, dilatación: 0 cm, membranas: rotas (dos horas aproximadamente). Útero anteverso-flexo

Diagnostico presuntivo:

1. Gestante de 37 semanas por ecografía de primer trimestre
2. Rotura prematura de membranas de 2 horas aproximadamente
3. Cesareada anterior dos veces por preeclampsia

Plan de trabajo

1. Preparar para cesárea
2. Se solicitan exámenes prequirúrgicos

Se obtienen exámenes prequirúrgicos: hemoglobina: 12.1 g/dl, hematocrito: 40%, leucocitos: 7350 x mm³, plaquetas: 410.000 x mm³. HBsAg (-) RPR (-) VIH (-). Examen de orina: No patológico.

Hallazgos operatorios

1. Recién nacido vivo masculino de 3492 gramos, 49cm de talla, perímetro torácico de 36cm, perímetro cefálico de 37cm, APGAR 9/9, edad gestacional de 37 semanas por Capurro.

El acto quirúrgico culmina sin interurrencias y la paciente ingresa recuperación posanestésica donde permanece dos horas con funciones vitales estables, luego es trasladada a hospitalización de obstetricia, es dada de alta los dos días de hospitalización sin ningún tipo de complicación, con control de hemoglobina de 11.5gr/dL. Es citada a los siete días por consultorio externo de gineco-obstetricia para retiro de puntos y evaluación de herida quirúrgica.

I.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

La pasantía de medicina interna tuvo comienzo en 01 de diciembre del 2023 y terminó el día 31 de enero del 2024

Caso clínico N°1

Paciente varón de 51 años, que es nacido en Tarma y proveniente de Lima. Refiere antecedentes patológicos de TBC pulmonar con tratamiento completo de seis meses en 1983 y cirrosis hepática diagnosticada en el 2022. Es traído al nosocomio por emergencia refiriendo inicio de síntomas hace un año, refiere comienzo insidioso y curso progresivo, y que tiene como característica disnea a pequeños esfuerzos, edema en miembros inferiores. Refiere que 12 meses antes de su ingreso evidencia edema en los miembros inferiores y aumento de perímetro abdominal. Cuatro semanas antes del ingreso evidencia anasarca y astenia, un día antes del ingreso a emergencia el paciente presenta disnea en reposo.

Funciones vitales:

Presión arterial: 130/90 mmHg, Frecuencia cardiaca: 98 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, temperatura: 36.6°C saturación de oxígeno: 98%.

Examen físico:

- Estado general: Regular estado general, mal estado de nutrición, regular estado de hidratación. IMC: 35
- Piel: tibia, húmeda y elástica. Llenado capilar <2"; no palidez, no ictericia, edema generalizado +++/+++ con fóvea presente.
- Tórax y pulmonares: murmullo vesicular audible en ambos hemitorax, no ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: ligeramente distendido, blando y depresible. no dolor a la palpación, ruidos hidroaéreos en razón de 6 por minuto
- Neurológico: obnubilado, responde preguntas simples, orientado en tiempo, espacio y persona.

En emergencia se le solicitan analítica y se obtienen los siguientes resultados:

- Bilirrubina total: 0.36 mg/dL, bilirrubina indirecta: 0.12, bilirrubina directa: 1.18 mg/dL, FA: 112 U/L, TGO: 33 U/L, TGP: 13 U/L, Sodio: 142 mml/L, Potasio: 4.53 mml/L, INR: 0.93, TP: 12.8 segundos, Hemoglobina: 10.2 mg/dL Leucocitos: 6790 x mm³, Plaquetas: 323,000 x mm³, Urea: 66 mg/dL, Creatinina: 1.87 mg/dL. Proteinuria en 24 horas: 3671 mg/24 horas. Colesterol total: 354 mg/dl, colesterol HDL: 42 mg/dL, colesterol LDL: 267 mg/dL, Trigliceridos 202 mg/dL

Diagnostico presuntivo:

1. Síndrome edematoso.
2. Cirrosis hepática.
3. Síndrome hepato-renal.
4. Hipoalbuminemia severa.
5. Obesidad grado II.
6. Dislipidemia
7. Anemia leve.

Se ingresa al paciente a hospitalización de medicina interna, con una

terapéutica de restricción dietética de sodio y proteínas calculadas según su necesidad, diuréticos a dosis moderadas, se le indican estatinas y control estricto de presión arterial, de proteinuria y dosaje sérico de creatinina y urea. Se le solicita estudio de líquido ascítico, ADA, citoquímico, Genxpert, Bloque celular, cultivo y PAP, los cuales obtienen resultados negativos, por lo que se le solicita biopsia renal. En su tercer día hospitalario se le solicita una tomografía abdominal con contraste la que indica signos de hepatopatía crónica difusa, poliserositis y espondiloartrosis dorsolumbar. En el sexto día de hospitalización se realiza la toma de biopsia de glándula salival y de grasa periumbilical las cuales salen negativas para Rojo Congo.

El día catorce de hospitalización se solicita vitamina B12 y ferritina, y se obtienen resultados de ferritina: 1414ng/mL y vitamina B12: 239pg/mL. En el día hospitalario diecinueve, se le aumenta la dosis de diuréticos y se transfunden dos paquetes globulares por valor de hemoglobina de 6.5 gr/dL. En día hospitalario 26 se obtienen los resultados de la biopsia renal que revela podocitopatología: patrón morfológico-glomeruloesclerosis focal y segmentaria.

En el día hospitalario 28, el paciente presenta mejoría clínica sin evidencia de edema, ni disnea y laboratorial disminuyendo los valores de proteinuria en 24 horas, creatinina, urea, colesterol y aumentando los valores de hemoglobina, razón por la cual, el paciente es dado de alta médica con el diagnóstico de glomerulonefritis focal y segmentaria. Además, la paciente continua diuréticos, dieta hiposódica e hipoproteica, estatinas y se le cita por control de consultorio de medicina interna y nefrología en siete días.

Caso Clínico N°2

Paciente varón de 32 años natural de Ica, niega antecedentes personales y familiares. Acude por disminución de masa corporal de 15 kilos aproximadamente en los últimos seis meses y refiere inicio de síntomas hace 5 semanas, que se caracteriza por dolor abdominal de tipo urente en epigastrio después de la ingerir alimentos, cefalea holocreaneana de tipo opresiva, sensación de alza térmica y malestar general intermitente, además,

refiere un episodio de pérdida de consciencia durante su actividad laboral. Una semana antes de acudir al hospital, el paciente refiere que el dolor abdominal incrementó y por eso acude a centro médico particular en donde le realizan bioquímica laboratorial, al empeorar sintomatología y añadirse sensación de alza térmica, el paciente decide acudir a la emergencia del hospital.

Funciones vitales:

Presión arterial: 120/70 mmHg, Frecuencia cardiaca: 100 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria: 15 respiraciones por minutos, temperatura: 38.4°C

Hábitos nocivos: Dos cigarrillos al día.

Examen físico:

- Estado general: Regular estado general, regular estado de nutrición e hidratación
- Piel: caliente, húmeda, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos
- Tórax y pulmones: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No rales.
- cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: simétrico, blando y depresible, dolor a la palpación a nivel de hipocondrio izquierdo, se palpa bazo de +/- 4cm debajo del reborde costal, se palpa hígado de +/- 2cm por debajo del reborde costal.
- Neurológico: Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.
- Aparato locomotor: moviliza las 4 extremidades sin dificultad. Rangos articulares conservados.

Se solicitan exámenes de laboratorio:

Creatinina: 1.22 md/dL, DHL: 795 U/L, FA: 72 U/L, glucosa: 67 mg/dL, albumina: 4 gr/dL, globulina: 2.2gr/dL, TGO: 21U/L, TGP: 17 U/L, Urea: 15 mg/dL; Ferritina: 386 ng/dL, Ácido Fólico: 12.9 ng/dL. HBSAG: reactivo.

Leucocitos: 158000 mm³, Hemoglobina: 9.9 gr/dL, plaquetas: 93,000 mm³. Asimismo, se le solicitó una ecografía abdominal donde se observó: Hígado de tamaño incrementado, bazo de tamaño incrementado de 180x85x135cm y volumen total de 1074. La ecografía tuvo como conclusión hepatomegalia leve y esplenomegalia moderada.

Diagnóstico presuntivo:

1. Leucemia mieloide crónica.
2. Hiperleucocitosis.
3. D/C síndrome de lisis tumoral.
4. Hepatoesplenomegalia.
5. Hepatitis B.

El paciente se hospitaliza en piso de medicina interna para culminar estudios. Se le solicitan estudios de lámina periférica, hemograma completo con solicitud específica de porcentaje de blastos. En el tercer día hospitalario se obtienen los resultados que indican porcentaje de blastos de 27%, por lo que se inicia Imatinib 400mg por día y se solicitan exámenes serológicos para virus de Epstein-Barr, VCA-IgM, VCA-IgG.

Luego de solicitar estos exámenes se le da de alta al paciente para que acuda por consultorio externo para control. En el control por consultorio externo se solicita la detección del gen de fusión BCR/ABL1, P190 por PCR, el cual no se detectó en ese momento, por lo tanto, la paciente continúa con su medicación con Imatinib. Luego de 5 meses se le solicita el control de la misma prueba, esta vez se detecta 0.21% de tasa de expresión de dicho gen; continuando con el tratamiento ya administrado.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El Hospital Lima Este Vitarte está ubicado en la avenida José Carlos Mariátegui 364, distrito de Ate Vitarte. Su ubicación es estratégica ya que está a pocos metros de la Carretera Central, perteneciente a DIRIS LIMA ESTE.

Cuenta con diversas especialidades médicas como: medicina general, ginecología y obstetricia, pediatría, traumatología, neurología, cardiología, neumología, oftalmología, cirugía general, medicina interna, medicina intensiva, entre otras especialidades. Cuenta con instalaciones como área de emergencia, sala de procedimientos quirúrgicos, centro obstétrico, hospitalización, área de recuperación quirúrgica.

El servicio de pediatría se subdivide en emergencias pediátricas, hospitalización, neonatología, cuidados intermedios neonatológicos, cuidados intensivos neonatológicos, consultorios externos. El piso de hospitalización de pediatría cuenta con 25 camas aproximadamente, que están a cargo de 3 médicos pediatras, un residente y 5 internos por día, que tienen la responsabilidad de tomar las funciones vitales y realizar la evolución médica diariamente en horas de la mañana, también es labor del interno efectivizar diferentes análisis de laboratorio, interconsultas o procedimientos.

En el tópico de emergencia el interno hace turnos de 12 horas ya sea diurnas o nocturnas, en donde es supervisado por 2 médicos pediatras y un residente. La función del interno en emergencia es realizar la anamnesis del paciente, tomar funciones vitales y sugerir diagnósticos presuntivos y tratamiento oportuno. En el servicio de Neonatología el interno realiza guardias de 12 horas en atención inmediata al recién nacido, en donde se brindaba la atención respectiva del recién nacido y también hacer la evolución a las dos horas de vida del paciente.

El servicio de Cirugía se subdivide en hospitalización de cirugía general, traumatología, neurocirugía, cirugía de cabeza y cuello, urología, por último, cirugía de tórax y cardiovascular. El área de hospitalización de cirugía general cuenta con 25 camas y está a cargo de 2 cirujanos, un residente y 8 internos

por día. Los internos tienen la labor de relatar la evolución diaria de los pacientes, control de funciones vitales, efectivizar el plan terapéutico del día, solicitar los exámenes preoperatorios en caso de pacientes que vayan a ser intervenidos quirúrgicamente. El tópico emergencia de cirugía general está a cargo de 3 cirujanos, un residente y 3 internos por día. En el tópico el interno hace turnos de 6 a 12 horas y tiene la oportunidad de realizar procedimientos menores como: suturas, drenaje de abscesos, curación de heridas, asimismo, en caso de una cirugía de emergencia el interno debe solicitar los exámenes prequirúrgicos de manera prioritaria, efectivizar el riesgo quirúrgico y preparar al paciente para la cirugía.

El servicio de ginecología y obstetricia se subdivide en dos secciones: Ginecología cuenta con 8 camas en hospitalización y obstetricia con 35 camas aproximadamente. En piso de hospitalización, la tarea del interno de medicina es realizar la evolución diaria de la paciente, observar signos de alarma, realizar tacto vaginal y efectivizar el plan terapéutico del día.

En el área de centro obstétrico, el interno desarrolla su capacidad para atender un parto vaginal y seguir la evolución del trabajo de parto. En el área de emergencia, se atiende a las gestantes que están en trabajo de parto o muestran alguna complicación del embarazo y dependiendo de la evaluación se decide si ingresa a sala de partos para chance vaginal o se le programa para cesárea de emergencia.

El servicio de medicina interna se subdivide en tres áreas: hospitalización, sala de emergencia y observación. En piso se cuenta con 40 camas aproximadamente que están a cargo de 4 médicos internistas, tres residentes y 10 internos por día. Los internos tienen la función de hacer la evolución diaria, controlar funciones vitales, agilizar los procedimientos necesarios y efectivizar los análisis de laboratorio. El tópico de emergencia está a cargo de 3 médicos internistas, un residente y 3 internos, que realizan turnos de 12 horas que pueden ser diurnos o nocturnos.

La función del interno en la emergencia consiste en examinar a los pacientes, hacer la anamnesis, historia clínica, solicitar exámenes auxiliares, hacer

reevaluaciones luego del tratamiento indicado. Cabe recalcar que siempre el interno está bajo la supervisión de los médicos encargados.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1 ROTACION DE PEDIATRIA

Caso clínico N°1

Impresión diagnóstica:

- Crisis asmática severa
- Neumonía atípica vs viral

Análisis:

El paciente llega al nosocomio presuntamente con el diagnóstico de crisis asmática severa y neumonía atípica vs viral. Las crisis de asma tienen como características la hiperreactividad y obstrucción parcial o total transitoria de la vía aérea que puede llevar a dificultad respiratoria, tos, sibilantes, y hasta dolor torácico. Algunos factores que predisponen a la aparición de estos cuadros son infecciones virales, como en el caso del paciente; alérgenos como ácaros, polen, humos, o un mal apego al tratamiento de mantenimiento (1).

En este caso el paciente estaba taquipneico con una frecuencia respiratoria de 34 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno de 90%. En el examen físico se apreció tiraje subcostal y a la auscultación pulmonar se encontró disminución del murmullo vesicular y subcrépitos basales. Utilizando la escala de Pulmonary Score, el paciente obtuvo una puntuación de 5 puntos, la cual se cataloga dentro de una crisis asmática moderada (2), por lo que, se le brindó terapia de rescate con salbutamol.

Asimismo, se evidenció en la radiografía de tórax atrapamiento de aire y patrón intersticial apical derecho, por lo que, se sospechó una neumonía viral, además, en el país, esta patología es de las enfermedades respiratorias más comunes en este grupo etario, siendo el virus respiratorio sincitial respiratorio la principal causa, pero en un tercio de los casos puede existir coinfección con bacterias como *Streptococcus pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*. Es por esta razón, que el paciente cuenta con una doble cobertura antibiótica con Ceftriaxona 920mg endovenoso cada 12 horas y Azitromicina 6ml vía oral

cada 24 horas durante 5 días. Luego del tratamiento administrado el paciente mejoró clínicamente y sus exámenes auxiliares también mostraron mejoría, es por eso que se decide continuar con ese esquema hasta la indicación del alta médica (3).

Caso clínico N°2

Impresión diagnóstica:

- Pielonefritis Aguda.

Análisis:

La paciente ingresa con el diagnóstico presuntivo de pielonefritis aguda que se caracteriza por ser una infección urinaria alta, que en el grupo etario de la paciente es más común en varones que mujeres. El principal agente causal son las enterobacterias como E. Coli, también se describen malformaciones de la vía urinaria como causas de infecciones de la misma, es por eso que se le solicita una ecografía renal, que no evidenció alteraciones (4).

El cuadro clínico de esta patología en el grupo etario de la paciente va desde vómitos, fiebre, hipoactividad o rechazo de la vía oral. Algunas manifestaciones menos frecuentes son el dolor abdominal y la orina fétida.

El tratamiento de elección para la pielonefritis es una cefalosporina de tercera generación o un aminoglucósido y debe ser por vía parenteral por 14 días mínimo. Se puede cambiar la vía de administración de parenteral a oral si el paciente está afebril y hay mejoría clínica. La nitrofurantoina está contraindicada para los pacientes que tengan menos de 3 meses de edad (5).

III.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

Caso Clínico N°1

Impresión diagnóstica:

- Apendicitis aguda

Análisis:

La paciente manifestó una clínica sugestiva de apendicitis aguda, que es la patología quirúrgica más diagnosticada en emergencia de los nosocomios; esta enfermedad se caracteriza por la inflamación aguda del apéndice vermiforme, el motivo más común es la oclusión de la luz principalmente por fecalitos. Los síntomas más característicos empiezan con dolor de inicio brusco en epigastrio el cual migra a fosa iliaca derecha, seguido de náuseas o vómitos, hiporexia y fiebre (6).

El diagnóstico presuntivo se lleva a cabo por la migración del dolor que refirió la paciente, ya que es un síntoma clásico, y es frecuente en más de la mitad de los reportes de este tipo de patología, por lo que se solicita la ecografía abdominal para corroborar la sospecha clínica (7).

Al examen físico del abdomen impresionó que no se encontraba distendido, además; presentó Mc Burney, Blumberg y Rovsing positivos, razón por la cual se sospecha de irritación peritoneal. La ecografía abdominal concluyó en signos sugerentes de proceso apendicular agudo y líquido libre en fondo de saco de Douglas, motivo por el cual, se decide intervenir quirúrgicamente a la paciente.

En la sala de operaciones, se reporta el hallazgo de una masa en ciego de 4x4 cm que obstruye parcialmente la luz del ciego, el apéndice no evidenciaba alteraciones. Este tipo de tumoraciones pueden llevar a intususcepción intestinal, aunque gran parte de los casos se describen en niños y solamente entre el 5-16% de los casos se dan en adultos y puede estar relacionado con alguna patología intestinal. Alrededor del 45% de los casos en adultos afecta al colon y se describe que entre el 33-77% de los casos están asociados a lesiones malignas, por lo que, requiere un tratamiento definitivo como la resección quirúrgica que se realizó en el caso descrito y posteriormente, la paciente recibe tratamiento completo de antibiótico, por último, la paciente se encuentra en condiciones de alta médica (8).

Caso Clínico N°2

Impresión diagnóstica:

- Hernia umbilical

Análisis:

Se trata de una enfermedad que constituye entre el 6-14% de las hernias abdominales en la población adulta y casi un 90% de ellas son adquiridas. Algunos factores como obesidad, embarazo o alguna condición que pueda aumentar la presión intraabdominal pueden llegar a manifestar la presencia de este tipo de hernias. La clínica de esta patología puede llegar a pasar desapercibida hasta llegar a la necrosis del contenido herniario, es por eso que se debe priorizar el tratamiento quirúrgico en un escenario donde se puede programar una cirugía electiva; como lo es en el caso descrito (9).

El tratamiento quirúrgico con malla puede llevarse a cabo de distintas maneras, como anteriormente a los músculos rectos del abdomen o *sublay*, este tipo de técnica es más complicada en pacientes obesos; también se puede aplicar la técnica intermuscular sin ocluir el defecto o *inlay*, pero esta no es aconsejable ya que tiene altas posibilidades de recidiva; o se puede aplicar sobre la aponeurosis o *onlay* que es de más fácil aplicación pero existe mayor posibilidad de granulomas o seromas (10)

III.3 ROTACION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Caso Clínico N°1

Impresión diagnóstica:

- Gestación doble de 37 semanas y 5 días por ecografía de segundo trimestre.
- Trabajo de parto en fase activa.
- Alto riesgo obstétrico por embarazo gemelar.

Análisis:

Las gestaciones gemelares monoamnióticas son del tipo menos frecuente y tiene casi la misma complejidad que los embarazos biamnióticos, pero los monoamnióticos tienen mayor riesgo de sufrir anomalías congénitas. Asimismo, los embarazos gemelares pueden sufrir retraso del crecimiento intrauterino, parto prematuro, o entrelazamiento de cordones umbilicales causando la muerte súbita de los productos, como consecuencia de este. Se recomienda que, este tipo de embarazos se maneje en centros especializados que tengan la capacidad resolutive para brindar la vigilancia necesaria (11).

En una primera instancia, la gestante tuvo chance de parto vaginal, ya que, según la norma técnica del Ministerio de Salud no presentó ninguna contraindicación obstétrica, el embarazo gemelar bicoriónico y ambos fetos estaban en presentación cefálica. Además, según la guía del Instituto Nacional Materno Perinatal, en los embarazos gemelares sin complicaciones es recomendable terminar la gestación antes que, en una gestación única, para así evitar morbilidad materna y fetal.

Pero debido a distocia gemelar por desproporción cefalopélvica se decide culminar la gestación por cesárea, que se lleva a cabo sin complicaciones (12).

Caso Clínico N°2

Diagnostico presuntivo:

- Gestante de 37 semanas por ecografía obstétrica del primer trimestre.
- Rotura prematura de membranas: Dos horas aproximadamente.
- Cesareada anterior dos veces.

Análisis:

Este caso nos describe a una paciente que anteriormente ha tenido dos cesáreas por preeclampsia. Para este tipo de casos se puede aplicar el puntaje validado de Flamm para evaluar la posibilidad de éxito de un parto vaginal en pacientes con cesáreas previas, en la que la paciente obtiene un

puntaje de 3, porque existen 49% de posibilidades de que el parto vaginal sea exitoso. Asimismo, se describen criterios que la paciente presenta, como el no haber tenido partos vaginales anteriores, contar con edad menor a 40 años y que la causa de la primera cesárea sea distinta a una falla de evolución del parto. Por último, se describen contraindicaciones como: historia previa de rotura uterina, antecedente de cesárea no segmentaria, cirugía uterina previa en cavidad endometrial, placenta previa, presentación no cefálica (13).

Es por estas razones, la paciente es programada para cesárea de emergencia, ya que, tenía el diagnóstico de rotura prematura de membranas, que se da cuando estas se rompen antes de iniciar la labor de parto, suele ocurrir en gran parte de los embarazos y es causa de mortalidad materno-neonatal y de prematuridad. El diagnóstico de esta afección se basa en observar la salida de líquido por el cérvix, si existiera duda se pueden recurrir a pruebas complementarias como el test de hehecho.

Se describen factores de riesgo que pueden influir a la rotura prematura de membranas, como: antecedentes, infecciones genitales, procedimientos invasivos, traumas, entre otras causas. El manejo en este caso, a las 37 semanas de gestación es terminar la gestación, porque reduce el riesgo de situaciones adversas como el prolapso de cordón umbilical y desprendimiento de placenta (14).

III.4 ROTACION DE MEDICINA INTERNA

Caso Clínico N°1

Impresión diagnóstica:

- Síndrome edematoso.
- Cirrosis hepática.
- Síndrome hepatorenal.
- Hipoalbuminemia severa.
- Obesidad grado II.

El paciente presenta un síndrome edematoso que se caracteriza por ser la consecuencia de un desequilibrio de la homeostasis electrolítica y osmolar del cuerpo. En adultos, está fuertemente asociado a patologías como insuficiencia cardiaca o cirrosis hepática, ya que la disminución de la presión oncótica causa la extravasación de líquido a compartimientos intersticiales que puede ser de forma generalizada y así ocasionar el edema (15).

La cirrosis hepática es el estadio crónico y no reversible del compromiso hepático, tiene etiología muy variada y algunas de sus principales causas son: las infecciones víricas, consumo de alcohol, consumo de medicamentos hepatotóxicos, entre otras causas. La descompensación de esta patología se debe a cambios en la fisiopatología que con el tiempo conllevan a ascitis, peritonitis bacteriana espontánea, hemorragias digestivas y otras patologías (16).

La glomeruloesclerosis segmentaria focal es una patología caracterizada por lesiones escleróticas y hialinas que pueden afectar a un porcentaje de glomérulos (focal) y solo afectar a una parte de estos (segmentaria). Además, se describe que la mayoría de los casos de glomeruloesclerosis segmentaria y focal son idiopáticos, pero también a infecciones víricas como virus de Hepatitis B, toxicidad por fármacos o respuesta a pérdida de nefronas. También existen mecanismos en los cuales la obesidad causa proteinuria y están relacionados a hiperfiltración glomerular (17).

Caso Clínico N°2

Diagnósticos presuntivos:

- Leucemia Mieloide aguda.

Análisis:

Esta enfermedad es la segunda leucemia más frecuente en adultos. Su incidencia aumenta con la edad, esta patología se asocia con factores ambientales, como: Quimioterapia, Retrovirus, tabaco y exposición a productos químicos, estos dos últimos presentes en este caso clínico.

Dentro de las manifestaciones clínicas relacionadas, se encuentran: Dificultad respiratoria, debilidad, disnea, hematomas, infecciones, cefalea o alteraciones neurológicas y fiebre. El paciente presentó: dolor abdominal, cefalea, fiebre y malestar general, síntomas asociados a dicha patología.

Las características halladas en el examen son: hepatomegalia, esplenomegalia y en raras ocasiones linfadenopatía. Los dos primeros hallazgos confirmados por una tomografía axial computarizada con contraste.

En los exámenes auxiliares, se podría observar una disminución de los glóbulos rojos maduros, neutrófilos, plaquetas. Además, la presencia de blastos al frotis periférico.

El diagnóstico de LMA, consiste un aspirado de médula ósea con la existencia de un porcentaje mayor o igual del veinte de blastos. Asimismo, el resultado positivo del gen BCR-ABL 1 p190, presente en el paciente con un valor porcentual de 0.24, confirmando la enfermedad.

El tratamiento de la LMA tiene bases en la quimioterapia de inducción de remisión intensiva. En este caso clínico, se dio inicio con Imatinib, medicamento que disminuye parcialmente la proliferación y favorece a la apoptosis en líneas celulares BCR-ABL.

CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA:

La vivencia del internado médico es muy significativa y necesaria para todo profesional de la salud, ya que en ese periodo se pone en práctica lo aprendido a lo largo de los seis años de carrera. Al comienzo, puede llegar a ser agotador y hasta abrumador tanto físico y mentalmente, porque se tiene la responsabilidad de cumplir con las labores hospitalarias y universitarias, además de cumplir con los horarios asignados en cada rotación.

A diferencia de años anteriores, se tuvo la oportunidad de hacer gran parte del internado médico en un hospital, anteriormente por motivo de la pandemia (COVID-19) el internado estuvo sujeto a cambios, como realizarlo en centros de atención primaria.

Dentro de las obligaciones propuestas en el Hospital Lima Este-Vitarte resaltan: brindar atención médica especializada de manera oportuna y calidad para todos los usuarios, brindar el tratamiento necesario, realizar actividades de promoción y prevención.

La experiencia de trabajar y también aprender de grandes médicos que laboran en el Hospital Lima Este-Vitarte, fue una oportunidad muy enriquecedora, porque ayudó al interno de medicina algo muy importante para su futuro como médico cirujano, el amor y dedicación al paciente, desarrollar la comunicación empática y asertiva con el paciente y sus familiares.

CONCLUSIONES:

1. El internado médico es un periodo muy satisfactorio e importante para todo estudiante, debido a que se practica todo lo aprendido y se afianzan la instrucción que fue dada a lo largo de la carrera y que posteriormente servirá para la práctica como médico.
2. El haber tenido la oportunidad de hacer el último año de medicina en un centro hospitalario como lo es el Hospital Lima Este Vitarte, permitió conocer casos complejos que no encontraríamos en hospitales de más baja complejidad, además de la calidad y profesionalismo de los médicos que laboran en la institución
3. Cabe resaltar también la infraestructura del hospital tan antigua y peligrosa que puede colapsar en situaciones de fenómenos naturales pero que cuenta con equipos de última generación para el apoyo al diagnóstico y tratamiento
4. La adaptación al ritmo de vida y las habilidades formadas durante el internado proporcionará el rendimiento para poder desarrollarse en un trabajo en cualquier sector asistencial de un centro de salud.
5. Las constantes actividades académicas en forma de casos clínicos, dirigidas por los tutores fueron de mucha ayuda académica, ya que gracias a estas se reforzó teóricamente la practica aplicada en el hospital

RECOMENDACIONES:

1. Se sugiere ampliar el alcance de algunos medicamentos y exámenes de laboratorio, debido a que, en algunas oportunidades escaseaban las pruebas diagnósticas por falta de insumo o falta de personal.
2. También se recomienda poder extender el tiempo del internado médico a 12 meses como se hacía anteriormente a la pandemia por COVID-19, porque en los dos meses restantes se pudo haber afianzado y desarrollado más habilidades.
3. Se sugiere que el hospital pueda habilitar un lugar destinado al descanso de los internos, ya que muchos residen en zonas alejadas del hospital y se exponen a riesgos que se podrían evitar.
4. Asimismo, se solicita al gobierno que se pueda mejorar la remuneración a un salario mínimo, porque se tienen que cubrir gastos como alimentación, transporte y materiales de estudio.

FUENTES BIBLIOGRAFICAS

1. Paniagua Calzón N, Benito Fernández J. Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en Urgencias. *Protoc diagn terpediatr.* 2020;1:49-61.
2. Herrera G. AM, Abara E. S, Álvarez G. C, Astudillo M. C, Corrales V. R, Chala C. E, et al. Consenso chileno SOCHINEP-SER para el diagnóstico y tratamiento del asma en el escolar. *Rev Chil Enferm Respir [Internet].* 2020 [citado el 18 de marzo de 2024];36(3):176–201. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482020000300176
3. Toledo Rodríguez I de LM, Toledo Marrero M del C. Neumonía adquirida en la comunidad en niños y adolescentes. *Rev Cuba Med Gen Integral [Internet].* 2012 [citado el 18 de marzo de 2024];28(4):712–24. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400014
4. Lombardo-Aburto E. Abordaje pediátrico de las infecciones de vías urinarias. *Acta pediátr Méx [Internet].* 2018 [citado el 18 de marzo de 2024];1(1):85. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912018000100085
5. Medina Valdivia JL, Hospital Regional de Moquegua, Servicio de Pediatría. Moquegua, Perú. Infección del tracto urinario en el servicio de Pediatría del Hospital Regional de Moquegua. *Horiz méd [Internet].* 2022 [citado el 18 de marzo de 2024];22(1):e1693. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2022000100004
6. Rafael Parhuana MR, Quispe Rivera KM, Pantoja Sánchez LR. Acute appendicitis: clinical, surgical and pathological concordance in a Peruvian emergency hospital. *Rev Fac Med Humana [Internet].* 2022 [citado el 18 de marzo de 2024];22(3):463–70. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312022000300463

7. Leyva-Vázquez FY, López-Almeida S. Tendencias actuales en el tratamiento de la apendicitis aguda en adultos. Arch méd Camagüey [Internet]. 2022 [citado el 18 de marzo de 2024];26. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552022000100033
8. Montes-Osorio ZE, Aguilar-Priego JM, García-Salazar JM. Tumor de ciego, causa de intususcepción intestinal. Caso clínico. Gac Mex Oncol [Internet]. 2015;14(1):62–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gamo.2015.06.010>
9. Lora-Aguirre A, Vega-Peña NV, Barrios-Parra AJ, Ruiz-Pineda JP. Hernia umbilical: un problema no resuelto. IATREIA [Internet]. 2019;32(4):288–97. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v32n4/0121-0793-iat-32-04-00288.pdf>
10. 9. García B, Julio R. Caracterización de pacientes operados de hernias abdominales externas en un centro de diagnóstico venezolano. Medisan [Internet]. 2018 [citado el 18 de marzo de 2024];22(9):920–30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000900920
11. Gil Guevara E, Bernuy LA, Muñoz Acosta J. Manejo del embarazo gemelar monocoriónico monoamniótico: revisión de la literatura y reporte de caso. Rev Perú Ginecol Obstet [Internet]. 2022 [citado el 18 de marzo de 2024];68(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322022000300010
12. Romero-Fasolino M, Hernández-Rodríguez ML, Fasolino A, Hernández M, Maturana D. Complicaciones feto-neonatales del embarazo múltiple. Análisis embriológico. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2015 [citado el 18 de marzo de 2024];75(1):013–24. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000100003

13. Vargas Juscamaita AT, Lévano Castro JA, Lazo Porras M de LÁ. Parto vaginal después de una cesárea: aplicando un puntaje al momento del ingreso en un hospital. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. 2013 [citado el 18 de marzo de 2024];59(4):261–6. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000400005
14. Orias Vásquez M. Ruptura prematura de membranas. *Rev Medica Sinerg* [Internet]. 2020 [citado el 18 de marzo de 2024];5(11):e606. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/606>
15. Meneses Zurita G, Miranda Bustamante A. Síndrome Edematoso Generalizado por citomegalovirus. *Gac médica boliv* [Internet]. 2023 [citado el 18 de marzo de 2024];46(2):146–9. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662023000200146
16. Miño Bernal JF, López Morales E, Sandino NJ, Molano Franco D. Cirrosis hepática o falla hepática crónica agudizada: definición y clasificación. *Rev Repert Med Cir* [Internet]. 2022 [citado el 19 de marzo de 2024];31(2):112–22. Disponible en: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/1052>
17. Segarra A. Glomerulosclerosis Focal y Segmentaria [Internet]. Elsevier.es. [citado el 20 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://static.elsevier.es/nefro/monografias/pdfs/nefrologia-dia-166.pdf>