



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA Y DESARROLLO DE COMPETENCIAS  
ADQUIRIDAS EN EL HOSPITAL REZOLA DURANTE EL PERÍODO  
DE INTERNADO MÉDICO 2021-2022**

**PRESENTADO POR  
BRENDA ISABEL BASTOS LEVANO**

**ASESOR  
JORGE LUIS SANCHEZ ROMERO**

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

**LIMA- PERÚ**

**2022**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA Y DESARROLLO DE COMPETENCIAS  
ADQUIRIDAS EN EL HOSPITAL REZOLA DURANTE EL PERÍODO  
DE INTERNADO MÉDICO 2021-2022**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL  
PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUANO**

**PRESENTADO POR**

**BRENDA ISABEL BASTOS LEVANO**

**ASESOR**

**MC. JORGE LUIS SANCHEZ ROMERO**

**LIMA-PERÚ**

**2022**

## **JURADO**

**PRESIDENTE:** Dr. Fernando Herrera Huaranga

**MIEMBRO:** Dr. Johandi Delgado Quispe

**MIEMBRO:** Dr. César Aguilera Herrera

## ÍNDICE

Índice	III
Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
Capítulo I: trayectoria profesional	7
Capítulo II: contexto en el que se desarrolló la experiencia	22
Capítulo III: aplicación profesional	23
Capítulo IV: reflexión crítica de la experiencia	32
Conclusiones	33
Recomendaciones	34
Fuentes de información	35

## **RESUMEN**

**Objetivo:** El presente trabajo de suficiencia tiene como objetivo describir las diversas experiencias adquiridas durante el internado médico 2021-2022 (Julio - Abril) y cómo se desarrollaron dentro del Hospital Rezola.

**Metodología:** Como sabemos, debido a la situación actual de nuestro país, desde el 2020 el desarrollo del internado se vio afectado en su totalidad, limitando nuestras rotaciones dentro de los hospitales e incorporándonos al primer nivel de atención con una duración 10 meses, dentro de los cuales, cada 2 meses y medio rotamos por las cuatro especialidades bases: Ginecología y Obstetricia, Cirugía, Medicina y Pediatría; según disposición ministerial llevando las 2 primeras en los hospitales (Hospital Rezola), y las 2 últimas en centros de primer nivel de atención (Centro de salud San Luis). De esta manera, se logró recopilar 2 casos clínicos de cada especialidad antes ya mencionadas, las cuales han sido patologías recurrentes dentro de la institución hospitalaria.

**Resultados:** La interacción que hemos tenido en dichas instituciones nos ha logrado enseñar cómo debemos actuar y cómo actuaremos frente a diversas situaciones comunes en el ámbito de la salud, preparándonos de esta forma para la realización del SERUMS (servicio rural y urbano marginal en salud).

**Conclusiones:** A pesar de las limitaciones, ventajas y desventajas que nos dejó la pandemia, hemos podido llevar a cabo e integrar los conocimientos adquiridos durante toda la carrera, alcanzando un desarrollo profesional concordante con los objetivos y expectativas propuestas, creando un mayor juicio clínico y crítico que nos acompañará en los siguientes peldaños de nuestra formación.

**Palabras claves:** COVID-19, Internado médico, Medicina, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Pediatría.

## **ABSTRACT**

**Objective:** The present sufficiency work aims to describe the various experiences acquired during the 2021-2022 medical internship (July - April) and how they developed within the Rezola Hospital.

**Methodology:** As we know, due to the current situation in our country, since 2020 the development of the medical intership was affected in its entirety, limiting our rotations within hospitals and incorporating us into the first level of care with a duration of 10 months, within which, every 2 and a half months, we rotate through the four basic specialties: Gynecology and Obstetrics, Surgery, Medicine and Pediatrics; according to ministerial provision, taking the first 2 in hospitals (Rezola Hospital), and the last 2 in first-level care centers (CS. San Luis). In this way, it was possible to collect 2 clinical cases of each aforementioned specialty, which have been recurrent pathologies within the hospital institution.

**Results:** The interaction we have had in these institutions has managed to teach us how we should act and how we will act in the face of various common situations in the field of health, thus preparing us for the realization of the SERUMS (rural and marginal urban service in health) .

**Conclusions:** Despite the limitations, advantages and disadvantages that the pandemic left us, we have been able to carry out and integrate the knowledge acquired throughout the career, achieving professional development consistent with the proposed objectives and expectations, creating greater clinical judgment and critic who will accompany us in the following steps of our training.

**Keywords:** COVID-19, Medical Internship, Medicine, General Surgery, Gynecology and Obstetrics, Pediatrics.

## INTRODUCCIÓN

El internado médico en el Perú es una de las etapas más importantes dentro de nuestra formación académica, considerado como prácticas semi profesionales obligatorias necesarias para integrar los conocimientos adquiridos durante los primeros 6 años de carrera, teniendo como prioridad las especialidades de Ginecología y Obstetricia, Cirugía, Medicina y Pediatría.

Desde el 2020 el internado médico tuvo requerimientos esenciales para su reincorporación, los cuales se fueron actualizando y mejorando para el periodo 2021-2022, ello incluyó la realización de pruebas moleculares y antígenas, la entrega de equipos de protección personal (mandiles descartables, gorros quirúrgicos y mascarillas) y un estipendio mensual.

Cabe resaltar que, el retorno progresivo de los internos originó grandes cambios a los cuales tanto los hospitales como los centros de primer nivel de atención tuvieron que adecuarse. En el caso del Hospital Rezola, las actividades académicas se realizaron en los servicios de Ginecología y Obstetricia (centro obstétrico, hospitalización, consulta externa de ginecología, consulta externa de obstetricia, emergencia y sala de operaciones) y Cirugía (emergencia, hospitalización y sala de operaciones); estas incluyeron: seminarios, exposiciones y discusión de casos clínicos; mientras que, en los centros de salud de primer nivel incluyó seminarios y revistas de revistas, enfocándonos en las especialidades de Medicina y Pediatría.

El presente trabajo de suficiencia tiene como finalidad plasmar las experiencias y conocimientos adquiridos, asociado a una situación poco favorable, pero con grandes ventajas a posteriori para nuestra formación

## **CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El internado médico realizado durante el año 2021-2022, se llevó a cabo dentro del contexto actual de la pandemia por el SARS COV 2, lo cual no solo generó algunas dificultades para su realización e inicio, sino también incluyó diversos cambios en la curricula y por primera vez las rotaciones completas de medicina y pediatría se llevaron a cabo en centros de primer nivel.

Dentro del margen del desarrollo de las diversas rotaciones, cada una generó un gran aprendizaje y sobre todo reforzó los conocimientos teóricos con la práctica, permitiéndonos desarrollar nuestras capacidades y habilidades de la mejor manera.

Los presentes casos clínicos fueron desarrollados dentro del ámbito hospitalario, teniendo en cuenta la crisis sanitaria solo se atendieron emergencias, es por ello que fueron elegidos debido a su alta recurrencia dentro del nosocomio.

### **I. Pediatría**

#### **Caso clínico 1**

Paciente varón de 4 años referido del Centro de Salud de Quilmaná por presentar movimientos presenta movimientos involuntarios de miembro superior e inferior izquierdo, relajación de esfínteres, fiebre 39.5 °C asociado a vómitos (2 cámaras) desde hace aproximadamente 20 minutos, en dónde se le prescribe: diazepam 6mg ev, metamizol 500mg ev STAT; por lo que ingresa a emergencia.

- Antecedentes prenatales, natales y post natales: sin alteración.
- Niega antecedentes patológicos de importancia.
- Niega antecedentes familiares de importancia.

Al examen físico: FC:135 lpm, FR:21 x min, T° 38°C, SatO2: 90%. Peso:30 kg

- Adecuado regular estado general, hidratación y nutrición. Ventilando espontáneamente con apoyo de oxígeno a través de cánula binasal.

- Piel: Tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos. No cianosis.
- Cabeza: normocéfalo. Ojos: pupilas céntricas, isocóricas, reactivas a la luz y a la acomodación. Nariz: fosas nasales permeables.
- Boca: mucosas orales húmedas. Orofaringe: levemente congestiva. Oído: conducto externo auditivo permeable.
- Cuello: cilíndrico, no se palpan adenopatías.
- Ap. Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Ap. Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos audibles
- Genitourinario: genitales masculinos conservados.
- SOMA: rangos articulares conservados.
- SNC: paciente bajo efectos de mediación (diazepam). No signos meníngeos ni de focalización.

Impresión diagnóstica:

1. Estatus convulsivo
2. Sd convulsivo febril
3. Faringitis aguda
4. d/c Infección de tracto urinario
5. d/c Meningoencefalitis

Tratamiento:

1. NPO
2. ClNa 0.9% 1000cc-20gtas x min
3. Hidrocortisona 30mg ev c/6hrs
4. Fenitoína 400mg ev STAT + ClNa 0.9% 100cc (pasar en una hora), luego Fenitoína 65mg ev c/8hrs.
5. Diazepam 6mg (1.2cc) ev PRN a convulsión.
6. Metamizol 700mg ev PRN a T° mayor o igual a 38°C.
7. Ranitidina 20mg ev c/8hrs.

8. Ceftriaxona 800mg ev c/12hrs.
9. Oxigenoterapia por cánula binasal para Saturación mayor o igual a 92%.
10. Cabecera elevada a 30°.
11. Control de funciones vitales
12. Control de funciones basales

## **Caso clínico 2**

Paciente varón de 3 años con antecedente de autismo, referido del Centro de Salud de Pacarán por presentar desde hace aproximadamente 3 horas ahogamiento por caída en piscina, por lo que recibe reanimación cardio-pulmonar por parte de apoderado (padre), hasta que es llevado a centro de salud, en donde se le administra oxígeno.

Menor es referido al servicio de cirugía emergencia; donde es estabilizado y se realiza la interconsulta a pediatría para pase a su servicio.

- Antecedentes prenatales, natales y post natales: sin alteración
- Antecedentes patológicos: Autismo
- Niega antecedentes familiares de importancia

Al examen físico: FC: 144 x min, T°:36°C, SAT: 92%

Adecuado regular estado general, hidratación y nutrición, afebril.

- Piel y faneras: no se presenta cambios de coloración, llenado capilar menor a 2 segundos.
- Cuello: cilíndrico, simétrico, sin lesiones dérmicas, no se auscultan soplos.
- Ap. respiratorio: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa disminuido en ambos hemitórax. No ruidos agregados.
- Ap. cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no ruidos agregados, no soplos.
- Abdomen: blando, depresible no doloroso a la palpación.
- SNC: paciente irritable con tendencia al sueño, no signos meníngeos.

Impresión diagnóstica:

1. Neumonía aspirativa
2. Síndrome de ahogamiento por inmersión
3. Autismo

Tratamiento:

1. NPO por 4hrs
2. ClNa 0.9% 1000cc-16gtas x min
3. Ranitidina 32 mg ev c/8hrs.
4. Ceftriaxona 560mg ev c/12hrs.
5. Dexametasona 8mg ev stat luego 1.4mg ev c/8hrs
6. Salbutamol inhalador 2 puff- I,II,III c/20min- c/6hrs
7. Bromuro de ipatropio 2 puff- I,II c/20min- c/6hrs
8. Control de funciones vitales
9. Control de funciones basales
10. Se solicita: hemograma completo, urea, creatinina, radiografía de tórax, PCR.

## **II. Cirugía**

### **Caso clínico 1**

Paciente varón de 33 años que ingresa al servicio de medicina emergencia con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 3 días por presentar dolor abdominal en fosa iliaca izquierda, náuseas, vómitos (3 cámaras) y falta de deposiciones. El servicio de medicina solicita exámenes auxiliares: hemograma completo (leucocitos: 10.910mm<sup>3</sup>/ segmentados: 79%, abastionados: 00%), urea: 24mg/dl, creatinina: 0.81 mg/dl, examen de orina (leucocitos: 3-6x<sup>C</sup>, cel epiteliales: 6-8 x campo). Ecografía abdominal: engrosamiento de la pared del colon descendente que llega hasta sigmoides y presencia de líquido libre en cavidad (aprox. 1 litro). Radiografía de abdomen simple: se evidencia asa dilatadas con niveles hidroaéreos. Posteriormente se realiza interconsulta al servicio de cirugía para pase a su servicio.

- Antecedentes personales: niega
- Antecedentes familiares: niega
- Antecedentes quirúrgicos: niega

Examen físico: PA: 120/80 mmHg, FC: 98 x min, FR: 21 x min, SAT: 96%.

Adecuado regular estado general, hidratación y nutrición.

- Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos.
- Ap. Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Ap. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, distendido, doloroso a la palpación superficial y profunda a predominio de fosa iliaca izquierda, timpanismo.
- Tacto rectal: ampolla vacua, no datos de impactación.
- SNC: despierto, quejumbroso, lúcido, orientado en tiempo espacio y persona.  
EG: 15/15.

Impresión diagnóstica:

1. Abdomen agudo quirúrgico
2. D/C diverticulitis complicada

Tratamiento:

1. NPO
2. CINA 0.9% 1000cc- 800cc a chorro y luego 80gts x min.
3. Tramadol 50 mg ev
4. Dimenhidrinato 50mg ev
5. Metoclopramida 10mg ev
6. Antibioterapia amplia
7. Preparar para sala de operaciones (SOP)

Informe quirúrgico:

- Diagnostico Post SOP: Peritonitis fecaloidea más Perforación diverticular del Sigmoides.
- Procedimiento: Post operatorio de Laparotomía exploratoria más Resección sigmoidea parcial más Colostomía tipo Hartmann más Dren pen rose (2).
- Paciente pasa a uci: hemodinamicamente inestable ya que presenta broncoespasmo severo (tórax silente) durante inducción anestésica, queda en ventilación mecánica más tubo orotraqueal.

Evolución: Paciente fue dado de alta 10 días después del ingreso a sala de operaciones, con evolución favorable, asintomática y colostomía funcionante.

## **Caso clínico 2**

Paciente varón de 49 años referido del puesto de salud Ayaviri-Yauyos ingreso por emergencia del servicio de triage COVID con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 3 días por presentar dolor abdominal tipo cólico en epigastrio e hipocondrio derecho (EVA: 7/10) asociado a nausea, sensación de alza térmica cuantificada (39°C). Paciente cuenta con prueba IG M (+), por lo cual se indica prueba antigénica saliendo negativa y pasa al servicio de cirugía emergencia.

- Antecedentes patológicos: Colecistitis crónica calculosa (hace 8años).
- Antecedentes familiares: niega
- Antecedentes quirúrgicos: refiere laparoscopia diagnóstica hace 8 años.

Examen físico: PA: 110/90 mmHg, FC: 57 x min, FR: 20 x min, SAT: 98%.

Adecuado regular estado general, hidratación y, mal estado de nutrición.

- Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos. Ictericia en piel y mucosas ++/+++.
- Ap. Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.

- Ap. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, Murphy (-), no sinus peritoneales.
- SNC: despierto, quejumbroso, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. EG: 15/15.

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome icterico obstructivo
2. D/C coledocolitiasis VS Neoplasia maligna periampular
3. D/C infección COVID 19

Tratamiento:

1. NPO
2. CIna 0.9% 1000cc- 60gts x min.
3. Ceftriaxona 2grs ev c/24hrs
4. Dimenhidrinato 50mg ev c/8hrs
5. Metamizol 2grs ev c/8hrs
6. Omeprazol 40mg ev c/24hrs
7. Sonda Foley permeable
8. Control de funciones vitales y balance hidroelectrolítico.
9. Se solicita: ecografía abdominal, perfil hepático, amilasa, GGTP, hemograma, glucosa, urea, creatinina, perfil de coagulación, TEM de tórax.

Exámenes auxiliares:

- Perfil hepático: BD: 3.6 gr /dL, BI: 2.5, BT:6.1, FA:557 U/L, GGTP:994, TGO: 65, TGP:112.
- Hemograma: Leucocitos: 2450mm<sup>3</sup> (Segmentados:75%, Abastionados:00%, Linfocitos: 13%, Eosinofilos:05%), Hemoglobina:13.8.
- Glucosa (86 mg/dl), urea (21 mg/dl), creatinina (0.82 mg/dl), PCR (+).
- Ecografía abdominal: vesícula biliar de paredes engrosadas por edema, colédoco de 5mm.

Evolución: se solicita tomografía abdominal con contraste a paciente (vesícula biliar con paredes engrosadas, presencia de cálculos en su interior y colédoco dilatado), exámenes auxiliares de control sin mejoría y continúa con dolor abdominal asociado a vómitos.

Impresión diagnóstica:

1. Colangitis Aguda Moderada

Plan:

1. Prepara para sala de operaciones (SOP)

Informe quirúrgico:

- Diagnostico Post SOP: Colangitis Aguda más Fasciolosis Hepatica
- Procedimiento: Colescistectomia más exploración de Vías biliares más dren Kher más dren laminar.
- Hallazgos: Vesícula biliar con cístico pequeño, edematosa, con paredes engrosadas. Colédoco dilatado 15 mm. Se extraen #16 fasciolas hepáticas.

Evolución: paciente con evolución favorable con dren Kher permeable.

### **III. Medicina**

#### **Caso clínico 1**

Paciente mujer de 57 años ingresa a emergencia con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 6 meses caracterizado por aumento de volumen en miembro inferior izquierdo (pantorrilla), asociado a dolor (EVA: 7/10) constante que incrementa a la bipedestación. Paciente refiere que hace 1 mes el dolor incrementó, por lo cual mantiene reposo en cama.

- Antecedentes patológicos: cáncer de cérvix en tratamiento paliativo (2018), Tuberculosis pulmonar con tratamiento completo (2007).
- Antecedentes familiares: niega

- Antecedentes quirúrgicos: niega

Examen físico: PA: 140/80 mmHg, FC: 113 x min, FR: 20 x min, SAT: 97%.

Adecuado regular estado general, hidratación y nutrición.

- Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos.
- Ap. Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Ap. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación.
- SOMA: Miembro inferior izquierdo: asimétrico, doloroso a la palpación, presencia de circulación colateral.
- SNC: despierto, lúcido, orientado en tiempo espacio y persona. EG: 15/15.

Impresión diagnóstica:

1. Trombosis Venosa Profunda

Tratamiento:

1. CINA 0.9% 1000cc- 30gts x min
2. Tramadol 100mg ev c/6hrs
3. Dimenhidrinato 50mg ev c/6hrs
4. Enoxaparina 60ui subcutaneo c/12hrs
5. Omeprazol 40mg ev c/24hrs
6. Control de funciones vitales

Exámenes auxiliares: Examen ecográfico Doppler venoso de miembro inferior izquierdo.

- Signos en relación a trombosis subaguda del tronco venoso femoral izquierdo.
- Insuficiencia venosa crónica.

Evolución: paciente con evolución estacionaria, se activa referencia a hospital de mayor complejidad con los siguientes diagnósticos:

1. Trombosis venosa profunda de miembro inferior izquierdo.
2. Infección del tracto urinario en tratamiento
3. Neoplasia maligna de cérvix por historia clínica
4. D/C metástasis ósea

## **Caso clínico 2**

Paciente varón de 68 años ingresa a emergencia con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 15 días caracterizado por disnea progresiva, tos, pérdida de peso y sudoración nocturna.

- Antecedentes patológicos: Tuberculosis pulmonar con tratamiento incompleto (hace +/- 40años).
- Antecedentes familiares: niega
- Antecedentes quirúrgicos: niega

Examen físico: PA: 130/80 mmHg, FC: 106 x min, FR: 25 x min, SAT: 97% CBN 3ltrs.

Adecuado regular estado general, hidratación y, mal estado de nutrición.

- Piel: Tibia, hidratada y elástica, llenado capilar mayor a 2 segundos.
- Ap. Respiratorio: Murmullo vesicular pasa disminuido en bases pulmonares, se ausculta crépitos difusos en ambos hemitórax.
- Ap. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación.
- SNC: despierto, lúcido, orientado en tiempo espacio y persona. EG: 15/15.

#### Exámenes auxiliares:

- Hemograma (leucocitos:22.610mm<sup>3</sup>), urea (28 mg/dl), creatinina (0.69 mg/dl), AGA ( pH: 7.364, PO<sub>2</sub>: 116, PCO<sub>2</sub>: 33.5, Na: 106 mEq, K: 2.4, Ca: 0.37).

#### Impresión diagnóstica:

1. Insuficiencia respiratoria aguda
2. D/C Tuberculosis pulmonar activa
3. Trastorno hidroelectrolítico: hiponatremia, hipokalemia.
4. Desnutrición calórico-proteica

#### Tratamiento:

1. Dieta blanda hiperproteica más líquidos a voluntad
2. Ceftazidina 2gr ev c/8hrs
3. Ciprofloxacino 400mg ev c/24hrs
4. Bromuro de ipatropio 3 puff c/8hrs
5. N acetilcisteína 200mg c/8hrs
6. Oxígeno por cánula binasal para mantener una saturación de oxígeno mayor a 92%
7. Se solicita: Tomografía de tórax y BK de esputo

Tomografía de Tórax: presencia de tracto fibrótico de aspecto secular, pequeñas áreas condensadas en ápices.

#### Prueba de esputo (+)

#### Tratamiento:

1. DB hiperproteica + LAV
2. Ceftazidina 2gr ev c/8hrs
3. Ciprofloxacino 400mg ev c/24hrs
4. Omeprazol 40mg ev c/24hrs
5. Bromuro de ipatropio 3 puff c/8hrs
6. N acetilcisteína 200mg c/8hrs

7. Lactulosa 30cc vo c/8hrs
8. Inicio de tratamiento anti tuberculoso (esquema sensible)
  - Isoniacida 100mg (3 tabletas)
  - Rifampicina 300mg (2 tabletas)
  - Pirazinamida 500mg (3 tabletas)
  - Etambutol 400mg (3 tabletas)
9. Escopolamina 20mg ev c/8hrs
10. Control de funciones vitales

#### **IV. Ginecología y Obstetricia**

##### **Caso clínico 1**

Gestante de 27 años acude programada para sala de operaciones (SOP), percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido, niega sangrado vaginal, niega síntomas premonitorios de preeclampsia. Control prenatal: 04.

- Antecedentes personales: Menarquia: 12 años RS:18 años Andria: 04 FUR: 21/04/21 G2P0010

Examen Físico: PA: 120/80 mmHg, FC: 98 x min, FR: 20 x min, SAT: 97%, Peso pregestacional: 87 kg, Peso actual: 109kg, Talla: 1.58cm.

Adecuado regular estado general, hidratación y nutrición.

- Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos.
- Ap. Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Ap. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles
- Mamas: simétricas no secretoras.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, útero grávido (Altura uterina: 37 cm, SPP: LCI, Dinámica uterina: Ausente, PF: 3875gr, FCF: 145xmin.
- Cérvix: posterior, cerrado; AP: -4; Membranas integras.
- Genitourinario: PPL (+) PRU (-)

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

Exámenes auxiliares:

- Tolerancia a la glucosa: ayuno: 111mg/dl, 60': 195mg/dl, 120': 172mg/dl.
- Examen de orina: leucocitos: 20-25xc, piocitos 3-5xc.

Impresión diagnóstica:

1. Gestante de 39 5/7 por ecografía de I trimestre
2. No trabajo de parto
3. D/C Macrosomía fetal
4. Diabetes gestacional
5. Obesidad
6. Infección del tracto urinario en tratamiento

Informe quirúrgico: Confirmación de diagnóstico pre sala de operaciones /  
Procedimiento: CST (cesárea segmentaria transversa)

Evolución favorable

## **Caso clínico 2**

Gestante de 36 años acude a emergencia por presentar sangrado vaginal desde hace +/- 1hr, con leve dolor en hipogastrio tipo contracciones uterinas.

- Antecedentes personales: Menarquia: 11 años RS:16 años Andria: 02 FUR: 20/05/21 G2P1001
- Antecedentes patológicos: Parto distócico x preeclampsia (2017)

Examen Físico: PA: 160/100 mmHg, FC: 100 x min, FR: 22 x min, SAT: 97%, Peso: 100kg, Talla: 1.60cm.

Adecuado regular estado general, hidratación y nutrición.

- Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos.

- Ap. Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Ap. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles
- Mamas: simétricas no secretoras.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, útero grávido (Altura uterina: 36 cm, SPP: LCI, FCF: 115-124 x min).
- Cérvix: entreabierto; Dilatación: dehiscente 1 dedo; B:80%; AP: -4/-3; Membranas integras.
- Genitourinario: PPL (-) PRU (-)
- SNC: despierta, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. EG: 15/15.

Impresión diagnóstica:

1. Gestante de 37 3/7 por fecha de ultima regla
2. Desprendimiento prematuro de placenta
3. No trabajo de parto
4. Enfermedad hipertensiva del embarazo: Hipertensión Gestacional VS Preeclampsia severa

Tratamiento:

1. NPO
2. CINA 9% 1000cc- 30gtas x min
3. Cefazolina 2gr ev stat
4. Nifedipino 10mg vo condicional a una presión arterial mayor 160/110
5. Control obstétrico (dinámica uterina y Frecuencia cardiaca fetal)
6. Control de funciones vitales y observación de signos de alarma
7. Se solicita prequirúrgicos y preparar para sala de operaciones (SOP)

Exámenes auxiliares:

- Perfil hepático: sin alteración
- Hemograma: sin alteración
- Examen completo de orina: sin alteración

Informe quirúrgico: Confirmación de diagnóstico pre SOP más Síndrome adherencial moderado/ Procedimiento: CST (cesárea segmentaria transversa)

Evolución: A partir del segundo día, la presión arterial de la puérpera empezó a regularizarse en ausencia de tratamiento hipertensivo.

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

El Hospital Rezola es un establecimiento de salud II-2, se encuentra ubicado en el distrito de San Vicente de la provincia de Cañete, ubicada a 144 km al sur de la provincia de Lima, altitud de 0 m.s.n.m. hasta 1500 m.s.n.m y con los siguientes límites: Norte: Provincia de Lima y Huarochiri, Sur: Provincia de Chincha (Departamento. de Ica), Este: Provincia de Yauyos y al Oeste: Océano Pacífico; perteneciente a la red de salud Cañete-Yauyos; siendo el único hospital de referencia a 150km al sur de Lima <sup>(1)</sup>.

Dicho nosocomio inició como beneficencia pública de la provincia de Cañete, siendo integrado al Ministerio de Salud a partir del 1ero de enero de 1980 y, perteneciendo al Gobierno Regional de Lima desde el 13 de marzo del 2008 gracias a la Resolución Ministerial N° 043 2008/MINSA <sup>(1)</sup>.

Actualmente es considerado como un órgano desconcentrado de la Red Cañete-Yauyos que ofrece los servicios de: consulta externa (actualmente limitado por la pandemia), atención en hospitalización, emergencia y cuidados críticos y, programas de salud para la prevención y control de diversas patologías a una población total de aproximadamente 154,676 habitantes distribuidos en 9 distritos correspondientes a la Red Cañete-Yauyos<sup>(2)</sup>.

Dentro de su análisis FODA, las fortalezas más resaltantes son: ubicación geográfica estratégica para la población de dicha provincia y cuenta con profesionales especialistas en las atenciones que oferta; dentro de las debilidades tenemos: infraestructura antigua que no ha sido diseñada para contar con espacios físicos en salas de hospitalización, Sala de operaciones y consultorios, falta de renovación del equipamiento, débil promoción de la oferta para la atención del hospital y presupuesto insuficiente para cubrir los gastos necesarios para el hospital; dentro de las oportunidades tenemos: construcción del nuevo hospital regional; finalmente, dentro de las amenazas tenemos: prolongado tiempo de espera para la atención, índice de pobreza de la población elevados e incremento de las demandas sociales que no pueden ser atendidas <sup>(2)</sup>.

## CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

### I. Pediatría

#### a. Estatus convulsivo

Como bien sabemos, es considerado como una urgencia neurológica ocasionada por una falla en los mecanismos de supresión de las crisis y/o el inicio de mecanismos anormales neuronales que alargan las crisis, por ende, el tratamiento precoz actúa como principal factor pronóstico de mejoría <sup>(3,4)</sup>. De acuerdo con su definición plantea una crisis que persiste por más de 30 minutos, o diversas crisis repetitivas sin recuperación completa de consciencia entre ellas; planteando de esta manera 5 etapas del estatus epiléptico:

- 5 minutos: Estatus convulsivo inminente (inicia medidas terapéuticas).
- 30 minutos: Estatus convulsivo establecido.
- Estatus convulsivo refractario: no responde a tratamiento de primera y segunda línea (60-120 minutos).
- Estatus convulsivo super refractario: Estatus convulsivo continua tras 24 hrs de anestésicos.

En el primer caso tenemos a un niño de 4 años que presenta movimientos involuntarios de miembro superior e inferior izquierdo, relajación de esfínteres, fiebre 39.5 °C asociado a vómitos (2 cámaras) con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 20 minutos; caracterizando a un estatus epiléptico inminente.

Dentro de la terapéutica inicial que se le brindó antes de llegar al hospital fue: diazepam 6mg ev y metamizol 500mg ev STAT; siendo el diazepam ev (0.15-0.2 mg/ kg/dosis), lorazepam ev (0.1 mg/kg/dosis) y midazolam IM (10 mg para > 40 kg; 5 mg para 13-40 kg; única dosis); las tres opciones de primera línea.

Las benzodiazepinas endovenosas son de elección, entre ellas, el diazepam es la más recomendada por su capacidad de atravesar la barrera hematoencefálica aportando un inicio rápido (1-3min) aunque, una vida media corta (10-30min). Sin embargo, el uso de estas debe estar sujeto a la disponibilidad de medicamentos

que tenga el establecimiento y de la vía de administración más rápida para el manejo de las complicaciones <sup>(5,6,7)</sup>.

Posteriormente a la llegada del paciente a emergencia de pediatría, se le prescribe fenitoína 400mg ev STAT (pasar en una hora), luego 65mg ev c/8hrs; siendo considerada como 2 línea con un efecto máximo a los 15 minutos. Se recomienda dosis de carga 10-20 mg/kg para lograr una concentración terapéutica a las 6-24 h. Administrando a una velocidad no mayor a 1 mg/kg/min, por una vía venosa con solución salina <sup>(9,10,11,12)</sup>.

De igual manera, las convulsiones febriles son muy comunes en niños entre los 6 meses hasta los 6 años. En este caso, estaríamos hablando de una crisis febril convulsiva compleja caracterizada por poseer un componente focal que dura más de 15 min y necesita anticonvulsivantes para interrumpir la crisis. El manejo con antipiréticos se da cuando causa incomodidad en el niño, sin embargo, se ha evidenciado que su uso no influye en el resultado de la crisis <sup>(8,9,12)</sup>. También es importante que durante la hospitalización se monitorice constantemente la saturación de oxígeno con el fin de evitar un estado hipóxico (SaO<sub>2</sub> >92%).

#### b. Neumonía aspirativa

Conceptualmente se define como aquella causada por la entrada de una sustancia extraña en las vías respiratorias, caracterizando un proceso inflamatorio agudo producido por un desequilibrio entre las defensas del huésped y la patogenia e invasión del agente causal, el cual coloniza el parénquima pulmonar ingresando por la vía aérea o por diseminación hematológica; en este caso causado por inmersión en agua, manifestado clínicamente con disminución del murmullo vesicular en ambos hemitórax y de la saturación de oxígeno (92%) <sup>(13,14)</sup>.

Dentro de las lesiones por inmersión debemos tener en cuenta que los pilares del manejo prehospitalario son: rescate y soporte vital básico (RCP) precoz, con el fin de evitar secuelas neurológicas graves y mejorar el pronóstico <sup>(13,14)</sup>. Una vez que el paciente ingresa a la institución hospitalaria se debe reevaluar el ABCDE

agregando los exámenes auxiliares básicos (AGA, hemograma, electrolitos, radiografía de tórax).

## II. Cirugía

### a. Diverticulitis

Se define como la inflamación aguda y activa del divertículo colónico que puede clasificarse como complicada (perforación libre, fístula, oclusión intestinal, abscesos, sepsis) y no complicada. Esta se encuentra dentro del espectro de las enfermedades diverticulares y puede presentarse clínicamente como dolor en cuadrante inferior izquierdo especialmente en fosa iliaca izquierda, asociado a síntomas como: fiebre y cambios en los hábitos gastrointestinales. En el examen físico, dolor y sensibilidad en cuadrante inferior izquierdo, masa palpable, distensión abdominal; y en caso de complicaciones: rebote, ausencia de peristalsis y signos peritoneales <sup>(15)</sup>.

Los divertículos son una entidad frecuente caracterizado por una protrusión sacular de la pared del colon. Anatómicamente se dividen en dos tipos: falsos (solo afecta mucosa y submucosa) y verdaderos (afecta todas las capas involucradas) <sup>(15)</sup>.

El diagnóstico se realiza mediante la clínica y la tomografía computarizada (TAC), la cual nos ayuda a poder realizar la clasificación de Hinchey para un mejor manejo quirúrgico <sup>(16)</sup>:

- I. Absceso pericólico o flemón: manejo antibiótico y, si el absceso es mayor a 4 cm se realiza drenaje percutáneo.
- II. Absceso pélvico intraabdominal y retroperitoneal: manejo antibiótico y, si el absceso es mayor a 4 cm se realiza drenaje percutáneo.
- III. Peritonitis purulenta: Sigmoidectomía y/u operación de Hartmann
- IV. Peritonitis fecaloide: Sigmoidectomía más operación de Hartmann

En el caso clínico, tenemos a un paciente adulto que presenta dolor abdominal en fosa iliaca izquierda, náuseas, vómitos (3 cámaras) y falta de deposiciones (cambios en los hábitos gastrointestinales) desde hace aproximadamente 3 días. Al examen

físico se encuentra distendido, doloroso a la palpación superficial y profunda a predominio de fosa iliaca izquierda y, con un informe ecográfico que refiere engrosamiento de la pared del colon descendente que llega hasta sigmoides y presencia de líquido libre en cavidad (aprox. 1 litro). Catalogándolo como diverticulitis aguda complicada.

#### b. Fascioliasis hepática

La Fasciola hepática es un parásito perteneciente a la clase trematoda que causa una enfermedad zoonótica conocida como fascioliasis hepática que posee predilección por el árbol biliar intrahepático o extrahepático. A nivel mundial, la zona andina de América del Sur es la zona más afectada por este parásito, por lo que el antecedente de la procedencia del paciente en este caso (Yauyos) es de gran importancia <sup>(17,18)</sup>.

Presenta una sintomatología variable, que consta de dos etapas.

- Infección aguda: tiene una duración de hasta 4 meses correspondiente a la invasión hepática; caracterizado por dolor en hipocondrio derecho o epigastria, fiebre y hepatomegalia dolorosa. Puede o no, asociarse a manifestaciones sistémicas como: artralgias, mialgias, astenia, anorexia, adelgazamiento, tos seca con infiltrado pulmonar, miocarditis o pericarditis cefalea, meningoencefalitis y crisis convulsivas.
- Etapa crónica: Clínicamente se presenta como obstrucción biliar, que puede ser parcial (dolor crónico en hipocondrio derecho) o completa (ictericia).

El diagnóstico comprende las manifestaciones clínicas, criterios epidemiológicos y laboratoriales estudio coproparasitológico). De igual manera, la ecografía abdominal indica si existe compromiso hepático, presencia de nódulos múltiples o lesiones irregulares y de masas quísticas <sup>(17,18)</sup>.

La CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) actúa como método diagnóstico y terapéutico para la obstrucción biliar por parasitosis, ya que permite el

acceso a las vías biliares para así poder extraer el agente causal asociado al tratamiento antiparasitario <sup>(17,18)</sup>.

### III. Medicina

#### a. Trombosis venosa profunda (TVP)

La TVP se encuentra del espectro de patologías que abarca el tromboembolismo venoso (TEV), esta se va a definir como la formación de un coagulo en una vena profunda generando la obstrucción del flujo venoso, especialmente de miembros inferiores como en el presente caso, donde la afectación se da en miembro inferior izquierdo.

Epidemiológicamente se ha encontrado una mayor incidencia en mujeres, personas mayores y pacientes hospitalizados de larga data. Tiene una sintomatología variable, pero se va a caracterizar por dolor, inflamación y eritema de la zona afectada; es por ello que, el diagnostico se asocia a la utilización de escalas como la escala de Wells, la cual indica realizar una ecografía doppler en pacientes con un puntaje mayor a 2 puntos durante las primeras 4 horas (negativo: exclusión diagnostica; positivo: inicio de tratamiento), mientras que en pacientes con una puntuación menor a 2 se indica Dímero D (negativo: exclusión diagnostica; positivo: ecografía doppler) <sup>(19,20)</sup>.

En este caso tenemos a una paciente mujer, mayor de 50 años con antecedente de cáncer de cérvix activo en tratamiento paliativo, reposo en cama desde hace aproximadamente 1 mes, con presencia de circulación colateral y dolor a la digitopresión en extremidad afectada; sumando un puntaje de 4 en la escala de Wells con la indicación de ecografía Doppler, la cual confirma los signos en relación a trombosis subaguda del tronco venoso femoral izquierdo; siendo el siguiente paso el inicio de tratamiento.

El pilar del tratamiento es la anticoagulación, con la administración de heparina no fraccionada (HNF) o heparina de bajo peso molecular (HBPM) por 5 a 7 días, seguido de un tratamiento prolongado con antagonistas de la vitamina K (VKA). De

acuerdo con las nuevas recomendaciones para pacientes con cáncer la HPBM sigue siendo el tratamiento inicial, siempre y cuando se mantenga una depuración de creatinina  $\geq 30$  ml/min <sup>(19,20)</sup>.

b. Tuberculosis pulmonar

El caso clínico nos presenta un paciente adulto mayor que refiere tos, disnea progresiva, pérdida de peso y sudoración nocturna desde hace aproximadamente 15 días asociado a antecedente de tuberculosis pulmonar hace 40 años. En el examen físico se encuentra polipneico, a la auscultación: murmullo vesicular pasa disminuido en bases pulmonares y crépitos difusos en ambos hemitórax. De acuerdo con la clínica, estaríamos sospechando en tuberculosis activa, puesto que en nuestro país es uno de los principales problemas de salud que afecta a los estratos más pobres. Posteriormente esta impresión diagnóstica se confirma con la prueba de esputo positiva iniciándose el tratamiento antibiótico con el esquema para tuberculosis sensible.

La tuberculosis es considerada como una patología infectocontagiosa, teniendo como agente causal más frecuente al *Mycobacterium tuberculosis*. Dentro de su evolución se caracteriza por presentarse de forma aguda, subaguda y crónica <sup>(21,22)</sup>.

Según la norma técnica del MISA (2018) <sup>(21,22)</sup> para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis el inicio del tratamiento para TBC sensible debe ser dentro de las 24 horas posteriores al diagnóstico, el esquema consta de: 2RHZE/4R3H3

- Rifampicina (R): Dosis: 10 (8-12) mg/kg – 1era y 2da fase.
  - RAMS: Incremento de transaminasas, hepatitis, neuropatía periférica y reacciones cutáneas.
- Isoniazida (H): Dosis 1era fase: 5 (4-6) mg/kg / Dosis 2da fase: 10 (8-12) mg/kg.
  - RAMS: incremento de transaminasas, elevación transitoria de bilirrubinas, hepatitis colestásicas, anorexia, síntomas gastrointestinales y reacciones cutáneas.

- Pirazinamida (Z): Dosis 1era fase: 25 (20-30) mg/kg.
  - RAMS: hepatitis, síntomas gastrointestinales, poli artralgiás, mialgiás, hiperuricemia y reacciones cutáneas.
- Etambutol (E): Dosis 1era fase: 20 (15-25) mg/kg.
  - RAMS: neuritis retro bulbar, neuritis periférica y reacciones cutáneas.

#### IV. Ginecología y Obstetricia

##### a. Diabetes gestacional (DMG)

Considerada como un trastorno metabólico endocrino en el que se desarrolla una intolerancia hacia los hidratos de carbono debido a la resistencia a la insulina y el daño en la función de las células como principales mecanismos. Se diagnostica por primera vez en la gestación independiente de la preexistencia de diabetes tipo 1 o tipo 2 <sup>(23)</sup>.

De acuerdo con el caso clínico tenemos a una gestante con inadecuado control prenatal, IMC pregestacional de 34.93 (obesidad) y un aumento mayor a los 12kg durante la gestación. De igual manera, cuenta con los siguientes exámenes auxiliares: tolerancia a la glucosa: ayuno: 111mg/dl, 60': 195mg/dl, 120': 172mg/dl <sup>(24,25)</sup>.

Idealmente se realiza en cribaje en primer trimestre (92-125 mg/dl: prueba confirmatoria de sobrecarga oral de glucosa (SOG) ó >125 mg/dl: confirmatorio), cribaje universal (24-28 semanas) ≥140 mg/dl: patológico; mientras que las pacientes a las cuales no se les ha realizado el screening hasta el 2do trimestre se les realiza la sobrecarga oral de glucosa (SOG) considerándose como diagnóstico de DM al hallazgo de dos o más de los siguientes <sup>(24,25)</sup>.

- Basal: ≥105 mg/dl
- 1hr: ≥190 mg/dl
- 2hrs: ≥165 mg/dl
- 3hrs: ≥145 mg/dl

Dentro del tratamiento, principalmente se recomienda un cambio de estilo de vida (aumentar la actividad física y mejorar la nutrición) sin embargo, la insulina sigue siendo el fármaco de elección con una dosis inicial de 0.2UI/kg/día.

En este caso clínico se optó por la finalización de la gestación a las 37 semanas por presentar un mal control.

#### b. Enfermedad hipertensiva del embarazo

Los trastornos hipertensivos del embarazo son un conjunto de complicaciones más frecuentes en la gestación diagnosticados cuando la presión arterial es  $\geq 140/90$  mmHg, al menos en 2 tomas con 4 horas de diferencia, estos se van a clasificar en (26,27,28).

- I. Hipertensión gestacional: Hipertensión arterial de novo que aparece después de las 20 semanas de gestación. No asociado a proteinuria con retorno a la normalidad, en el posparto.
- II. Hipertensión arterial crónica: Hipertensión arterial preexistente antes de la gestación o antes de la semana 20 de gestación que persiste hasta 12 semanas después del parto. En gestantes con una presión arterial  $\geq 160/110$  mmHg u otras se manejan de la misma manera que en preeclampsia con características graves.
- III. Hipertensión arterial crónica más preeclampsia sobreagregada: proteinuria superior a 0,3 gr/24 hrs en un contexto de hipertensión crónica.
- IV. Preeclampsia: hipertensión gestacional asociada a una proteinuria superior a 0,3 gr/24 hrs / Eclampsia: presencia de preeclampsia más convulsiones tónico-clónicas.

De acuerdo con el caso clínico tenemos a una gestante con antecedente de preeclampsia hace 5 años, sin síntomas premonitorios de preeclampsia, pero que al tomarle las funciones vitales se encuentra una presión arterial de 160/100 mmHg sin antecedente patológicos de importancia, catalogándola dentro del espectro de los trastornos hipertensivos del embarazo e iniciando con el tratamiento hipertensivo

(Nifedipino 10mg vo). Posteriormente se le realiza los exámenes auxiliares donde se encuentra proteinuria (-), hemograma normal, enzimas hepáticas normales, urea y creatinina normal; descartando el diagnóstico de preeclampsia y confirmando el diagnóstico de Hipertensión gestacional.

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

El inicio del internado en el Hospital Rezola se llevó a cabo en el mes de Julio 2021, teniendo una duración de 10 meses. Antes de comenzar, la institución hospitalaria brindó charlas correspondientes a las obligaciones y derechos que poseíamos como internos. De igual manera, la red nos dividió en 4 grupos, siendo los 2 primeros de estos los que comenzamos rotando en el hospital, mientras que los otros 2 grupos comenzaron rotando en centro de salud.

La autora del presente informe inició su rotación en el servicio de Ginecología y Obstetricia, dónde contábamos con un sistema organizacional para atender los partos eutócicos, el cual consistía en que cada 2 partos atendidos por los internos de obstetricia, el siguiente era atendido por el interno de medicina; reduciendo nuestras oportunidades de atender partos, puesto que pocas veces se llegaba a atender 3 o más partos al día. Sin embargo, la atención en emergencia y consulta externa reforzó nuestros conocimientos teóricos con la práctica.

La segunda rotación consistió en pediatría en el centro de salud San Luis, dónde se pudo apreciar las patologías más comunes en niños asociadas a la comunidad. Posteriormente continuamos con la rotación de cirugía general, donde pudimos ser más proactivos en el trato con los pacientes. Gracias a que el nosocomio es hospital de referencia de la mayor parte de la Panamericana sur, todos los accidentes de tránsitos eran derivados allí, consolidando nuestros conocimientos en temas como trauma abdominal, fracturas, TEC, entre otros; así como también nos ayudó a fortalecer nuestro criterio clínico y analítico.

La última rotación de medicina se llevó a cabo en el primer nivel de atención, dónde las patologías más comunes fueron: Diabetes mellitus, Hipertensión arterial e infecciones respiratorias altas; consolidando de igual manera la parte teórica.

## CONCLUSIONES

El internado médico es una de las etapas más indispensable de la carrera, puesto que ponemos en práctica y consolidamos todos los conocimientos adquiridos a lo largo de los años.

Si bien es cierto que, el contexto actual limitó en gran medida su desarrollo normal, todos tuvimos que adaptarnos mediante la implementación de nuevas estrategias tanto en el trato con los pacientes, como en el ejercicio práctico clínico de cada rotación.

En términos generales, gracias a las rotaciones que realizamos en los centros de primer de nivel, pudimos apreciar las patologías más comunes y cómo debemos abordarlas; cuándo es necesario referirlas y hasta qué punto puede ser tratada allí. En cambio, en el hospital pudimos consolidar los conocimientos teóricos de patologías que, si bien es cierto, vamos a ver en nuestro día a día, estas requieren un manejo multidisciplinario y requieren un abordaje mayor; por ello, considero que ambas rotaciones han sido provechosas en muchos aspectos para nosotros, no solo por el conocimiento brindado por los docentes, sino también por la experiencia ganada en ambos.

Finalmente, este periodo académico de internado 2021-2022 se desarrolló de manera segura, con todos los implementos de bioseguridad y permitió el aprendizaje del diagnóstico y manejo las patologías más comunes necesarias para nuestro futuro.

## **RECOMENDACIONES**

Sería recomendable que se implante una supervisión adecuada de las rotaciones e instalaciones de los hospitales y centros de primer nivel de atención que se encuentran en provincia, para que se pueda brindar una mejor enseñanza académica a los internos.

De igual manera, se podría ambientar espacios académicos adecuados para la realización de seminarios y charlas en cada institución hospitalaria.

Así como, poder contar con más tutores de cada especialidad por la cual se rota, puesto que eso brindaría un mayor acercamiento y nos brindaría una enseñanza más individualizada.

Finalmente, cabe resaltar la importancia del apoyo en esta etapa crucial, la cual no solo culmina con la entrega del título universitario, el bachiller o la aprobación del ENAM; sino que conlleva los primeros pasos que vamos a dar dentro de nuestra larga carrera profesional formándonos en valores, virtudes y juicio clínico.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital Rezola. Plan Operativo Anual. 2010. Disponible en: [https://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13993/PLAN\\_13993\\_2010.pdf](https://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13993/PLAN_13993_2010.pdf)
2. Hospital Rezola. Plan Operativo institucional. 2017. Disponible en: <https://hospitalrezola.gob.pe/pdf/estrategico/2017/POI2017.pdf>
3. Oliva M, Ochoa X.. Fiesta neuronal: estado epiléptico en pediatría. An Med (Mex) 2018; 63(1): 38-47.
4. González A. Estatus epiléptico. Protoc diagn ter pediatr. 2020; 1: 119-140
5. MINSA. Guía de práctica clínica de epilepsia.2015. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3392.pdf>
6. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento del estado epiléptico en niños. 2019. Disponible en: [http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2020/RD\\_492-2019-HCH-DG.pdf](http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2020/RD_492-2019-HCH-DG.pdf)
7. Paz C, Varela X, et al. Revisión del estado epiléptico convulsivo pediátrico y su manejo antiepiléptico. RevMedChile2016; 144: 83-93.
8. Vergara J, Ladino L, Castro C, Gómez B, Forero E, Vargas J, et al. Tratamiento del estado epiléptico, consenso de expertos. Asociación Colombiana de Neurología, Comité de Epilepsia. Acta neurol colomb. 2019;35(2):74–88.
9. García I, Cesáreo A, et al. Documento de consenso para el tratamiento del paciente con crisis epiléptica urgente Emergencias 2020;32:353-362.
10. Aguirre CG, Huerta AM, Ceja H, Salgado K, San Román R, Ortiz MA, et al. Clinical guideline: febrile seizures, diagnosis, and treatment. Revista Mexicana de Neurociencia. 2021;20(2).
11. Laino D, Mencaroni E, Esposito S. Management of Pediatric Febrile Seizures. Int. J. Environ. Res. Public Health 2018, 15(10), 2232
12. Leung AKC, Hon KL, Leung TNH. Febrile seizures: an overview. Drugs Context. 2018;7:1–12.
13. Pons S. Lesiones por inmersión. Protoc diagn ter pediatr. 2020;1:289-298.

14. Rodríguez A, Gómez AM. Manejo inicial del casi ahogamiento e hipotermia por inmersión. Rev Ene. 2014;8(1).
15. Barbalace NM. Manejo Actual de la Enfermedad Diverticular Aguda del Colon. REV ARGENT COLOPROCT | 2017 | VOL. 28, Nº 2 : 181-191.
16. García C, Rodríguez D. Diverticulitis: revisión de la literatura en cuanto al manejo actual. Rev Clín Esc Med UCR-HSJD. 2019;9(2).
17. Geldres AB, Romero JL, García LI, Alcántara CE. Fascioliasis: una causa infrecuente de obstrucción de vía biliar. Reporte de un caso. Acta Gastroenterol Latinoam. 2021;51(3).
18. Carrada T. Fasciola Hepatica. Rev Mex Patol Clin, Enero - Marzo 2007; 54 (1): 21-27.
19. Chama A, Becerra J, Valdez RA, Huerta H. Diagnóstico y tratamiento de la trombosis venosa profunda. Revista Mexicana de Angiología. 2021;49(1):24–32.
20. Garro V, Robles V, Rojas S. Presentación, diagnóstico y tratamiento del tromboembolismo venoso. Rev Medica Sinerg. 2020;5(2):e350.
21. Alarcón V, Alarcón E, Figueroa C, Mendoza-Ticona A. Tuberculosis en el Perú: Situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017;34(2):299.
22. MINSA. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. 2018. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404114640.pdf>
23. MINSA. PROTOCOLO: DIABETES GESTACIONAL. 2019. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4931.pdf>
24. Espinoza AL, Fernandez RE. Lo nuevo en diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus gestacional. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2019;4(4).
25. Medina EA, Sánchez- A, Hernández AR, Martínez MA, Jiménez CN, Serrano I, et al. Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. Med interna Méx. 2017;33(1):91–8.
26. Melvin L, Funai E. Gestational hypertension. UpToDate. 2022.

27. Salas B, Montero F, Alfaro G. Trastornos hipertensivos del embarazo: comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. *Rev Medica Sinerg.* 2020;5(7):e532.
28. Bryce A, Alegría E, Valenzuela G, Larrauri CA, Urquiaga J. Hipertensión en el embarazo. *Rev peru ginecol obstet.* 2018;64(2):191–6.