



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PRIMER Y TERCER NIVEL
DE ATENCIÓN 2021-2022**

**PRESENTADO POR
ANA SOFIA CAMPOS BAILON
PAMELA DEL ROCIO YSIQUE CHERO**

**ASESOR
JULIO CESAR FERNANDEZ HAQQUEHUA**

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

LIMA- PERÚ

2022



**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
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PRIMER Y TERCER
NIVEL DE ATENCIÓN 2021-2022**

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

PRESENTADO POR

ANA SOFIA CAMPOS BAILON

PAMELA DEL ROCIO YSIQUE CHERO

ASESOR

DR. JULIO CESAR FERNANDEZ HAQQUEHUA

LIMA – PERÚ

2022

JURADO

Presidente: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Fernando Herrera Huaranga

Miembro: Dr. César Aguilera Herrera

ÍNDICE

PORTADA	i
JURADO	ii
ÍNDICE	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
I.1 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	1
I.2 ROTACIÓN DE NEONATOLOGÍA Y PEDIATRÍA	5
I.3 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	9
I.4 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL	12
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	16
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	18
III.1 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	18
III.2 ROTACIÓN DE NEONATOLOGÍA Y PEDIATRÍA	21
III.3 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL	24
III.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	27
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	31
CONCLUSIONES	333
RECOMENDACIONES	334
FUENTES DE INFORMACIÓN	365

RESUMEN

El internado médico constituye la etapa final de la carrera de medicina en la cual se ponen en práctica los conocimientos adquiridos durante los años previos. El objetivo del presente trabajo es dar a conocer las experiencias vividas en los diez meses del internado, mediante la revisión de casos clínicos que se abordaron en las cuatro rotaciones.

Además, se relatan los cambios que se han realizado en la atención médica frente a la pandemia COVID19 desde la perspectiva de estudiantes de la salud, ya que en contraste con años anteriores el internado 2021-2022 fue realizado tanto en el primer como en el tercer nivel de atención lo que permitió adquirir conocimientos necesarios para poder aplicarlos posteriormente en el Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (SERUMS).

ABSTRACT

The medical intern constitutes the final stage of the medical career in which the knowledge acquired during the previous years is put into practice. The objective of this work is to present the experiences lived in the ten months of the internship, through the review of clinical cases that were addressed in the four rotations.

In addition, the changes that have been made in medical care in the face of the COVID19 pandemic are reported from the perspective of health students, since in contrast to previous years, the 2021-2022 internship was carried out both in the first and in the third level. of attention which allowed to acquire necessary knowledge to be able to apply them later in the Rural Urban Marginal Health Service (SERUMS)

INTRODUCCIÓN

La situación sanitaria en el país se ha visto afectada durante los últimos dos años, por la pandemia por infección con el virus SARSCOV2, obligando a realizar cambios en nuestro sistema de salud nacional, lo que influyó también en la formación de los estudiantes de medicina y de otras profesiones de ciencias de la salud.

En años previos a la pandemia los últimos años de la carrera se llevaban a cabo en los principales hospitales de la región de Lima, así como también en algunos institutos especializados, por lo que se podían poner en práctica lo aprendido durante los estudios en ciencias básicas en la facultad; ahora se ha tenido que modificar la enseñanza de la medicina para poder adaptarse al contexto de la pandemia, implementando las sesiones virtuales con simulaciones en los años previos al internado, y abriendo plazas para los internos en el primer nivel de atención, en clínicas e institutos especializados en donde previamente no se tenía planeado llevar el internado.

Otro cambio que se dio durante los últimos dos años es la reducción de días de internado, previamente el reglamento del MINSA (Ministerio Nacional de Salud) estipulaba un internado de trescientos sesenta y cinco días calendario, comenzando el año de estudio el primero de enero y terminando el treinta y uno de diciembre, en la actualidad el internado se desarrolla en diez meses, dentro de los cuales el cincuenta por ciento se puede llevar en algún hospital nacional y el otro cincuenta por ciento en alguna institución nivel uno, estableciendo además ciento cincuenta horas mensuales de trabajo.

Por lo anteriormente expuesto, se elaboró el presente trabajo para dar a conocer el funcionamiento actual de las diferentes instituciones de salud en las que se realizó el año de internado, los cambios que se han dado por el COVID19 además de la forma de abordaje de los pacientes en las cuatro especialidades que el interno tiene la posibilidad de rotar durante el año.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

En este capítulo se relatan dieciséis casos clínicos vistos durante las rotaciones del internado médico 2021-2022, mencionando la forma en la que se llegó a la presunción diagnóstica de cada uno de ellos, el abordaje inicial y el manejo final que se llevaron a cabo. Para esto se detallarán cuatro casos clínicos vistos en cada una de las cuatro especialidades, siendo estas ginecología y obstetricia, neonatología y pediatría, cirugía general, y medicina interna; incluyendo casos de pacientes que llegaron a atenderse tanto en el primer como en el tercer nivel de atención, permitió tener una visión más amplia en la forma de abordaje en cada uno de estos niveles. Posteriormente la discusión de cada caso clínico, en el sentido de justificar el porqué de las decisiones tomadas.

I.1 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Caso 1. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo

Paciente mujer de veintinueve años de edad acude a tópico de gineco-obstetricia del hospital por cuadro clínico caracterizado por sangrado vaginal de escasa cantidad, niega contracciones uterinas y pérdida de líquido, además percibe movimientos fetales.

Antecedentes personales: Niega hipertensión arterial, diabetes mellitus y asma. Refiere reacción alérgica a Tramadol.

Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los doce años, inicio de relaciones sexuales a los dieciocho años, no uso de métodos anticonceptivos, G2 P1001.

Examen físico: Funciones vitales: PA: 120/70 mmHg, FC 96 por minuto, FR: 20 por minuto, T° 36°C, SatO₂: 98%. Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor de dos segundos, no palidez, no ictericia. Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos. Abdomen: No doloroso a palpación, ocupado por útero

grávido, altura uterina de 32 cm, latidos cardiacos fetales: 140 por minuto, SPP (situación presentación posición): longitudinal cefálico derecho, dinámica uterina esporádica, movimientos fetales ++/+++, a la especuloscopia: orificio cervical externo cerrado, sangrado vaginal escaso no activo. Tacto vaginal diferido.

Se plantea como diagnóstico presuntivo gestante de 34 semanas por fecha de última regla, hemorragia de la segunda mitad del embarazo a descartar placenta previa, y cesareada anteriormente. Se le solicitan exámenes de laboratorio: Hemograma no patológico, examen de orina: hematíes 8 a 10 por campo, grupo y factor RH: B+, además de una ecografía transvaginal, donde se evidencia placenta previa grado III, se decide su hospitalización con indicación de reposo absoluto, vendaje compresivo de miembros inferiores y maduración pulmonar con betametasona intramuscular 12 mg cada veinticuatro horas, dos dosis. Paciente presenta remisión del sangrado y se mantiene conducta expectante hasta finalización de gestación en semana 37 1/7 mediante cesárea segmentaria iterativa.

Caso 2. Miomatosis uterina

Paciente mujer de cuarenta años ingresa por emergencia a tópico de ginecología refiriendo sangrado vaginal desde hace cuatro días aproximadamente, asociado a mareos.

Antecedentes patológicos: niega. Antecedentes quirúrgicos: niega. Antecedentes gineco-obstétricos: menarquia a los once años, G0, FUR (fecha de última regla): veinte días antes de su ingreso, RC (régimen catamenial): 6-7/ 28-30, inicio de relaciones sexuales a los catorce años, número de parejas sexuales: tres, PAP (prueba de Papanicolau): negativa en 2021, método anticonceptivo: inyectable trimestral. bHCG (-).

Al examen físico: PA: 100/60 mmHg, FC: 120 por minuto, FR: 19 por minuto, Sato2: 98%. Piel: palidez marcada. Ginecológico: a la especuloscopia cérvix cerrado, sangrado escaso proveniente de útero.

Se le diagnostica hemorragia uterina anormal y se solicita hemograma completo, grupo y factor, examen de orina, ecografía transvaginal. Se le pasa 500 cc de cloruro de sodio al 9% y ácido tranexámico 1 g endovenoso al momento, luego horario cada 8 horas; posteriormente se reevalúa con resultados de exámenes solicitados, en el hemograma se encontró anemia severa (Hemoglobina 4.7 g/dl), por lo que se le transfundieron tres paquetes globulares y se hospitalizó con los diagnósticos de hemorragia uterina anormal de etiología a determinar y anemia. En la hemoglobina control post transfusión se evidenció un ascenso hasta 8.3 g/dl, los resultados de examen de orina, no patológico, y de la ecografía, donde se evidenció miomatosis uterina múltiple difusa, por lo que se le programa para sala de operaciones, se realiza histerectomía vaginal, se le administra clindamicina 600 mg y gentamicina 80 mg, se le transfunden dos paquetes globulares antes de la cirugía, además por el hallazgo previo de una distopía grado POP IIAa se le realizó una colporrafia anterior, evolucionando favorablemente y retirando tapón vaginal.

Se le indicó analgesia y antibioticoterapia con clindamicina y gentamicina post operatoria y se solicitó hemoglobina control con resultado en 10.5 g/dl por lo que se le explicaron los signos de alarma y se le dio de alta.

Caso 3. Embarazo ectópico

Paciente mujer de veintinueve años acude a emergencia de ginecología refiriendo que aproximadamente dos horas antes de su ingreso mantuvo relaciones sexuales y presentó dispareunia, además de dolor súbito de intensidad ocho de diez en hipogastrio y cuadrante inferior derecho, niega síntomas agregados.

Antecedentes personales: G.0, RC: 4-5/28-29, refiere presentar retraso menstrual de aproximadamente seis semanas según fecha de última menstruación. Pareja estable.

Antecedentes patológicos: niega.

Al examen físico: Funciones vitales estables, abdomen blando, depresible, dolor a la palpación profunda en cuadrante inferior derecho, no signos peritoneales. Se le realiza tacto vaginal, se palpa útero anteversoflexo y presenta dolor a la movilización del cérvix. Se le solicita b-HCG con resultado positivo, hemograma tiene resultados dentro de los valores normales. Se le pide una ecografía abdominal ya que se sospecha de un embarazo ectópico, se aprecia útero de 62x50x42mm, endometrio trilaminar de siete milímetros y en anexo derecho se observa imagen quística que impresiona saco gestacional con embrión en su interior sin latidos cardiacos, no líquido libre en fondo de saco posterior.

Se plantea el diagnóstico de embarazo ectópico, programándola para sala de operaciones donde se le realiza una laparoscopia más anexectomía derecha obteniéndose como diagnóstico post operatorio embarazo ovárico derecho, trompa de Falopio sin alteraciones. Posterior a la cirugía la paciente presentó evolución favorable y se le dio de alta a los dos días.

Caso 4. Preeclampsia severa

Paciente mujer de treinta y cuatro años de edad, con embarazo de treinta y seis semanas acude por emergencia referida de su centro de salud por presentar cefalea de moderada intensidad y presión arterial elevada (150/90).

Presenta como antecedentes ginecológicos: menarquia a los once años, G1 P1001, primera gestación con preeclampsia leve que culminó con la finalización del embarazo a las treinta y siete semanas. Gestante refiere dolor de cabeza a predominio frontal de intensidad seis de diez, percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido y sangrado.

Al examen físico: PA: 150/100 mmHg, FC: 84 por minuto, FR: 20 por minuto, T°: 36,5°C. Abdomen: altura uterina en 36 cm. SPP: Longitudinal cefálico derecho. FCF (frecuencia cardiaca fetal): 135 latidos por minuto. Genitales: No se observa pérdida de líquido amniótico ni sangrado. TCSC (tejido celular subcutáneo): Leve edema en miembros inferiores, fóvea +/+++ . SNC (sistema nervioso central): Orientada en tiempo, espacio y persona.

Se solicitan exámenes auxiliares, hemograma completo, grupo y factor, perfil de toxemia y examen de orina. Paciente se queda en observación y en el control de PA se encuentra valores de 170/110 mmHg por lo que se le administra nifedipino 10 mg vía oral, además refiere dolor tipo ardor en mesogastrio. Se reciben resultados de exámenes auxiliares: Hemoglobina: 9.8 g/dl., LDH: 350 IU/L, TGO: 85 y TGO: 74, plaquetas dentro de valores normales. En examen de orina proteinuria +++.

Se diagnostica preeclampsia con signos de severidad, se indica sulfato de magnesio, se cursan pruebas cruzadas y le realizan cesárea urgente, obteniéndose producto masculino de 2500 gramos de peso, apgar 9-10. Posterior a la cesárea paciente presenta cefalea de leve intensidad y presiones que disminuyen progresivamente, se brinda alojamiento conjunto y posterior alta.

I.2 ROTACIÓN DE NEONATOLOGÍA Y PEDIATRÍA

Caso 1. Síndrome coqueluchoide

Paciente varón de tres meses es llevado a emergencia de pediatría con un tiempo de enfermedad de diez días, que inició con rinorrea, tos y estornudos esporádicos, y fiebre de 38°C por lo que madre le administra siete gotas de Paracetamol disminuyendo temperatura. Dos días antes de su ingreso tos se vuelve más exigente y con mayor frecuencia, además se acompaña de vómitos y rubicundez facial en ocho oportunidades.

Antecedentes fisiológicos: parto eutócico, peso al nacer: 3400 gramos, edad gestacional cuarenta semanas, apgar 9/10, lactancia materna exclusiva, vacunas hasta los dos meses.

Antecedentes patológicos: niega. Antecedentes familiares: padre y madre adolescentes. Examen físico de emergencia: peso: 7500 gramos, talla: 62 cm. Funciones vitales: FC 110 por minuto, FR 28 por minuto, T° 37°C. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, se auscultan escasos sub crepitos.

Se solicita hemograma: hemoglobina 9.6 g/dl, VCM 77, HCM 26.2, leucocitos 6500, neutrófilos segmentados 7.5% (361/mm³), una radiografía de tórax en donde se evidencia infiltrado intersticial y aumento de la trama broncovascular y prueba antigénica SARSCOV-2 con resultado negativo; se plantea como diagnóstico síndrome coqueluchoide, neutropenia severa y lactante menor hijo de madre adolescente.

Se hospitaliza para recibir antibioticoterapia con Azitromicina 75 mg vía oral cada 24 horas, antipiréticos, oxígeno terapia por cánula binasal condicional a saturación menor a 92%, vigilancia de patrón respiratorio, limpieza de fosas nasales, monitoreo de tos paroxística. Durante su estadía en hospitalización presentó tirajes subcostales e intercostales, subcrepitos en ambos campos pulmonares, sibilantes diseminados y saturación de 89% a FIO₂ ambiental por lo que se le coloca cánula binasal a 0.5 litros por minuto logrando una saturación del 98% y requiriendo mayor flujo de oxígeno en los días siguientes, hasta 1 litro por minuto por exacerbación de sintomatología. Posterior a esto se le retira de manera progresiva cánula binasal y presenta evolución lenta favorable, aumento de neutrófilos segmentados a 35% en hemograma control y se completan cinco días de tratamiento antibiótico. Posteriormente disminuyen episodios de tos, se explica a la madre signos de alarma y se le da alta con indicaciones.

Caso 2. Celulitis pre septal

Paciente varón de un año y nueve meses ingresa por emergencia de pediatría en brazos de su madre, quien refiere que un día antes del ingreso presenta enrojecimiento y aumento de volumen en párpado superior, madre colocó compresas de manzanilla en la zona, sin embargo, clínica persistió y el día del ingreso se le agregó pobre apertura ocular. En el interrogatorio madre desconoce si paciente sufrió picadura de insecto.

Antecedentes patológicos: otitis hace 1 mes, con tratamiento completo con Amoxicilina. Al examen físico: Funciones vitales: FC: 154 por minuto, FR: 29 por minuto, T°: 38.5°C. Cabeza: ojo derecho, aumento de volumen y leve

eritema en párpado superior, apertura ocular conservada en 80%, no impresiona dolor a la palpación y movimientos oculares.

Se solicita hemograma completo se encuentra leucocitosis de 14 000 y anemia leve (hemoglobina en 10.1 g/dl). Se plantea como diagnóstico celulitis pre septal y se inicia antibioticoterapia con Oxacilina 450 mg endovenoso cada 6 horas, se realiza interconsulta al servicio de oftalmología, quién confirma el diagnóstico, indica continuar con antibioticoterapia y sugiere tomografía orbitaria para delimitar extensión. Paciente presenta prurito en zona afectada, se le agregan antihistamínico, Clorfenamina 1.5 mg vía oral cada 8 horas, y se hospitaliza. La tomografía muestra que infección no sobrepasa el septum orbitario, paciente evolución favorable con disminución de edema por lo que al terminar tratamiento se le da el alta.

Caso 3. Enfermedad por arañazo de gato

Paciente varón de cuatro años sin antecedentes de importancia, niega viajes recientes, ingresa a emergencia con un tiempo enfermedad de seis días caracterizado por lesión en región axilar derecha con medidas de 1x2 cm asociada a prurito que fue aumentando de volumen hasta 5x5cm. Tres días antes del ingreso acude a centro de salud donde le indican Dicloxacilina no presentado mejoría. Dos días antes del ingreso se le agrega fiebre de 38°C, dolor y dificultad para ingerir alimentos por lo que acude a hospital.

Al examen físico se evidencia aumento de volumen en región axilar derecha de 5 x5 cm con lesión ulcerada de 0.5 cm de bordes regulares sin secreción purulenta, a la palpación calor local, adherida a planos profundos y leve dolor a la movilización de miembro superior. Además, se evidencian excoriaciones lineales en antebrazos por lo que se interroga a madre quien refiere que menor tiene contacto con gato.

Se solicita hemograma con resultados dentro de valores normales y ecografía de partes blandas encontrándose ganglios de aspecto reactivo, radiografía de tórax con resultados sin alteraciones. Se diagnostica como adenitis axilar a descartar enfermedad por arañazo de gato. Se inicia

tratamiento antibiótico con Azitromicina 170 mg en el primer día seguido por 85 mg los siguientes cuatro días y se envía serología para *Bartonella Henselae*. Cuadro presenta evolución favorable y se reciben resultados de serología Ig M 1:160 confirmando diagnóstico.

Caso 4. Celulitis

Paciente varón de doce años que acude a emergencia acompañado de su madre, quien refiere que hace tres semanas aumento de volumen en miembro inferior izquierdo (muslo), asociado a calor local, por lo que le administró una pastilla para la infección y un relajante muscular, no remitiendo sintomatología, hace una semana acude a su centro de salud en donde le indican Ceftriaxona 1 gr y Metronidazol 500 mg por cinco días con lo que dolor disminuye levemente, pero persiste aumento de volumen. Actualmente cursa con fiebre y dolor intenso en zona de lesión.

Al examen preferencial de emergencia: muslo izquierdo aumentado de volumen, empastamiento de aproximadamente 6x4 cm con lesión de 0.5 cm que aparenta ser la puerta de entrada, además se evidencia eritema, y calor a la palpación.

Se diagnostica celulitis de miembro inferior izquierdo y se solicita ecografía y radiografía, además de hemograma. En la ecografía se encuentra colección de aproximadamente 135 cc, la radiografía no evidencia compromiso óseo y el hemograma presenta leucocitosis de 13000. Se le inicia tratamiento antibiótico con Clindamicina y Vancomicina previa realización de cultivo de secreción, posteriormente se reciben resultados de cultivo en donde se aisló *Staphylococcus Aureus* sensible a tratamiento por lo que se decide continuar; además se le realizaron drenajes de la colección en dos oportunidades y se observó posterior disminución de volumen de dicho miembro.

I.3 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso 1. Escabiosis

Paciente mujer de treinta y tres años acude a consultorio externo de medicina general, refiriendo que desde hace aproximadamente una semana presenta prurito intenso a predominio nocturno, asociado a lesiones en “todo el cuerpo”. Al interrogatorio: antecedentes personales: trabajo: cobradora de combi, niega antecedentes patológicos, niega reacciones alérgicas a medicamentos.

Al examen físico realizado en consultorio se encuentran funciones vitales estables (FC: 86 por minuto, SatO₂: 97%, FR: 19 por minuto, PA: 120/74 mmHg) y se evidencian pápulas eritematosas, algunas descamativas, en ambos miembros superiores, a predominio de flexura de codos y axilas, tronco y ambos miembros inferiores.

Se plantea como diagnóstico escabiosis por lo que se le inicia tratamiento con Permetrina al 5%, indicándole a la paciente que use la crema en todo el cuerpo, incluyendo pliegues, desde el cuello hasta la punta de los pies y también debajo de las uñas, en la noche y que previo y posterior a la aplicación se bañe. Se le dice a la paciente que realice el mismo procedimiento ocho días después de la primera aplicación y además se le indica que coloque todas sus prendas de vestir en bolsas durante mínimo tres días usando solo ropa lavada, aconsejándole también sobre la importancia del lavado de manos y que si ha tenido contacto reciente con alguna otra persona, esta debe recibir el mismo tratamiento.

Caso 2. Hipotiroidismo

Paciente mujer de veintisiete años acude a consulta refiriendo que en los últimos meses ha aumentado de peso a pesar de no haber cambiado sus hábitos alimenticios, menciona además que presenta cansancio y aumento del sueño. Al ahondar más en la anamnesis paciente cuenta que durante las últimas semanas “se estriñe con facilidad”.

Antecedentes familiares: madre con trastorno tiroideo, no sabe cuál. Niega antecedentes personales. RC: 4-5/irregular. Examen físico: Peso: 71 kg Talla: 164 cm. IMC: 28 FC: 72 por minuto, FR: 14 por minuto, PA: 100/62 mmHg, SatO₂: 98%. Piel y TCSC: piel seca, aumento de TCSC. Cabeza y cuello: tiroides de consistencia blanda, no aumento de tamaño. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes.

Se plantea como presunción diagnóstica hipotiroidismo clínico y se le solicita pruebas de laboratorio: TSH, T4 libre, glucosa basal y perfil lipídico y se realiza interconsulta a nutrición para consejería.

Paciente acude a consulta con resultados de laboratorio: Glucosa: 95 g/dl, TSH: 20 mUI/L, T4: 0.3 ng/dl, colesterol total: 230 ng/ml, colesterol HDL: 40 ng/ml, colesterol LDL: 100 ng/ml, triglicéridos: 150 mg/dl. Se confirma el diagnóstico de hipotiroidismo primario y se inicia tratamiento con levotiroxina 100 ug por día en ayunas, que debe tomarlo con el estómago libre de alimentos y que deben pasar mínimo treinta minutos antes de la primera comida, se le programa control en un mes. Finalmente, se le recuerda a la paciente la importancia de seguir el plan de alimentación proporcionado por el servicio de nutrición.

Caso 3. Hepatitis

Paciente mujer de treinta y cinco años acude a consultorio externo de medicina general por cuadro clínico de seis días de evolución caracterizado por malestar general, náuseas, disminución de apetito, dolor abdominal de intensidad tres de diez y sensación de plenitud postprandial, además refiere que sus familiares notaron cambio de coloración en piel.

Antecedentes personales: no consumo de alcohol, tabaco, ni drogas, no viajes recientes. Antecedentes patológicos: Hipertensión arterial diagnosticada hace cuatro años en tratamiento regular con Losartán 50 mg cada doce horas. Paciente refiere haber tenido un episodio similar de menor intensidad tiempo atrás y que suele almorzar en su lugar de trabajo.

Al examen físico: FC: 90 por minuto, FR: 19 por minuto, PA: 134/78 mmHg, SatO₂: 97%. Piel y escleras ictéricas ++/+++. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, ruidos hidroaéreos presentes, aparente hepatomegalia, signo de Murphy negativo.

Se plantea el diagnóstico de síndrome doloroso abdominal a descartar colecistitis crónica versus hepatitis A. Por los diagnósticos planteados se le solicita una ecografía abdominal, perfil hepático e IgM anti VHA y se le indica buena hidratación, evitar ingesta de comidas grasas, y un correcto lavado de manos y de alimentos. Paciente vuelve a consulta con resultados de laboratorio: IgM anti VHA: reactivo, Bilirrubina total: 3.2 mg/dl a predominio directo, TGO: 1200 UI/L, TGP: 1530 UI/L, albúmina: 4g/dl, fosfatasa alcalina: 90 g/dl. Trae informe de ecografía que muestra aumento de tamaño de hígado, sin evidenciar alteraciones a nivel de vesícula biliar. Se confirma diagnóstico de hepatitis A y se continúa manejo conservador explicándole a la paciente que la patología que presenta suele autolimitarse en aproximadamente catorce días.

Caso 4. Hemorragia digestiva alta

Mujer de sesenta y ocho años acude a tópico de medicina por presentar un día antes del ingreso cefalea de tipo pesadez en zona occipital, dolor abdominal en epigastrio de intensidad tres de diez el cual fue aumentando de manera progresiva hasta seis de diez. Posteriormente se agrega deposiciones oscuras en tres oportunidades de aproximadamente 1000 cc, el día del ingreso se agrega diaforesis y mareos.

Antecedentes personales: hemorroides externas diagnosticadas en febrero de 2021.

Antecedentes ginecológicos: G4P3012. FUR: A los cincuenta y dos años.

Medicación habitual: ibuprofeno dos tabletas al día desde hace dos meses por dolor perianal.

Reacciones alérgicas medicamentosas: Penicilina

Al examen físico de emergencia se encuentran funciones vitales: PA: 100/60 mmHg, FC: 113 por minuto, FR: 20 por minuto, SatO2: 99%.

Piel: Tibia, elástica, hidratada, palidez ++/+++. No ictericia. Llenado capilar menor de dos segundos.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, no distendido, blando, depresible, leve dolor a la palpación en epigastrio. No visceromegalia.

Tacto rectal: Esfínter normotónico, leve sangrado oscuro, hemorroides externas.

Se le realizan exámenes de laboratorio en donde se encuentra: Grupo y factor RH: B + , hemoglobina: 8 g/dl, Hematocrito 23.7%, VMC: 84.8, HMC: 28.2, leucocitos: 13 300, TP: 15.9, TTPa 37.9, INR:1.18, glucosa, electrolitos y perfil hepático dentro de los valores normales, se plantea como diagnóstico hemorragia digestiva alta por ingesta de AINES a descartar úlcera péptica versus lesión aguda de la mucosa gástrica, se realiza interconsulta al servicio de gastroenterología quienes solicitan EDA (endoscopia digestiva alta), siendo luego hospitalizada en el piso de medicina, indicando NPO (nada por vía oral), hidratación con cloruro de sodio, dimenhidrinato, metoclopramida y tramadol horarios. Se le realiza EDA, con hallazgos: úlcera fibrinada con vaso visible en su centro ubicado en anastomosis gastroduodenal. Por lo que según la clasificación de Forrest, se trata de una úlcera estadio IIA, se esclerosa con adrenalina y se decide iniciar con bolo de 80 mg de Omeprazol seguido de 8 mg por hora en infusión continua, posteriormente se reevalúa con escala de Rockall y se decide alta con indicaciones.

I.4 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

Caso 1. Apendicitis aguda

Paciente varón de veinte años ingresa a tópico de medicina con un tiempo de enfermedad de dos días caracterizado por dolor abdominal que inicia en mesogastrio de intensidad tres de diez, acompañado de hiporexia y que en el transcurso de las horas se irradia a cuadrante inferior derecho aumentando de intensidad, asociándose a sensación de alza térmica.

Al examen físico preferencial se encontró abdomen no distendido, moderado dolor a la palpación y rebote positivo en cuadrante inferior derecho, ruidos hidroaéreos presentes y signo de Mc Burney positivo. Se solicitó hemograma se evidencia leucocitosis de 19000 y ecografía abdominal, no se logra visualizar apéndice cecal.

Se diagnostica como apendicitis aguda y se realiza interconsulta a cirugía quienes confirman diagnóstico. Se administra hidratación y se hospitaliza para manejo quirúrgico. Se obtienen como hallazgos intraoperatorios apéndice perforado en su base con peritonitis focal, por lo que le realizan apendicetomía abierta con incisión Rocky Davis y colocación de dren pen rose.

En el postoperatorio se continuó con hidratación parenteral y alimentación oral progresiva una vez que el paciente presentó remisión de dolor abdominal, vómitos y presencia de flatos. En los días siguientes se indicó antibioticoterapia más analgesia y curación diaria de herida operatoria, paciente evoluciona favorablemente, secreción de dren pen rose se torna serosa y se realiza movilización del dren hasta su retiro definitivo, posterior a lo cual se le da de alta.

Caso 2. Colecistitis aguda

Paciente mujer de treinta años acude a tópico de cirugía por presentar cuadro clínico, caracterizado por dolor abdominal de tipo cólico en hipocondrio derecho de intensidad ocho de diez posterior a ingesta de comida grasa y asociado a sensación de alza térmica no cuantificada, paciente refiere que tomó pastilla para el dolor, no recuerda el nombre, sin embargo, dolor no calmó. Antecedentes personales: tres cesáreas en 2011, 2015 y 2021. Infección por SARS COV 2 en setiembre de 2021, y antecedente de litiasis vesicular por ecografía.

Al examen físico: PA: 120/80 mmHg, FC: 78 por minuto, FR: 20 por minuto. Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, dolor a palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho, signo de Murphy positivo. Se solicitan exámenes de laboratorio y ecografía abdominal, y se le administra

analgésicos por vía endovenosa, Metamizol 1 g, Hioscina 20 mg, y Omeprazol 40 mg con 1000 cc de cloruro de sodio al 0.9%, sin embargo, dolor no remite. En los exámenes de laboratorio solicitados se evidencia leucocitosis de 14 000 y en la ecografía abdominal se logran ver paredes vesiculares de seis mm y múltiples imágenes litiásicas en su interior de hasta siete mm, por lo que se confirma el diagnóstico de colecistitis aguda litiásica y se programa para colecistectomía laparoscópica.

Paciente entra a sala de operaciones, se le realiza una colecistectomía laparoscópica en donde se encuentran como hallazgos quirúrgicos vesícula biliar de 12x5 cm, de paredes engrosadas de aproximadamente 6 mm, con múltiples litos en su interior de +- 5 mm y barro biliar, se realiza extracción de vesícula biliar sin complicaciones, y paciente pasa a unidad de recuperación post anestésica. Durante su estadía posterior en piso de cirugía se indica analgesia más antibioticoterapia, presenta evolución favorable y se da de alta con indicaciones.

Caso 3. Mordedura por can

Paciente de cuarenta y cinco años acude a tópico de cirugía refiriendo que hace veinte minutos aproximadamente sufrió mordedura en pierna izquierda por perro desconocido. Al interrogatorio: niega antecedentes patológicos.

Al examen físico: FC 84 por minuto, FR 16 por minuto, PA: 110/76 mmHg, SatO₂: 98%, se evidencia herida única en parte posterior de miembro inferior izquierdo de aproximadamente tres centímetros de longitud, con colgajo, eritema perilesional y sangrado por herida. Se procede a la irrigación de la herida con suero fisiológico al 0.9% por quince minutos y se decide realizar sutura para afrontar bordes por colgajo. Además, se le da tratamiento antibiótico con Amoxicilina más Ácido Clavulánico 875mg/125mg vía oral cada 12 horas durante siete días. Posterior a esto se deriva al paciente a su posta para vacunación antirrábica con esquema 0-3-7-14-28 y continuar curaciones de herida.

Caso 4. Prolapso rectal

Paciente varón de sesenta y dos años que ingresa por emergencia a tópico de cirugía con un tiempo de enfermedad de diez horas caracterizado por salida de una masa por el ano asociada a sangrado leve y dolor abdominal intenso. Paciente refiere como antecedente estreñimiento crónico y prolapso rectal de seis meses de evolución, el cual redujo manualmente en tres oportunidades.

Al examen físico hemodinámicamente estable, abdomen doloroso, sin signos peritoneales. Región perineal: se observa masa de ocho centímetros aproximadamente que protruye de forma completa por el ano con pliegues circulares concéntricos, no reductible con maniobras.

Se le solicitan exámenes auxiliares donde se evidencia anemia leve y se administra hidratación y analgesia, intentando reducir horas después, sin embargo, no se logra y el edema aumenta por lo que se decide realizar rectosigmoidectomía perineal con técnica de Altemeier. En el post operatorio paciente evoluciona favorablemente, se le inicia tolerancia oral y es dado de alta al cuarto día.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado 2021–2022 se desarrolló en cuatro establecimientos de salud: 1. Hospital de apoyo María Auxiliadora; 2. Hospital Nacional Hipólito Unanue, 3. Centro de salud Leonor Saavedra y 4. Centro de Salud La Molina; ubicados en el distrito de Lima.

El Hospital de apoyo María Auxiliadora se ubica en la avenida Miguel Iglesias N° 968 en el distrito de San Juan de Miraflores, es un establecimiento de salud categoría III-1 desde el año 2016 y es considerado el hospital de mayor complejidad en la zona sur de Lima. El distrito donde se ubica posee una superficie de 23.98 km² y es habitado por familias de nivel socioeconómico medio, medio bajo y bajo.

Respecto a su infraestructura cuenta con siete niveles en donde se pueden encontrar distribuidos ocho servicios: Hospitalización, emergencia, consulta externa, sala de partos, centro quirúrgico, diagnóstico por imágenes y laboratorio; y quince especialidades: medicina interna, nefrología, neumología, cardiología, geriatría, hematología, dermatología, enfermedades infecciosas, endocrinología, neurología, psiquiatría, gastroenterología, medicina física y rehabilitación, medicina complementaria y reumatología (1).

El hospital brinda servicios enfocados en la prevención, recuperación y rehabilitación de los pacientes y tiene alta capacidad resolutive, también cuenta con una oficina de seguros quienes se encargan de las referencias y contrarreferencias, estas últimas a centros de mayor especialización cuando es necesario; por ejemplo, Instituto Nacional de Salud del Niño.

El Hospital Nacional Hipólito Unanue se ubica en la avenida Cesar Vallejo N° 1390, en el distrito El Agustino, es un establecimiento de salud categoría III-1, que pertenece a la dirección de redes de salud Lima Este y atiende a una población de más de dos millones de habitantes pertenecientes a los distritos de Ate, Cieneguilla, Chaclacayo, La Molina, Lurigancho, Santa Anita, San Juan de Lurigancho y El Agustino.

El hospital brinda prestación de servicios en prevención y disminución de riesgos, tratamiento y rehabilitación; así como, docencia e investigación. Teniendo siempre en cuenta sus valores institucionales: responsabilidad, trabajo en equipo, compromiso institucional, responsabilidad y mejoramiento continuo (2).

Debido a la pandemia SARS COV2 ambos hospitales sufrieron cambios en cuanto a la distribución y capacidad resolutive de sus servicios; por ejemplo: limitándose el acceso a consultorio externo, realización de tamizaje respiratorio previo al ingreso a los servicios de emergencia y hospitalización, se designaron áreas para tratamiento y hospitalización para pacientes COVID, se implementó el servicio de telemonitoreo.

Se culmina las rotaciones, en los centros de atención nivel I, el centro de salud Leonor Saavedra es un establecimiento de categoría I-3, ubicado en la avenida Torres Paz cuadra 1 en el distrito San Juan de Miraflores, este centro brinda servicios enfocados en la atención primaria con enfoque integral. Antes de la pandemia el centro de salud contaba con tres consultorios de medicina, un consultorio de obstetricia, área de crecimiento y desarrollo, área de tóxico, laboratorio, ecografía, odontología y rayos X.

Debido a la pandemia SARS COV2 se implementó un consultorio para la atención de sintomáticos respiratorios, donde el médico a cargo brinda orientación y tratamiento a pacientes COVID, se brinda también la atención mediante el servicio de telemonitoreo a pacientes COVID, donde los internos realizan seguimiento en algunas oportunidades.

El centro de salud La Molina, es un centro de nivel I-3, ubicado en la calle El Harás del distrito La Molina, también sufrió cambios con la llegada de la

pandemia, acondicionando por ejemplo un área destinada solo para pacientes con sintomatología respiratoria la cual se encuentra en un espacio donde el personal de salud que trabaja ahí en ningún momento tiene contacto con el resto del personal que labora dentro de las instalaciones del centro (3).

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Caso 1. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo

Se trata de una gestante que presentaba como factor de riesgo una cesárea anterior, que presenta cuadro clínico caracterizado por sangrado vaginal leve, el cual al ser un signo de alarma exige una evaluación física dirigida se encontró sangrado proveniente de útero. Por el cuadro clínico de la paciente, al estar hemodinámicamente estable y no presentar dolor ni hipertensión uterina, se aleja la posibilidad de otras causas de sangrado de tercer trimestre, y se acerca más al diagnóstico de placenta previa, además es la etiología más frecuente de hemorragia de la segunda mitad del embarazo; se sospecha de este diagnóstico porque la paciente presenta como factor de riesgo la cesárea previa y como clínica la hemorragia indolora sin pérdida del bienestar fetal. Posteriormente se confirma el diagnóstico mediante ecografía transvaginal y se clasifica en grado III.

Como se sabe, de acuerdo a su clasificación, la placenta previa puede ser:

- Tipo 1 o placenta de inserción baja: Placenta implantada en segmento uterino inferior a más de dos centímetros del OCI (orificio cervical interno).
- Tipo 2 o placenta marginal: Placenta se implanta a menos de dos centímetros del OCI, sin cubrirlo.
- Tipo 3 o placenta oclusiva parcial: Placenta cubre parcialmente el OCI.
- Tipo 4 o placenta oclusiva total: Placenta cubre por completo el OCI.

Posterior al diagnóstico se decide hospitalización para vigilancia estricta de bienestar fetal y materno, se inicia corticoterapia para maduración pulmonar por edad gestacional de treinta y cuatro semanas y se indica reposo absoluto; se continúa con manejo expectante hasta culminar la gestación en la semana treinta y siete (4).

Caso 2. Miomatosis uterina

Se trata de una paciente en edad reproductiva que ingresa a emergencia por presentar sangrado vaginal, se realiza la anamnesis y examen físico para poder determinar las posibles causas y el sitio del sangrado, luego de haber confirmado que este venía del útero mediante especuloscopia se procede a descartar la principal causa de hemorragia uterina anormal en mujeres en edad reproductiva la cual es el embarazo.

Posterior al resultado negativo de bHCG, las siguientes causas de hemorragia uterina anormal se pueden resumir usando la mnemotecnica "PALM COEIN", donde primero se deben descartar causas orgánicas, como pólipos, adenomiosis, leiomiomas y malignidad, y en el caso de que se descarten estas se tendrían que buscar las causas funcionales como coagulopatías, problemas ováricos, problemas endometriales, iatrogenias y otras causas no especificadas (5).

Por todo lo descrito a la paciente se le solicitó una ecografía transvaginal para buscar primero causas orgánicas del sangrado, en la cual se pudo encontrar miomas múltiples, tomando en cuenta además que la paciente presentaba un factor de riesgo para esta patología, que era el hecho de ser nulípara. Finalmente, debido a que estos miomas ya estaban produciendo hemorragia y se encontraban de forma difusa en el útero se decidió optar por la histerectomía.

Caso 3. Embarazo ectópico

El caso expuesto menciona a una paciente en edad reproductiva sin antecedentes patológicos, que presenta cuadro agudo de dolor abdominal inferior, como posibilidades diagnósticas se encuentran embarazo ectópico, torsión anexial y enfermedad inflamatoria pélvica. Se aleja la posibilidad de

enfermedad pélvica inflamatoria debido a que la paciente no refiere haber presentado aumento de temperatura ni flujo vaginal. Además, al examen físico no se palpa masa en ninguno de los cuadrantes inferiores del abdomen por lo que la probabilidad de que se trate de una torsión anexial es baja, y obliga a solicitar una ecografía transvaginal, la cual constituye el mejor método diagnóstico, y una prueba de bHCG debido a que se acerca más a un posible embarazo ectópico, ya que la paciente refiere también retraso menstrual (6).

Posterior a la confirmación del diagnóstico mediante las pruebas anteriormente mencionadas se procedió a la realización de una laparoscopia al presentar estabilidad hemodinámica y ausencia de signos peritoneales.

Caso 4. Preeclampsia severa

Este caso trata de una gestante que ingresa por presentar uno de los signos de alarma del embarazo que es la cefalea. La paciente presenta además elevación de la presión arterial y antecedente importante de preeclampsia en su anterior embarazo, por lo que se sospecha de un trastorno hipertensivo del embarazo y se solicita exámenes auxiliares los cuales se encontraban alterados.

Se diagnosticó como preeclampsia ya que cumple con los criterios:

- Embarazo mayor a las veinte semanas de gestación,
- Presión arterial mayor a 140/90 mmHg en al menos dos tomas con seis horas de diferencia.
- Proteinuria y/o daño de órganos.

En este caso se trató de una preeclampsia con signos de severidad porque presentaba cefalea, epigastralgia y elevación de enzimas hepáticas, y ya que esta patología puede evolucionar a complicaciones graves que ponen en riesgo la vida de la gestante y el feto, el manejo debe ser multidisciplinario (7).

En el manejo se debe tener en cuenta la hidratación, control de la diuresis, monitorización de la presión arterial, colocación de vía venosa en donde se

le aplican cinco ampollas de sulfato de magnesio al 20% combinadas con 50 ml de solución salina al 0.9% para prevenir convulsiones, además de que durante su administración se deben evaluar constantemente los reflejos osteotendinosos y la frecuencia respiratoria por riesgo de intoxicación.

El tratamiento antihipertensivo solo debe ser utilizado si la presión arterial es mayor o igual a 160/110mmHg, por lo que en este caso se usó Nifedipino 10 mg por vía oral continuando con dosis de 10 a 20 mg cada seis a ocho horas (8).

Finalmente, como había seguridad de madurez pulmonar se culminó el embarazo mediante cesárea, ya que el tratamiento definitivo de la preeclampsia es la extracción de la placenta mediante la culminación del embarazo, ya sea por vía vaginal o cesárea.

III.2 ROTACIÓN DE NEONATOLOGÍA Y PEDIATRÍA

Caso 1. Síndrome coqueluchoide

Se trata de un lactante menor de tres meses, sin antecedentes de importancia, con adecuado estado nutricional, que vive en condiciones de hacinamiento. Ingresa por emergencia con cuadro clínico de distres respiratorio típico de síndrome coqueluchoide, el cual se caracteriza por presentar tres periodos:

- Periodo catarral, similar a una infección leve del tracto respiratorio superior, manifestado con estornudos, rinorrea y tos, que posteriormente van incrementándose llegando al siguiente periodo.
- Periodo paroxístico, en donde el paciente presenta varios episodios de tos acompañada de rubicundez, estridor inspiratorio, vómitos precedidos por los accesos de tos, y cianosis.
- Periodo de convalecencia, en donde los síntomas disminuyen en frecuencia y gravedad, pudiendo durar estos varios meses (9).

Por todo ello y al no contar con cultivo de secreción positivo para *Bordetella Pertussis* se plantea síndrome coqueluchoide, el cual presenta mayor

incidencia y gravedad en lactantes menores de seis meses. Por último, debido a la edad del paciente, que se encuentra entre uno y cinco meses, se decide inicio de tratamiento antibiótico con Azitromicina vía oral 10 mg/kg por día durante cinco días, ya que *Bordetella Pertussis* presenta alta sensibilidad a este tipo de fármacos.

Caso 2. Celulitis preseptal

Lactante de nueve meses, ingresa con cuadro clínico compatible con celulitis periorbitaria, cuya etiología se debe a lesiones directas del párpado, picaduras de insecto, o secundaria a la propagación de un proceso infeccioso vecino; en este caso el paciente presentaba además antecedente de otitis, lo cual constituye un factor de riesgo para el desarrollo de esta patología. Se conoce que los gérmenes más implicados en esta enfermedad son el estafilococo dorado y el neumococo y que de acuerdo a la clínica puede tratarse de una celulitis preseptal, donde la infección es superficial y presenta movimientos oculares y agudeza visual conservados, ausencia de proptosis, edema y eritema palpebral; por otro lado en la celulitis orbitaria sí presenta dolor a los movimientos oculares que llevan a una oftalmoplejía, alteración de la agudeza visual y proptosis; en ambos casos puede haber presencia de fiebre, pero es más frecuente en la celulitis orbitaria (10).

Por lo ya descrito se planteó una celulitis preseptal, cuyo diagnóstico se basa en la clínica, y ya que existen signos y síntomas como fiebre, oftalmología y proptosis que son altamente sugestivos de compromiso post septal pero que al estar ausentes no la descartan, se le decidió solicitar tomografía orbitaria.

Caso 3. Enfermedad por arañazo de gato

Se trata de un paciente que acude por cuadro cutáneo de inicio reciente con signos inflamatorios locales y fiebre, al examen físico se encontró compromiso ganglionar estableciéndose como diagnóstico adenitis, la cual tiene una etiología muy variada, generalmente benigna y de causa infecciosa, en este caso se planteó como causa la enfermedad por arañazo de gato ya que al realizar el examen físico y profundizar en la anamnesis se

confirmó contacto previo de paciente con gato, el cual constituye el reservorio natural de *Bartonella Henselae* y principal vector para transmisión a humanos, además el paciente no presentaba clínica respiratoria y su hemograma evidenciaba valores dentro de lo normal, lo que hacía alejar una posible etiología respiratoria.

Se sabe que la presentación clínica de la enfermedad por arañazo de gato se caracteriza por adenopatías regionales, que se dan predominantemente en la región axilar, fiebre, y presencia previa de una pápula en sitio de inoculación, la cual desaparece posteriormente; como el paciente ya contaba con el antecedente epidemiológico y la clínica, descartándose previamente otras etiologías, se catalogó como diagnóstico probable por lo que se decidió iniciar tratamiento empírico con Azitromicina por cinco días, con lo que el paciente evolucionó favorablemente. Además se conoce que para confirmar el diagnóstico se necesita de serología positiva para *Bartonella Henselae* o aspirado ganglionar con tinción Warthin-Starry positivo, lo cual también se pudo obtener en el caso de este paciente.

Se encontraron además manifestaciones cutáneas típicas de la enfermedad por arañazo de gato localizado, que constituye el 85-90% de todos los casos, siendo el otro 10% la forma atípica o también llamada sistémica, con compromiso de órganos viscerales, neurológico, músculos esqueléticos y oculares (11).

Caso 4. Celulitis

Se trata de un paciente con afectación cutánea y de tejidos blandos, de aparente etiología infecciosa debido a que se observa una puerta de entrada; presenta historia de dolor, eritema y aumento de volumen, clínica típica de una celulitis. En el caso se decidió administrar antibioticoterapia con Vancomicina para cubrir *Staphylococcus aureus* meticilino resistente ya que el área empastada tenía una puerta de entrada lo que hizo sospechar de un origen traumático (12).

Además, se realizaron dos drenajes debido a que al examen físico se palpaba empastamiento de la zona, indicativo de presencia de una

colección, que se pudo confirmar mediante la ecografía de partes blandas, lo que sugirió la presencia de un absceso, el cual requiere además de antibioticoterapia, incisión más drenaje.

III.3 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

Caso 1. Apendicitis aguda

Se trata de un paciente que llega con síndrome doloroso abdominal por lo que es importante realizar un examen físico detallado, paciente no presenta antecedentes de importancia y presenta cronología de Murphy, la cual incluye hiporexia, migración de dolor y posterior fiebre, característica de apendicitis aguda, explicada por las fases que atraviesa el apéndice durante esta patología, las cuales son:

- Fase 1, congestiva o catarral: hay una disminución del flujo linfático y venoso y por estímulo simpático de las fibras C en el peritoneo visceral se genera dolor no localizado, además de náuseas e hiporexia.
- Fase 2, supurada o flemonosa: por estímulo somático de las fibras A en el peritoneo parietal se genera dolor localizado en cuadrante inferior derecho.
- Fase 3, necrosada o gangrenada: hay disminución del flujo arterial e isquemia, por lo que ya presenta fiebre y aumento de leucocitos.
- Fase 4 o perforada: hay signos peritoneales positivos (13).

Se tomó en cuenta además la escala de Alvarado, la cual incluye parámetros clínicos y laboratoriales que orientan al diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda y presenta los siguientes criterios:

- Migración del dolor (1 punto)
- Anorexia o hiporexia (1 punto)
- Náuseas y vómitos (1 punto)
- Dolor en cuadrante inferior derecho (2 puntos)
- Rebote (1 punto)
- Elevación de la temperatura (1 punto)

- Leucocitosis mayor de 10 000 (2 puntos)
- Desviación izquierda (1 punto)

En el caso, el paciente suma ocho puntos en esta escala por lo que se cataloga como una apendicitis aguda muy probable con indicación de apendicectomía, se le realiza cirugía abierta con incisión transversa infraumbilical derecha más drenaje y posterior antibioticoterapia con lo que presentó buena evolución (14).

Caso 2. Colecistitis aguda

Se trata de una paciente que ingresa por síndrome doloroso abdominal posterior a ingesta de comida copiosa, que tiene como antecedente litiasis vesicular, lo que obliga a sospechar cólico biliar vs colecistitis aguda. Dado que se le brinda analgesia no remitiendo síntomas y presenta signos locales y sistémicos de inflamación, además de imágenes sugerentes según los criterios de Tokio, se decide catalogarla como una colecistitis aguda.

Criterios de Tokio:

A. Signos locales de inflamación:

- Dolor, masa o sensibilidad en hipocondrio derecho
- Signo de Murphy positivo

B. Signos sistémicos de inflamación:

- Fiebre
- Leucocitosis mayor a 10000
- PCR mayor o igual a 3 mg/dl

C. Signos ecográficos:

- Pared vesicular mayor o igual a 5 mm
- Vesícula mayor o igual a 100x60 mm

- Signo de Murphy ecográfico
- Liquido pericolecistico
- Gas en imagen

Por otro lado, de acuerdo a la clasificación de Tokio según gravedad, se trató de una colecistitis aguda grado I o leve al no haber signos de disfunción orgánica ni complicaciones y ser de inicio reciente. Por lo tanto se instauró tratamiento antibiótico y se realizó colecistectomía temprana (15).

Caso 3. Mordedura por can

Se trata de un paciente que sufrió mordedura por can desconocido en miembro inferior izquierdo, en tópico de cirugía se decide irrigación de la herida con cloruro de sodio al 0.9% durante quince minutos, debido a que según la norma técnica del MINSa se estipula un tiempo de lavado de diez minutos para disminuir la contaminación bacteriana. También debido a que el paciente tenía un colgajo se le realizó una sutura solamente de afrente ya que al ser una herida sucia no debería ser cerrada, y se derivó a centro de salud para notificación de caso de mordedura de can, continuar con curaciones de heridas y aplicación de vacuna antirrábica, que según el esquema de la OMS post exposición a mordedura de can debe darse en los días 0, 3, 7, 14 y 28.

En el caso del paciente ya que el perro era desconocido y huyó no se pudo hacer el seguimiento, que usualmente se realiza durante los diez días inmediatos a la mordedura para observar posibles comportamientos extraños del animal (16).

Caso 4. Prolapso rectal

Se trata de un paciente que acude por presentar masa que protruye por orificio anal, lo que obliga a hacer diagnóstico diferencial de tres patologías principalmente: prolapso rectal, hemorroides grado cuatro y carcinoma rectal.

Al realizarle la anamnesis al paciente se averiguó sobre la alimentación (ingesta de fibra, líquidos) debido a que tenía como antecedente estreñimiento crónico.

Al examen físico los pliegues circunferenciales hacen el diagnóstico diferencial con hemorroides grado cuatro, ya que estas últimas presentan pliegues lineales; y al tratarse de un prolapso irreductible se opta por el tratamiento quirúrgico. La cirugía en el caso de prolapso se puede realizar a través del abdomen o del periné, en este caso se optó por un procedimiento perineal, denominado Técnica de Altemeier que generalmente se realiza cuando el prolapso rectal tiene una longitud mayor o igual a tres centímetros (17).

III.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso 1. Escabiosis

Este caso se atendió en el primer nivel de atención, se trata de una paciente que acude con síntomas clásicos de escabiosis, los cuales son: prurito intenso que aumenta con la exposición al calor, al hacer ejercicios o al estar en la cama, además de esto durante el examen físico de las personas con escabiosis se encuentran lesiones papulares sobre todo en pliegues, estas lesiones pueden tener apariencia eritematosa, pueden indurarse y formar costras por el rascado constante e incluso sobreinfectarse. La clínica suele aparecer entre las dos a seis semanas posteriores a la exposición de la persona al ácaro de la escabiosis, llamado *Sarcoptes Scabiei*, que es un organismo microscópico que no se puede observar a simple vista, pero que forma surcos al dejar sus huevos, los cuales son muy cortos, entre cinco y quince milímetros aproximadamente, y que en el caso de que estos se encuentren durante la exploración física confirmarían el diagnóstico (18).

En el caso de la paciente no se encontraron los signos surcos previamente descritos durante el examen físico, sin embargo, por la clínica que refería la paciente, las lesiones cutáneas y el antecedente de trabajo que le demanda contacto físico frecuente con otras personas se planteó finalmente escabiosis como diagnóstico. Se decidió darle Permetrina al 5% en dos

aplicaciones separadas de ocho días, que es el tratamiento de elección en formas no resistentes de esta entidad, además de consejo en higiene personal, incluyendo lavado de manos, para prevenir futuras re-infecciones.

Caso 2. Hipotiroidismo

Se trata de una paciente en edad reproductiva que acude al centro de salud con antecedente familiar de enfermedad tiroidea, además de clínica sugerente de hipotiroidismo, se le realiza examen físico donde se hallan signos compatibles con esta patología, para esto se tomaron en cuenta las manifestaciones típicas de hipotiroidismo: aumento de peso, hiporexia, hipoactividad, astenia, irregularidad menstrual, sequedad de piel, cabello y uñas quebradizas, intolerancia al frío, bradicardia, constipación. Todos estos explicados por el aumento de hormonas tiroideas, se solicitó dosaje de TSH y T4 libre, hormonas base para el diagnóstico de esta enfermedad, también se incluyó perfil lipídico y glucosa basal debido a su relación con trastornos metabólicos.

Se sabe que el hipotiroidismo puede ser primario secundario o terciario y que estos se pueden diferenciar mediante el dosaje de hormonas tiroideas. En el caso del hipotiroidismo primario, en donde el problema se encuentra en la tiroides, los valores de TSH están elevados ($> 5\text{mU/L}$) y T4 libre disminuidos ($< 0.3\text{ng/dl}$); a diferencia del hipotiroidismo secundario y terciario, en los cuales la afectación está en la hipófisis e hipotálamo respectivamente y en donde los valores de TSH están disminuidos ($< 0.5\text{mU/L}$) al igual que los valores de T4 libre.

Al obtener resultados alterados de hormonas tiroideas se decide darle tratamiento con levotiroxina a dosis de 1.6 ug/Kg y citarla para control en un mes y se le solicitará TSH para ajuste de dosis (19).

Caso 3. Hepatitis

Se trata de una paciente que acude presentando molestias gastrointestinales asociado a cambio de coloración en piel, paciente refiere no haber realizado viajes en los últimos meses por lo que nos aleja de una patología transmitida

por vectores. Debido a que se plantea como presunciones diagnósticas colecistitis crónica y hepatitis A, se solicitan pruebas como ecografía abdominal, perfil hepático e Ig M anti VHA. En el caso de colecistitis crónica la principal causa son los cálculos biliares que obstruyen de forma intermitente y recurrente el bacinete ocasionando dolor, generalmente se sospecha esta patología cuando hay antecedente de litiasis vesicular o episodios de cólicos biliares.

En la infección por hepatitis A, existen los casos probables en los cuales hay clínica (caracterizada por cansancio, dolor abdominal, hiporexia, náuseas que progresan a vómitos, asociados a fiebre o ictericia), además de un criterio epidemiológico que incluya la exposición a alimentos o fuentes de agua contaminada. Por otro lado, están los casos confirmados en donde además de la clínica se cuenta con el criterio de laboratorio (IgM anti VHA positivo) (20). La paciente contaba con estos criterios por lo que se confirma el diagnóstico de infección por virus de hepatitis A, el cual requiere solamente de manejo sintomático e higiene, ya que se auto limita aproximadamente dos semanas posterior a su inicio.

Caso 4. Hemorragia digestiva alta

Se trata de una paciente que acude a emergencia por episodio agudo de aparente sangrado. Al realizarle la anamnesis se descarta ingesta de alimentos o fármacos que pueden simular una melena. Al examen físico es importante definir el sitio de origen del sangrado, ya que la hemorragia digestiva puede ser alta, cuando proviene de alguna porción del tracto digestivo por encima del ángulo de Treitz, o baja cuando proviene de alguna porción del tracto digestivo por debajo del ángulo de Treitz. En este caso se sospecha de una hemorragia digestiva alta por las características de las deposiciones, ya que la paciente refiere deposiciones oscuras pastosas, dentro de las causas más frecuentes de HDA se encuentran las úlceras pépticas, es apoyada por el antecedente de consumo de AINES de forma prolongada. La decisión de hospitalización o no depende del score de Glasgow -Blatchford, donde una puntuación mayor o igual a dos puntos indica hospitalización y EDA en las primeras veinticuatro horas, por esto se le realizó una EDA a la paciente se observó, según la escala de Forrest, un sangrado reciente catalogado como Forrest IIA.

Escala de Forrest:

- I Sangrado activo:
 - IA Sangrado en chorro
 - IB Sangrado en capa o sábana
- II Sangrado reciente:
 - IIA Vaso visible
 - IIB Coágulo adherido
 - IIC Hematina
- III Sangrado inactivo: fibrina

En el caso de la paciente al ser Forrest IIA está indicado tratamiento con inhibidores de bomba de protones: una dosis de bolo y una de mantenimiento, además de terapia esclerosante por vía endoscópica, teniendo como otras opciones mecanoterapia con clips o termoterapia.

Luego de la endoscopia se usó la escala de Rockall para decidir manejo hospitalario o ambulatorio (21).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado durante el contexto de la pandemia por SARS COV2 fue una experiencia que nos permitió conocer no solo el manejo de patologías vistas en el nivel III de atención de la salud, como lo era antes de la pandemia, sino también conocer las diversas patologías y su manejo en el primer nivel de atención, esto es importante ya que durante las rotaciones hospitalarias en los establecimientos mencionados los pacientes que acudían tenían patologías más complejas que requerían un manejo más avanzado, por esto mismo estas atenciones estaban restringidas en algunos aspectos; por ejemplo en el departamento de cirugía general, las operaciones que se realizaban en ambos hospitales solo eran de emergencia, y en los casos en los que el paciente acudía con una patología quirúrgica que no requería manejo de emergencia se decidía su control por consultorio externo ya que

la demanda, al ser los establecimientos principales las DIRIS Este y Sur, era elevada y el personal no se daba abasto.

Durante nuestras rotaciones en los centros de salud de primer nivel se pudo llegar a establecer otro tipo de lazo con los pacientes y conocer el manejo de las patologías desde otra perspectiva. Previamente a la distribución de internos de medicina en establecimientos de salud de nivel tres y nivel uno, se había creado una controversia entre si era mejor llevar el internado 100% en hospitales o 50% en hospitales y 50% en centros de salud de primer nivel.

Actualmente mientras cursamos los últimos meses del internado en el primer nivel de atención consideramos que ha sido igualmente importante que el aprendizaje que se obtuvo en la rotación hospitalaria, ya que se asemeja más al trabajo que tendremos que realizar durante el SERUMS, pudiendo así poner en práctica conocimientos previamente adquiridos para saber por ejemplo qué pacientes se pueden tratar y controlar en el primer nivel y qué pacientes deberán ser referidos a un establecimiento de mayor nivel.

Además de lo anterior se resalta también el hecho de poder brindarle una atención completa a los pacientes que llegan a consultorio de medicina, integrando esta con otros servicios que también tienen estos centros, como nutrición, psicología, obstetricia y servicio dental.

Asimismo, nos ha permitido conocer el rol del médico jefe de este tipo de establecimientos, quién no solo cumple el papel de médico en consulta, sino que también es el médico encargado de las urgencias y de organizar el centro de salud de tal forma que en este contexto de COVID se reduzcan al máximo los contagios y sean tratados en este nivel para que así no se sobrepase la capacidad de los establecimientos más especializados. El hecho por ejemplo de establecer un espacio para enfermedades respiratorias, en el que se atienden los pacientes que acuden al centro y tienen síntomas respiratorios y sospecha de infección por COVID 19, que no tengan contacto con los pacientes que no tienen clínica respiratoria es una

de las acciones preventivas que pudimos observar en nuestros centros de salud.

CONCLUSIONES

Por todo lo anteriormente descrito concluimos que el internado es una de las etapas más importantes en la carrera de los estudiantes de medicina, donde finalmente se pueden poner en práctica todos los conocimientos teóricos adquiridos en los años anteriores. El contexto de la pandemia por SARSCOV2, en esta etapa se ha desarrollado durante los últimos años, nos ha permitido conocer al paciente tanto en el tercer como en el primer nivel de atención y así tener una visión más amplia de la atención médica que se debe brindar a los pacientes.

RECOMENDACIONES

Recomendamos a la promoción de próximos internos que lleven su internado con la mayor disposición, resaltando que, si bien el contexto en el que se está desarrollando el internado debido a la pandemia podría no parecer el más adecuado para estas prácticas, han permitido una mejor organización de algunos establecimientos de salud y mejorar las condiciones sanitarias reduciendo así patologías que tenían mayor prevalencia.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. HOSPITAL MARIA AUXILIADORA [Internet]. [Citado 14 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.hma.gob.pe/#>
2. Hospital Nacional Hipólito Unanue - ¿Qué hacemos? [Internet]. [Citado 14 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/4401-hospital-nacional-hipolito-unanue-que-hacemos>
3. CS La Molina – Ministerio de Salud – DIRIS Lima Este [Internet]. [Citado 23 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://cslm.consultorio4.com/>
4. Darcia SÁ, Moya TA, Soriano JO. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. Rev Clínica Esc Med Univ Costa Rica. 15 de agosto de 2016; 6(3):11-20.
5. Sepúlveda-Agudelo J, Sepúlveda-Sanguino AJ, Sepúlveda-Agudelo J, Sepúlveda-Sanguino AJ. Sangrado uterino anormal y PALM COEIN. Ginecol Obstet México. 2020; 88(1):59-67.
6. Garita SE, Fernández JCG, Alvarado GP. Generalidades del embarazo ectópico. Rev Medica Sinerg. 1 de mayo de 2021; 6(5):e670-e670.
7. Nápoles Méndez D. Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. MEDISAN. Abril de 2016; 20(4):516-29.
8. Calvo JP, Rodríguez YP, Figueroa LQ. Actualización en preeclampsia. Rev Medica Sinerg. 1 de enero de 2020;5(1):e340-e340.
9. Vega-Mendoza DL, Dotres-Martínez C, Toraño-Peraza G, Valdés-Ramírez O, Mondeja-Rodríguez BA. Síndrome coqueluchoide y tosferina. Rev Cuba Pediatría [Internet]. 1 de enero de 2022 [citado 23 de febrero de 2022];94(1). Disponible en: <http://revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/1445>
10. Bejarano FC, Campos JVQ. Celulitis preseptal y orbitaria. Rev Medica Sinerg. 1 de noviembre de 2018;3(11):3-9.

11. Mesa Izquierdo O, Travieso Peña G, Ferrer Robaina H, Gámez Oliva H, Rodríguez Pereira R, Govín Gámez JF, et al. Enfermedad por arañazo de gato. Rev Cuba Investig Bioméd. Septiembre de 2016; 35(3):294-9.
12. Rojas LAJ. Celulitis. Rev Médica Sinerg. 6 de septiembre de 2018;2(06):6-9.
13. Apendicitis Aguda [Internet]. [Citado 23 de febrero de 2022]. Disponible en:https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_11_Apendicitis%20aguda.htm
14. Meléndez Flores JE, Cosio Dueñas H, Sarmiento Herrera WS. Sensibilidad y especificidad de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de pacientes atendidos por apendicitis aguda en Hospitales del Cusco. Horiz Méd Lima. Enero de 2019; 19(1):13-8.
15. Ramos Loza CM, Mendoza Lopez Videla JN, Ponce Morales JA. APLICACIÓN DE LA GUÍA DE TOKIO EN COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA. Rev Médica Paz. 2018; 24(1):19-26.
16. MINSA. Norma Técnica de salud para la vigilancia, prevención y control de la rabia humana en el Perú. 17 de enero del 2017. [Internet]. [Citado 23 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4193.pdf>
17. Campos LPR, Carranza HVR, Caro Pizarro V, Vargas DA, Ortiz MJA. Manejo quirúrgico del prolapso rectal: una revisión de la literatura. Rev Clínica Esc Med Univ Costa Rica. 19 de febrero de 2020;9(6):11-20.
18. Canal E, Casanova JM. Infestaciones por parásitos: escabiosis y pediculosis pubis. FMC - Form Médica Contin En Aten Primaria. 1 de marzo de 2020; 27(3, Supplement 1):12-9.
19. Hipotiroidismo [Internet]. [Citado 23 de febrero de 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000300004

20. Elsevier, Connect E. Virus de la hepatitis A: diseminación por el organismo y características principales [Internet]. Elsevier Connect. [Citado 23 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/edu-virus-de-la-hepatitis-a-diseminacion-por-el-organismo-y-caracteristicas-principales>
21. Martínez Ramírez G, Manrique MA, Chávez García MÁ, Hernández Velázquez NN, Pérez Valle E, Pérez Corona T, et al. Utilidad de escalas pronósticas en hemorragia digestiva proximal secundaria a úlcera péptica. *Endoscopia*. 1 de octubre de 2016; 28(4):154-9.