



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO EN DOS HOSPITALES DEL
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**

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

PRESENTADO POR

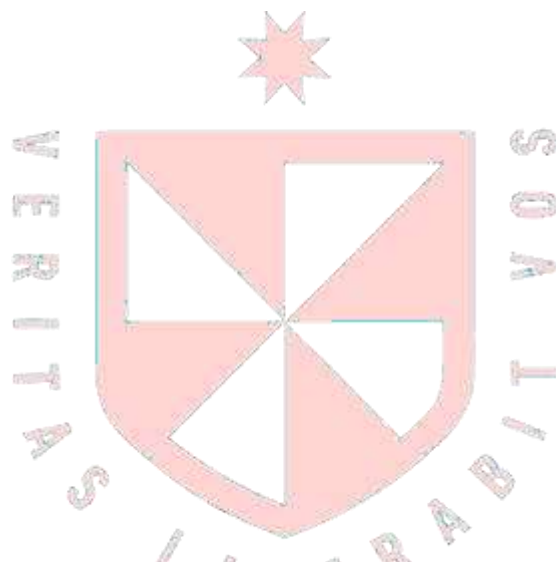
**LUIS EDUARDO BALDEÓN CORTAVARRÍA
FABIÁN ANDRÉ VARGAS GIURIA**

ASESOR

CARLOS ALBERTO PALOMINO BASAGOITIA

LIMA - PERÚ

2023



Reconocimiento

CC BY

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO EN DOS HOSPITALES
DEL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR
LUIS EDUARDO BALDEÓN CORTAVARRÍA**

FABIÁN ANDRÉ VARGAS GIURIA

ASESOR:

MG. CARLOS PALOMINO BASAGOITIA

LIMA, PERÚ

2023|

JURADO

Presidente: DR.FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: DR.CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

Miembro: DR.JOHANDI DELGADO QUISPE

DEDICATORIA

La dedicación de este trabajo se ha dirigido a nuestros padres, quienes han brindado su apoyo incondicional durante toda nuestra carrera.

ÍNDICE

ÍNDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Cirugía General	1
1.2 Rotación de Ginecología y Obstetricia	8
1.3 Rotación de Medicina Interna	14
1.4 Rotación de Pediatría	22
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	28
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	29
3.1 Rotación de Cirugía General	29
3.2 Rotación de Ginecología y Obstetricia	33
3.3 Rotación de Medicina Interna	37
3.4 Rotación de Pediatría	40
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	43
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	46
FUENTES DE INFORMACIÓN	47
ANEXO 1: ESCALA DE ALVARADO	51
	51
ANEXO 2: CRITERIOS DE TOKYO 2018 PARA COLANGITIS AGUDA	52
ANEXO 3: CLASIFICACIÓN DE MISSISSIPPI	53

RESUMEN

En el Perú, se realiza el internado médico, por lo que es un período en el cual nos prepara como futuros profesionales de la salud, ya que lo realizamos con el apoyo de médicos especialistas en el ámbito clínico, quirúrgico y humano para así en un futuro brindar una atención de calidad. Este año, el internado tuvo una duración de 10 meses, iniciando el 1 de junio del 2022 hasta el 31 de marzo del año 2023. Este se dividió en 4 rotaciones las cuales se realizaron en el tercer nivel de atención. Estas rotaciones fueron Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina interna y Pediatría.

Objetivo: Describir la experiencia y desarrollo del internado médico durante el periodo de junio del 2022 hasta marzo del año 2023. Precisar nuestra trayectoria profesional y experiencia durante el internado médico

Metodología: Se describieron las experiencias del internado médico ejecutado en el Hospital Nacional Dos de Mayo y el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, ambos establecimientos de salud del tercer nivel de atención y se presentaron 16 casos clínicos de cada rotación vistos durante el periodo del internado médico.

Conclusiones: El internado médico representa el momento enriquecedor de mayor aprendizaje y conocimiento de un médico dentro de un escenario clínico y a su vez también es un periodo de integración con el personal de salud en los diferentes servicios de las especialidades básicas de la medicina clínica, ya que durante este lapso aquellas acciones a realizar en base a su destreza le permitan solucionar los actuales y futuros problemas a los que se enfrentará en el día a día en su práctica profesional.

Palabras clave: internado medico hospitalario, tercer nivel de atención

ABSTRACT

In Peru, the medical internship is carried out, which is why it is a period in which we are prepared as future health professionals, since we do it with the support of medical specialists in the clinical, surgical and human fields so that in a future provide quality care. This year, the internship lasted 10 months, starting on June 1, 2022 until March 31, 2023. This was divided into 4 rotations, which were carried out at the third level of care. These rotations were General Surgery, Gynecology and Obstetrics, Internal Medicine and Pediatrics.

Objective: Describe the experience and development of the medical internship during the period from June 2022 to March 2023. Specify our professional career and experience during the medical internship

Keywords: hospital medical internship, third level of care: The experiences of the medical internship carried out at the Dos de Mayo National Hospital and the Daniel Alcides Carrión National Hospital, both tertiary care health establishments, were described, and 16 clinical cases of each rotation seen during the period of the medical internship were presented.

Conclusions: The medical internship represents the enriching moment of greater learning and knowledge of a doctor within a clinical setting and, in turn, it is also a period of integration with the health personnel in the different services of the basic specialties of clinical medicine, since that during this period those actions to be carried out based on his skill allow him to solve the current and future problems that he will face on a day-to-day basis in his professional practice.

Keywords: hospital medical internship, third level of care

NOMBRE DEL TRABAJO

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO
EN DOS HOSPITALES DEL TERCER NIVEL
DE ATENCIÓN**

AUTOR

LUIS EDUARDO BALDEÓN CORTAVARR

RECuento DE PALABRAS

12797 Words

RECuento DE CARACTERES

73229 Characters

RECuento DE PÁGINAS

60 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

548.2KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 17, 2023 4:26 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 17, 2023 4:27 PM GMT-5

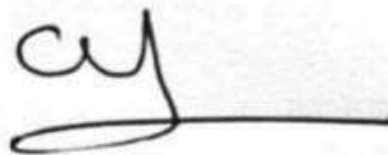
● **19% de similitud general**

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

- 19% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



**Dr. CARLOS PALOMINO BASAGOITIA
ASESOR**

ORCID: 0000-0002-8852-9763
DNI: 08201130

INTRODUCCIÓN

El internado médico significa en nuestro país la etapa final de formación en los estudiantes de medicina, en la cual pone a prueba nuestras habilidades adquiridas durante los 7 años de carrera. Es el momento en la cual podemos experimentar la relación médico paciente y poder compartir con otros profesionales de la salud.

Durante el internado médico podrás desarrollar habilidades clínicas y así como la práctica ya que podrás adquirir experiencias en los diferentes campos de la medicina como lo son cirugía, medicina interna, ginecología obstetricia y pediatría. Actualmente en el Perú son 10 meses de internado médico, esto debido a la pandemia COVID-19 que significó un reto para los profesionales de salud y estudiantes, permitiéndonos adaptarnos a esta coyuntura, ya que significó alto riesgo de contagio a la cual se vieron expuestos los internos de medicina, sin embargo, nos permitió poder reforzar nuestras habilidades y conocimientos acerca de bioseguridad.

A pesar de lo que significó la pandemia, se desarrollaron diferentes estrategias para proteger la salud de los profesionales y estudiantes para que podamos terminar de manera satisfactoria el internado médico, y de esta manera podamos adquirir la experiencia y aprendizaje durante este periodo para aplicarla en nuestra vida profesional.

Este trabajo de suficiencia expone 16 casos clínicos lo cual pudimos ver como internos de medicina en nuestros centros hospitalarios que nos servirán de experiencia para nuestra vida profesional.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Rotación de Cirugía General

Caso clínico 1:

Anamnesis:

Paciente masculino de 58 años procedente de San Luis refiere tiempo de enfermedad de 2 días caracterizado por dolor abdominal tipo a nivel de epigastrio con irradiación hacia fosa iliaca derecha (EVA 7/10), asociado a náuseas, vómitos de contenido alimentario (3 veces al día), hiporexia y sensación de alza térmica.

10 horas antes del ingreso paciente refiere aumento súbito del dolor abdominal de forma difusa (EVA 10/10) que no cedía a analgésicos ni a posiciones antálgicas asociado a fiebre de 38, 5° C y distensión abdominal con persistencia de los síntomas anteriormente mencionados. Indica 2 deposiciones diarias de características normales y diuresis conservada.

Antecedentes patológicos: diabetes mellitus tipo 2

Antecedentes quirúrgicos: niega

Alergias: niega

Examen físico	
Funciones vitales:	Frecuencia cardiaca: 132, frecuencia respiratoria: 20, temperatura: 38, 5° C, presión arterial: 132/70 mmHg
Piel y faneras	tibia, elástica, hidratada, no edema
Tórax y pulmones:	murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan rales.
Cardiovascular	ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
Abdomen	distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos, resistente a la palpación, poco depresible, doloroso a la palpación en forma difusa a predominio de mesogastrio y fosa iliaca derecha, McBurney positivo, Blumberg positivo
Genitourinario	puño percusión lumbar: negativo bilateral

Sistema nervioso central:	despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15
---------------------------	--

Impresión diagnóstica

Apendicitis aguda complicada

Descartar: Peritonitis generalizada

Descartar: Diverticulitis

Exámenes auxiliares

Se solicita

- Hemograma: Leucocitos: 19500, Segmentados: 88%, Abastionados: 3%
Hemoglobina: 12
- PCR: 122
- Análisis de orina: Leucocitos: 2-4, eritrócitos: 2
- Glucosa: 140
- Urea: 40
- Creatinina: 0,8
- Perfil de coagulación: INR: 1, TP: 13

Plan de trabajo

1. NPO
2. NaCl 0,9% 1000cc más Dextrosa al 5% 1000cc + NaCl 20% (2amp) + KCl 20% (1amp) todo endovenoso 30 gotas por minuto
3. Ceftriaxona 2g EV cada 24 horas
4. Metronidazol 500mg EV cada 8 horas
5. Ranitidina 50mg EV cada 8 horas
6. Interconsulta a Anestesiología y Cardiología para riesgo anestésico y cardiológico, respectivamente
7. Programación para SOP

Caso clínico 2:

Anamnesis:

Varón de 27 años de edad que cuenta con tiempo de enfermedad alrededor de 3 días caracterizado por presencia de dolor abdominal tipo cólico en epigastrio que se

irradiaba a hemiabdomen superior derecho con intensidad 8-9/10 y que se intensificaba al comer comida copiosa asociado a sensación de alza térmica, náuseas , 4 vómitos de contenido líquido, hiporexia y con coloración cargada de la orina, además el paciente notifica ver coloración amarillenta de sus ojos y palma de manos , por lo cual decidió automedicarse con Ibuprofeno 400mg VO c/8h y Buscapina 10mg VO c/12h sin mejoría clínica por lo que acude a tópico de cirugía del nosocomio.

Antecedentes patológicos: niega

Antecedentes quirúrgicos: niega

Alergias: niega

Examen físico	
Funciones vitales:	Frecuencia cardíaca:108, Frecuencia respiratoria: 22, presión arterial: 120/70 mmHg, temperatura: 38°.5 C, Saturación:98%.
Piel y faneras	tibia, elástica, hidratada, escleras amarillentas, ictericia ++/+++
Tórax y pulmones:	murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan rales.
Cardiovascular	ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
Abdomen	globuloso, no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, Murphy positivo, no signos de reacción peritoneal
Sistema nervioso central:	despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica:

Síndrome doloroso abdominal

Abdomen Quirúrgico

Descartar: Colecistitis aguda litiásica

Descartar: Pancreatitis aguda de etiología biliar

Descartar: Colangitis

Exámenes auxiliares

Se solicita:

Prueba antígeno de COVID-19: no reactivo

Hemograma completo: Leucocitos: 14910, Abastionados: 0%, Segmentados: 78,4%

Urea: 37,1

Creatinina: 0,69

Perfil hepático: Bilirrubina total:5,8, Bilirrubina directa: 5,11, Bilirrubina indirecta: 0,76,

Fosfatasa alcalina: 231, Gammaglutamiltransferasa: 706, Transaminasa glutámico oxalacética:153 Transaminasa glutámico pirúvica: 369

PCR: 44

Amilasa: 88,1

Lipasa: 221,3

Ecografía abdominal: Según descripción se aprecia vesícula biliar de 121 x 49 mm, pared engrosada edematosa de 6,6mm con múltiples imágenes litiásicas con tamaño promedio de 11mm. Colédoco: 9mm, con imagen hiperecogenica que proyecta sombra acústica posterior a nivel de colédoco distal de 10mm

Plan de trabajo

1. NPO
2. NaCl al 0.9% 1000cc + Dextrosa al 5% 1000cc + NaCl 20% 2amp + KCl 20% 1 amp endovenoso todo a 30 gotas por minuto
3. Ceftriaxona 2g EV c/24 horas
4. Tramadol 100 mg + Dimenhidrinato 50mg + NaCl al 0.9% 100cc todo endovenoso cada 8 horas.
5. Ranitidina 50mg EV c/8h
6. Interconsulta a servicio de Gastroenterología
7. Interconsulta a servicio de Cirugía General

Caso clínico 3:

Anamnesis:

Paciente masculino de 57 años de edad, con antecedente de hernia inguinal, refiere dolor en región inguinal de 24 horas de evolución con irradiación en fosa iliaca derecha de intensidad 6/10, acompañado de vómitos de contenido alimenticio en 4 oportunidades e hiporexia, por lo que acude a emergencia.

Antecedentes patológicos:

Hipertensión arterial hace 10 años en tratamiento con Losartán 50 mg cada 12 horas, hernia inguinal diagnosticado hace 5 años.

Antecedentes quirúrgicos: apendicectomía hace 20 años por apendicitis aguda.

Alergias: niega

Examen físico	
Funciones vitales:	frecuencia cardiaca: 110, frecuencia respiratoria: 22, presión arterial 130/80, temperatura 37.3°, saturación de O2: 97%
Piel y faneras	tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2"
Tórax y pulmones:	Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan rales
Cardiovascular	Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
Abdomen	Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible, moderado dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, sonoridad conservada.
Región inguinal	masa de 5cm x 4 cm x 6cm de consistencia dura, bordes delimitados, no reductible, dolorosa a la palpación sin cambios de coloración, protruye a la maniobra de Valsalva
Sistema nervioso central:	Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15

Exámenes auxiliares

Se solicita:

Prueba de antígeno covid-19: no reactivo

Hemograma: leucocitos: 12 000, abastionados: 0%, Hb: 11.5

Glucosa: 150 mg/dl

Urea: 58

Crea: 0.53

Perfil hepático: Bilirrubina total: 1.10, Bilirrubina directa: 0.50, Bilirrubina indirecta: 0, 60, Fosfatasa alcalina: 79, Gammaglutamiltransferasa: 98, Transaminasa glutámico oxalacética:50 Transaminasa glutámico pirúvica: 48

PCR: 7.5

Radiografía de abdomen: se observan distensión de asas a nivel de hipogastrio y fosa ilíaca derecha

Plan de trabajo:

1. NPO + colocación de SNG

2. NaCl al 0.9% 1000cc

Dextrosa al 5% 1000cc - 30 gotas x minuto

NaCl 20% 2 amp

KCl 20% 1 amp -

3. Tramadol 100 mg

Dimenhidrinato 50 mg EV c/8h

NaCl 0.9% 100 cc

4. Interconsulta a cardiología + ekg +RQ

5. solicitud para SOP.

6. CFV + BHE

Caso clínico 4

Anamnesis:

Paciente mujer de 47 años refiere que hace 3 días inicia con distensión y dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio de leve intensidad que va en aumento acompañado de náuseas y vómitos biliosos en 5 oportunidades, además refiere que no realiza hace 7 días.

Antecedentes patológicos: niega

Antecedentes quirúrgicos: Laparotomía exploratoria por apendicitis aguda complicada con peritonitis hace 10 años

Alergias: niega

Examen físico	
Funciones vitales:	frecuencia cardiaca: 90, frecuencia respiratoria: 20, presión arterial 110/80, temperatura 36.7°, saturación de O2: 96%
Piel y faneras	tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2"
Tórax y pulmones:	Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan rales
Cardiovascular	Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
Abdomen	Globuloso, ruidos hidroaéreos ausentes, blando depresible, moderado dolor a la palpación profunda en hemiabdomen superior, timpanismo aumentado
Sistema nervioso central:	Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica

1. Sd doloroso abdominal:

1.1. Obstrucción intestinal por bridas y adherencias.

Exámenes auxiliares

Se solicita:

Prueba de antígeno covid-19: no reactivo

Hemograma: leucocitos: 10 000, abastionados: 0%, hemoglobina: 13.4

Glucosa: 120 mg/dl

Urea: 44

Crea: 0.69

Perfil hepático: Bilirrubina total: 0.57, Bilirrubina directa: 0.20, Bilirrubina indirecta: 0, 37, Fosfatasa alcalina: 66, Gammaglutamiltransferasa: 90, Transaminasa glutámico oxalacética: 34 Transaminasa glutámico pirúvica: 45

PCR: 3.0

Electrolitos: Sodio: 138 mEq/L, Potasio: 3.6 mEq/L, cloro: 110 mEq/L, calcio 8.4 mEq/L

Radiografía de abdomen de pie y em decúbito: se observan niveles hidroaéreos

Plan de trabajo

1. Nada por vía oral
2. NaCl 0.9% 1000cc + Dextrosa al 5% 1000 + NaCl 20% 2 amp + KCl 20% 1 amp
3. Omeprazol 40 mg EV c/24 horas
4. Metoclopramida 10 mg EV c/8 horas
5. Metronidazol 500 mg Ev C/8 horas
6. Ciprofloxacino 400 mg EV c/12 horas
7. Enema evacuante c/12 horas
8. Colocar sonda nasogástrica a gravedad
9. CFV+BHE

1.2 Rotación de Ginecología y Obstetricia

Caso clínico 5:

Anamnesis:

Primigesta de 28 años acude tóxico de emergencia por presentar dolor abdominal tipo cólico de severa intensidad (EVA 7/10) a nivel de epigastrio durante las últimas 10 horas asociada a cefalea holocraneana de moderada intensidad. Niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido, niega fiebre. Percibe movimientos fetales.

Formula obstétrica: G1P0000

Controles prenatales: 4

Alergia: niega

Antecedentes patológicos: niega

Edad gestacional por ecografía del 1er trimestre: 39 semanas

Examen físico

Funciones vitales:	Funciones vitales: frecuencia cardiaca: 80, frecuencia respiratoria: 19, temperatura: 36,5°C, presión arterial: 200/110 mmHg, saturación: 98%
Piel y faneras	poco hidratada, tibia, palidez ++/+++, edema de miembros inferiores ++/+++
Tórax y pulmones:	murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no rales agregados
Cardiovascular	Ruidos cardíacos rítmicos taquicardíacos, no soplos audibles.
Abdomen	Abdomen: distendido, poco blando y depresible, altura uterina: 35 cm ruidos cardiacos fetales: 148, dinámica uterina: ausente, movimientos fetales: ++ Maniobra de Leopold: longitudinal, cefálico, derecho
Tacto vaginal	Tacto vaginal: Cérvix cerrado, posterior, no perdida de líquido amniótico, no sangrado vaginal
Sistema nervioso central:	Sistema Nervioso Central: despierta, orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica

Primigesta de 39 semanas por ecografía de primer trimestre

Preeclampsia con criterios de severidad

Descartar Síndrome de HELLP

Exámenes auxiliares

Hemograma completo Hemoglobina: 7.6, plaquetas: 90000, leucocitos: 12000, segmentados: 82%, bastonados: 0%

Perfil hepático: Bilirrubina total: 2 Bilirrubina directa: 0,7, Bilirrubina indirecta: 1,3, TGO: 2187, TGP: 2419

Urea: 40 Creatinina: 1,15

Proteinuria: 350

Deshidrogenasa láctica: 2838

Plan de trabajo

1. Hospitalizar en centro obstétrico para culminar la gestación

2. Reposo gástrico (NPO)
3. NaCl al 0.9% 1000cc endovenoso pasar 40 gotas por minuto
4. Nifedipino 20mg cada 20 minutos hasta mantener una presión arterial menor de 160/110
5. Alfametildopa 1g VO c/8h
6. Sulfato de magnesio 2g en 100cc de suero fisiológico endovenoso c/1h
7. Cruzar 3 paquetes globulares, 5 plasma fresco congelado y 10 unidades de plaquetas.
8. Interconsulta a UCI con resultados

Caso clínico 6:

Anamnesis:

Paciente femenino de 30 años con tiempo de enfermedad de 7 días caracterizado por presentar dolor de tipo urente a nivel de vulva y sensación de bulto en labio vaginal. Niega flujo vaginal, niega disuria, niega fiebre, niega otros síntomas.

Antecedente obstétricos: formula obstétrica (G3P2012)

FUR: hace 10 días

Ultima relación sexual: hace 1 mes sin método anticonceptivo

Número de parejas sexuales: 6

Alergias: látex

Examen físico	
Funciones vitales:	frecuencia cardiaca: 84, frecuencia respiratoria:18, temperatura: 36,7°C, presión arterial: 118/72, saturación: 97%
Piel y faneras	tibia, hidratada, elástica, no edema
Tórax y pulmones:	murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no rales agregados
Cardiovascular	ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
Abdomen	globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos peritoneales
Genital	1 Ulcera indurada con base limpia, no sobreelevados, no dolorosa a la palpación de aproximadamente 2,5 cm

Sistema nervioso central:	Sistema Nervioso Central: despierta, orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15
---------------------------	--

Impresión diagnóstica

Sífilis primaria

Descartar: Chancroide

Descartar: Herpes genital

Exámenes auxiliares

Se solicita

Prueba de sensibilidad antibiótica

Muestra de superficie de ulcera para PCR de Virus herpes simple tipo 1 y 2

Serológicos: RPR reactivo 1/16, FTA Abs: reactivo

Plan de trabajo

1. Penicilina G benzatínica 2,4 millones UI intramuscular dosis única para paciente y pareja.

Caso clínico 7

Anamnesis:

Paciente femenino de 25 años, acude a emergencia de ginecoobstetricia por presentar retraso menstrual de 6 semanas, además de acompañarse de sangrado abundante que llega a usar 6 toallitas higiénicas y dolor abdominal tipo cólico de intensidad 7/10 a nivel de hemiabdomen inferior.

Antecedentes patológicos: niega

FUR: hace 6 semanas.

Antecedentes quirúrgicos: niega

Método anticonceptivo: DIU hace 1 año

Examen físico

Funciones vitales:	Frecuencia cardiaca: 78, frecuencia respiratoria: 17, saturación de oxígeno:97%, presión arterial: 100/80
Piel y faneras	Tibia, elástica, sequedad de mucosas, palidez +/-+++
Tórax y pulmones:	murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan rales.
Cardiovascular	ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
Abdomen	abdomen globuloso por abundante panículo adiposo, a la auscultación ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación a nivel de hipogastrio
Tacto vaginal	Cuello uterino blando, largo, posterior, doloroso a la movilización, Orificio cervical externo: cerrado
Especuloscopia	Se aprecian coágulos en canal vaginal, se retiran con gasas estériles y se observa sangrado por orificio cervical.
Sistema nervioso central:	despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica:

1. Sangrado uterino anormal.
 - 1.1 Descartar aborto frustrado vs amenaza de aborto
 - 1.2 Descartar embarazo ectópico

Exámenes auxiliares:

Hemograma: Leucocitos: 6 840, Hemoglobina 11 Plaquetas: 186 000

Beta-hCG cuantitativo: 3000

Examen de orina: leucocitos 0-3 x campo, hematíes 0-1 x campo, nitritos y gérmenes negativo

Ecografía transvaginal: se observa útero vacío con gestación ectópica derecha con saco gestacional de 3 cm, embrión acárdico y ausencia de líquido libre en la cavidad peritoneal.

Plan de trabajo:

1. Nada por vía oral
2. Vía salinizada
3. NaCl 0.9% 1000cc 30 gotas por minuto
4. Metrotexate 60 mg día 1
5. CFV + BHE
6. Se hospitaliza

Caso clínico 8**Anamnesis:**

Multigesta de 28 semanas acude a la emergencia por presentar contracciones uterinas de moderada intensidad, niega pérdida de sangre, niega pérdida de líquido, como antecedente refiere haber tenido molestias urinarias hace una semana sin recibir tratamiento antibiótico.

Fórmula gestacional G3 P2002

Antecedentes quirúrgicos: cesárea segmentaria transversa hace 4 años por desproporción cefalopélvica.

Alergias: niega

Antecedentes patológicos: niega.

Examen físico	
Funciones vitales:	Frecuencia Cardíaca: 68 Frecuencia Respiratoria:16 Saturación de oxígeno: 98% Presión Arterial: 120/60
Piel y faneras:	Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2
Tórax y pulmones:	Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
Cardiovascular	Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
Abdomen	grávido, Ruidos hidroaéreos presentes Maniobra de Leopold: longitudinal, cefálico, izquierdo Latidos cardíacos fetales: 140

Sistema nervioso central:	Despierta, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15
---------------------------	--

Impresión diagnóstica

1. Multigesta de 28 semanas por ecografía de primer trimestre
2. Descartar Amenaza de parto pretérmino.

Exámenes auxiliares

Hemograma: Leucocitos 9 000, hemoglobina: 12, plaquetas 200 000

Glucosa: 78

Urea: 45

Creatinina: 0.40

Examen de orina:

leucocitos 50 x campo, nitritos y gérmenes positivo

PCR: 6

Ecografía transvaginal: longitud cervical de 18 mm

Plan de trabajo:

1. Vía salinizada
2. Nifedipino 20 mg VO cada 20 minutos hasta 3 oportunidad, luego 10 mg cada 6 horas
3. Betametasona 12 mg cada 24 horas
4. Sulfato de magnesio bolo inicial de 4 gramos en 20 minutos con bomba de infusión
5. Cefalexina 500 mg cada 6 horas
6. CFV + OSA
7. Se hospitaliza

1.3 Rotación de Medicina Interna

Caso clínico 9:

Anamnesis:

Paciente masculino de 56 años de edad procedente de Venezuela acude a emergencia por tiempo de enfermedad aproximadamente de 1 mes caracterizado por cefalea frontal moderada (EVA 5/10) que se tornaba holocroneana de manera intermitente durante todos los días acompañada de disminución de la visión bilateral a predominio del lado derecho, tinnitus e inestabilidad a la marcha. 1 semana antes del ingreso la cefalea progresaba en intensidad 9/10 asociada a una disminución progresiva de la visión. 1 hora antes del ingreso paciente presenta movimientos involuntarios en miembros flexores y extensores con retroversión ocular de aproximadamente 1 a 2 minutos de duración asociado a fiebre de 39°C y cefalea de severa intensidad (EVA 10/10). Niega náuseas y vómitos.

Actividades anteriores: cuidador de palomas durante 10 meses en Venezuela

Antecedentes patológicos: hipertensión arterial desde hace 24 años, glaucoma hace 2 meses

Antecedentes quirúrgicos: niega

Alergias: niega

Medicinas habituales: Losartán 50 mg VO c/12h y Pilocarpina 1 gota c /12h en cada ojo.

Examen físico	
Funciones vitales:	Funciones vitales: Frecuencia cardíaca: 78, frecuencia respiratoria: 16, presión arterial: 140/90 mmHg, temperatura: 39° C
Piel y faneras	tibia, hidratada, elástica, no edema
Tórax y pulmones:	murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no rales agregados
Cardiovascular	ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
Abdomen	globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos peritoneales
Sistema nervioso central:	Sistema Nervioso Central: despierta, orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15 Funciones superiores conservadas

	<p>Nervio óptico: hiporreactivo a la luz ambos ojos, agudeza visual ojo derecho (20/200), agudeza visual ojo izquierdo (20/100), campo visual derecho: perdida de campo superior.</p> <p>Nervios oculomotores: IV par craneal y VI par craneal conservados, III par craneal: Ojo derecho alterado, Ojo izquierdo: conservado</p> <p>Trigémino: Reflejo corneal presenta, Sensibilidad conservada</p> <p>Nervio Facial: conservado</p> <p>Nervio Auditivo: hipoacusia moderada en oído derecho</p> <p>Nervio Glossofaríngeo y Vago: conservados</p> <p>Nervio Espinal: conservado</p> <p>Nervio Hipogloso: conservado</p> <p>Fuerza muscular y tono: conservados</p> <p>Rigidez de nuca: positivo, Kernig: positivo, Brudzinski: positivo</p>
--	--

Impresión diagnóstica

Meningoencefalitis

Descartar Etiología Bacteriana

Descartar Etiología Tuberculosa

Descartar Etiología por Cryptococcus neoformans

Exámenes auxiliares

Se le solicita

Hemograma completo: Leucocitos: 9500, Abastionados:0%, Segmentados: 74,6%, Hemoglobina:13,6

Electrolitos: Sodio 141,5, Potasio: 4,06, Cloro: 99,8

Punción lumbar para estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR): cultivo bacteriológico: Leucocitos: 1-2, Gram: negativo, Tinta china: se aísla levaduras capsuladas

compatible con *Cryptococcus neoformans*, cultivo negativo, criptolátex en LCR:
positivo 1:256

Presión de apertura: 35cm H₂O

Citoquímico de LCR: ADA: 4, aspecto xantocrómico, glucosa: 20, proteínas: 290, leucocitos: 4, polimorfonucleares (60%), monomorfonucleares (40%).

Tomografía de cerebro sin contraste: se observa zonas de edema en región frontal, no se aprecian masas, no ventriculomegalia, no signos de sangrado.

Plan de trabajo

1. Dieta blanda hiposódica + líquidos a voluntad
2. NaCl al 0.9% 1000cc pasar en 1h
3. Anfotericina B 50mg EV en infusión de 6 horas + Dextrosa al 5% 500cc (Fase de inducción)
4. Fluconazol 600 mg EV c/12h
5. Metamizol 1g EV condicional a fiebre y cefalea
6. Punción lumbar evacuatoria semanal
7. Valorar función renal y diuresis estricta de forma diaria

Caso clínico 10:

Anamnesis:

Paciente masculino de 72 años procedente de Piura refiere tiempo de enfermedad de 3 meses refiriendo dolor tipo urente en miembro inferior izquierdo con intensidad 6/10 a la deambulación, el cual mejoraba con el reposo, además también refiere frialdad a nivel del pie del mismo lado. 1 mes antes del ingreso paciente refiere cambio de coloración negra en pie izquierdo a nivel de segundo, tercer y cuarto dedo del pie y aparición de lesión tipo costrosa de 3 x 3 cm con bordes negros sin sangrado activo a nivel del dorso del pie. 1 día antes del ingreso paciente refiere dolor severo a la deambulación (EVA 10/10) a nivel de miembro inferior izquierdo (desde rodilla hasta planta del pie del mismo lado), sensación de hormigueo y sensación de frialdad en

región anteriormente mencionada, niega sensación de alza térmica, niega náuseas y vómitos.

Antecedentes patológicos: hipertensión arterial desde hace 30 años

Antecedentes quirúrgicos: Fractura de tibia y peroné en pierna izquierda hace 7 años.

Medicina habitual: Losartán 50mg de forma irregular

Alergias: niega

Examen físico	
Funciones vitales:	frecuencia cardíaca: 90, frecuencia respiratoria: 18, presión arterial: 158/84, temperatura: 37° C
Piel y faneras	tibia, hidratada, elástica, no edema Miembro inferior izquierdo: necrosis de segundo, tercer y cuarto dedo del pie, frialdad distal desde rodilla hasta zona plantar de pie del mismo lado, se aprecia lesión ulcerosa de aproximadamente 3 x 3 cm en dorso de pie izquierdo. Pulso pedio y tibial posterior: ausentes. Pulso poplíteo: disminuido, Índice tobillo-brazo: 0,7
Tórax y pulmones:	murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no rales agregados
Cardiovascular	ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
Abdomen	globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos peritoneales
Sistema nervioso central:	despierta, orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica

Insuficiencia arterial periférica Fontaine IV

Hipertensión arterial por historia clínica

Exámenes auxiliares

Hemograma completo: Leucocitos: 11500, Segmentados: 67%, Abastionados: 0%, Hemoglobina: 14

Angiografía de miembro inferior izquierdo: Calcificación importante a nivel femoral y poplíteo, además se observan signos de ateromatosis con estenosis en eje poplíteo distal

Plan de trabajo

1. Dieta blanda hiposodica + líquidos a voluntad
2. Tramadol 50mg SC condicional a dolor
3. Ácido acetilsalicílico 100 mg VO c/24h
4. Clopidogrel 75mg VO c /24h
5. Losartán 50 mg VO c/12h
6. Interconsulta a Cirugía de Tórax y Cardiovascular para posibilidad de Bypass
7. Interconsulta a Traumatología de Emergencia

Caso clínico 11:

Anamnesis:

Paciente varón de 74 años con antecedente de diálisis peritoneal por enfermedad renal crónica estadio 5, refiere que hace 2 semanas presenta hinchazón de pantorrilla de miembro inferior con enrojecimiento y dolor a la deambulacion, síntomas persisten motivo por el cual acude a la emergencia.

Antecedentes patológicos:

Hipertension arterial hace 5 años tratamiento con amlodipino 5 mg cada 12 horas, enfermedad renal crónica hace 5 años en hemodiálisis.

Antecedentes quirúrgicos: prostatectomía año 2020 por Hiperplasia benigna de próstata.

Examen físico	
Funciones vitales:	frecuencia cardiaca: 88, frecuencia respiratoria: 18, presión arterial 130/70, temperatura 37.0°, saturación de O2: 98%
Pierna izquierda:	Aumento de volumen en pantorrilla de miembro inferior izquierdo con enrojecimiento, doloroso a la palpación, signo de Homans positivo

Tórax y pulmones:		Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan rales
Cardiovascular		Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
Abdomen		Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible, no doloroso a la palpación sonoridad conservada
Sistema nervioso central:		Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica:

1. Trombosis venosa profunda de miembro inferior izquierdo
2. Hipertensión arterial
3. Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis

Exámenes auxiliares:

Se solicita

- Hemograma: Leucocitos 9 000, hemoglobina: 14, plaquetas 250 090
- Glucosa: 110
- Urea: 90
- Creatinina: 2.3
- Eco Doppler venoso de pierna izquierda: se observa trombo de nivel de vena femoral que ocluye el 90% del radio.

Plan de trabajo:

1. Vía salinizada
2. NaCl 0.9% 1000cc 30 gotas por minuto
3. Amlodipino 5 mg cada 12 horas.
4. heparina 5000 unidades cada 12 horas
5. CFV + BHE

Caso clínico 12

Anamnesis:

Paciente de sexo masculino de 56 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 acude a la emergencia por dolor en pie derecho de hace dos meses, además refiere picos febriles en los últimos 4 días y nota herida con secreción purulenta y mal olor, por lo cual acude a la emergencia.

Antecedentes patológicos:

Diabetes mellitus tipo 2 hace 10 años en tratamiento con metformina 850 mg cada 12 horas.

Antecedentes quirúrgicos: niega

Alergias: niega

Examen físico	
Funciones vitales:	frecuencia cardiaca: 88, frecuencia respiratoria: 18, presión arterial 130/70, temperatura 37.0°, saturación de O2: 98%
Soma:	Pie derecho se observa solución de continuidad en dorso de 7 cm x 4cm con secreción purulenta y mal olor, se palpan pulsos pedios, tibial posterior y poplíteo.
Tórax y pulmones:	Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan rales
Cardiovascular	Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
Abdomen	Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible, no doloroso a la palpación sonoridad conservada
Sistema nervioso central:	Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica

1. Infección de piel y partes blandas
- 1.2 Pie diabético Wagner 2
2. Diabetes mellitus tipo 2

Exámenes auxiliares

Se solicita:

Hemograma: Leucocitos: 15 000, Hemoglobina: 12.4, plaquetas: 220 000

Glucosa: 190 mg/dL

Urea: 46

Creatinina: 0.54

PCR: 10

AGA y electrolitos: PH: 7.35, HCO₃: 22, PCO₂: 44, PO₂: 100

Na: 144, K:3.45, CL: 100

Eco Doppler arterial de miembro inferior derecho: ateromatosis puntiforme incipiente que no ocasiona cambios hemodinámicos significativos, flujometría doppler de aspecto conversado.

Plan de trabajo:

1. JH
2. Hidratación con NaCl 0.9% 30 gotas por minuto
3. Metformina 850 mg cada 12 horas
4. Ceftriaxona 2 gr. endovenoso cada 24 horas
5. Ciprofloxacino 400 mg endovenoso cada 12 horas
6. Paracetamol 1 gramo PRN T° > 38° C
7. Interconsulta a cirugía cardiovascular
8. CFV + BHE

1.4 Rotación de Pediatría

Caso clínico 13:

Anamnesis:

Paciente femenino de 3 años de edad con tiempo de enfermedad de 3 días, madre refiere que paciente presenta 5 deposiciones líquidas al día sin moco y con rastros de sangre, asociado a náuseas y vómitos de contenido líquido, malestar general e hiporexia, niega sensación de alza térmica, además refiere que paciente no tolera suero pediátrico ni otro tipo de líquido. Niega sensación de alza térmica y otros síntomas.

Examen físico	
Funciones vitales:	Frecuencia cardiaca 104, frecuencia respiratoria: 18, presión arterial: 110/70, temperatura: 37, 5 ^o .C
Antropometría	15 kilos Talla: 96 centímetros SC: 0,63
Ectoscopia	boca y lengua seca, sediento, ojos hundidos
Piel y faneras	tibia, hidratada, elástica, no edema, signo del pliegue negativo
Tórax y pulmones:	murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no rales agregados
Cardiovascular	ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
Abdomen	globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos peritoneales
Sistema nervioso central:	Irritable, despierto

Impresión diagnóstica

Enfermedad diarreica aguda

Deshidratación moderada

Exámenes auxiliares

Reacción inflamatoria en heces: 150 leucocitos por campo

Coprocultivo: positivo a *Shigella dysenteriae*

Rotavirus en heces: negativo

Adenovirus en heces: negativo

Plan de trabajo

1. Reposo gástrico por 4 horas (NPO)
2. Dextrosa 5% 1000cc } <VT 1500cc>
NaCl 20% 40 cc } 375cc/h por 4h + Reponer perdidas adicionales
KCl 20% 10cc } (vomitos, diarreas volumen a volumen)
3. Ondansetron 2,2 mg EV condicional a vomitos <0,15mg/kg>
4. Azitromicina 7.5ml VO c/24h <20mg/kg>
5. Sulfato de Zinc 5ml VO c/24h
6. Reevaluación horaria

Caso clínico 14:

Anamnesis:

Paciente masculino de 12 años de edad con tiempo de enfermedad de 2 semanas, donde la madre refiere que el menor presenta lesiones pruriginosas y redondas en zonas de espacio interdigitales de ambas manos y pies, axilas y tronco las cuales le generaban prurito excesivo con predominancia en las noches. Niega fiebre, niega náuseas y vómitos, niega otra sintomatología.

Examen físico	
Funciones vitales:	Frecuencia cardiaca:120, frecuencia respiratoria: 22, temperatura: 37,3°C
Piel y faneras	Frecuencia cardiaca:120, frecuencia respiratoria: 22, temperatura: 37,3°C Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, lesiones papulares pequeñas y eritematosas, excoriadas y con costras hemorrágicas de 1-2mm a nivel de tronco, zonas interdigitales de manos y pies, nalgas y axilas
Tórax y pulmones:	murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no rales agregados
Cardiovascular	ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

Abdomen	globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos peritoneales
Sistema nervioso central:	alerta, despierto

Plan de trabajo

1. Permetrina tópica al 5%: aplicar en todo el cuerpo a excepción de cara y dejar crema reposada durante 8-14 horas y repetir a los 5 días
2. Cambio y lavado de sabanas e indumentaria con agua caliente de paciente posterior a la aplicación de Permetrina
3. Baño al día siguiente

Caso clínico 15

Anamnesis:

Madre refiere que tres días antes del ingreso a emergencia pediátrica su hijo de 7 años de edad inicia con rinorrea hialina, dos días antes del ingreso se agrega tos seca, que se hace persistente con los días hasta el ingreso. Aproximadamente dos horas antes del ingreso se agrega dificultad respiratoria motivo por el cual acude a emergencia.

Antecedentes patológicos: síndrome obstructivo bronquial hace un año

Antecedentes alérgicos: Ac. Clavulánico

Antecedentes familiares: Hermano mayor padece rinitis alérgica

Examen físico	
Funciones vitales:	Frecuencia respiratoria: 58, frecuencia cardiaca 158, saturación de o ₂ : 89%, temperatura: 36.4°
Piel	tibia, humedad, llenado capilar <2”.
Tórax y pulmones:	Murmullo vesicular pasa disminuido en ambos hemitórax, sibilantes inspiratorios y espiratorios, politirajes. Score pulmonary 8 puntos

Cardiovascular	Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad
Abdomen	Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no impresiona dolor a la palpación
Sistema nervioso central:	Despierta, conectada con entorno

Impresión diagnóstica

1. Crisis asmática severa
2. Neumonía probable por infección viral
3. asma no controlada

Exámenes auxiliares

Se solicita

Hemograma: no reactivo en el hospital

PCR: 0.95

Prueba COVID 19: No reactivo

Radiografía de tórax: Signos de atrapamiento aéreo, imagen heterogénea que borra silueta cardiaca que impresiona atelectasia

Plan de trabajo

1. NPO
 2. Dextrosa 5% 1000 cc
CINa 20% 30 cc
CIK 20% 10 cc
- 870 cc en 8h , luego 870 cc en 16h
3. Nebulizaciones con salbutamol 20 gotas + CINa 0.9% 5 cc, continuo por 1 hora
 4. Bromuro de Ipatropio: 6 puff con aerocámara cada 20 minutos por 3 veces
 5. Hidrocortisona 230 mg ev stat, luego 58 mg ev c/6h
 6. Posición semisentada.
 7. O2 complementario para mantener SatO2 > = 94%
 8. CFV + BHE

Caso clínico 16

Anamnesis:

Padre refiere que su menor hijo presenta hace 24 horas fiebre que cede con paracetamol, hoy desde la madrugada presenta 3 diarrea con moco, sin sangre, además durante el día 3 vómitos, 20 minutos antes del ingreso a la emergencia presenta fiebre lo trata con paracetamol y posteriormente a los minutos inicia con movimientos tónico con fijación de la mirada a bipedestación, es llevado a su centro de salud el cual le indican diazepam, para luego ser referido a emergencia pediátrica del presente nosocomio

Examen físico	
Funciones vitales:	temperatura: 38°, frecuencia cardíaca:127, frecuencia respiratoria: 30, SatO2: 100% FIO2: 60%
Piel	frialdad distal, piel seca con llenado capilar <2"
Tórax y pulmones:	Murmullo vesicular pasa con estertores en ambos hemitórax, con tirajes subcostal.
Cardiovascular	Ruidos cardíacos rítmicos, buena intensidad, con pulsos periféricos palpables.
Abdomen	Plano, ruidos hidroaéreos aumentados, blando depresible, no visceromegalias.
Sistema nervioso central:	no despierto, hipertónico con pupilas fotorreactivas, Glasgow no evaluable por diazepam

Impresión diagnóstica:

1. Sd febril
 - 1.1 insuficiencia respiratoria: d/c neumonía aspirativa.
 - 2.1 enfermedad diarreica aguda.
2. convulsión febril compleja: estatus convulsivo

Exámenes auxiliares

Se solicita:

Hemograma: Leucocitos: 2880, hemoglobina 11.6, neutrófilos, 1333, abastoados: 6%, plaquetas 150 000

PCR: 23.38

Glucosa: 75

Urea: 31

Creatinina: 75

AGA y electrolitos: Ph: 7.31, PCO₂: 19, PO₂: 310, HCO₃: 13.6 FIO₂: 60%

Na: 120, K: 4.9, CL: 91, Ca: 1.19

Radiografía de tórax: sin cambios significativos:

Plan de trabajo:

1. NPO
2. Metamizol 350 mg IM stat
3. Diazepam 4.2 mg ev stat
4. Aspiración de secreción
5. Máscara de reservorio.
6. Cabecera de 30°

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Dos de Mayo es un nosocomio de nivel III-1, fundado el 28 de febrero de 1875, considerado hospital de referencia de la Dirección de Salud (DIRIS) Lima Centro. Este establecimiento es de referencia nacional para diversos

establecimientos de salud con menor capacidad resolutive debido a que se manejan pacientes con patologías complejas. A su vez encuentra ubicado frente al Parque de Historia de la Medicina Peruana s/n, altura cuadra 13 de Av. Grau en el distrito de Cercado de Lima. (1) En la actualidad este establecimiento cuenta con 420 camas hospitalarias para los distintas especialidades médicas, de las cuales 73 están designados para UCI.

El Hospital Daniel Alcides Carrión es un hospital nivel III-1 considerado hospital de referencia de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) del Callao. Este hospital es considerado un centro de referencia para distintos establecimientos de salud para tratar diferentes tipos de patologías. Este establecimiento se encuentra en Av. Guardia Chalaca 2176 en el distrito de Bellavista Callao.(2)

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC) se inauguró el 30 de diciembre de 1941, la construcción fue destinada a la atención de la clase trabajadora de la Provincia. El 15 de marzo de 1991, mediante la RM N°0269-91-SA/DM, el complejo es designado HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN con capacidad para resolver problemas de mayor complejidad. Actualmente, este establecimiento cuenta con una capacidad de 565 camas para hospitalización, además de servicio de Emergencia con Unidad de Shock Trauma, 109 consultorios externos en las áreas de Medicina, Cirugía, Ginecología, Pediatría y Odontología, 1 unidad de Cuidados Intensivos, 1 Unidad de Cuidados Intermedios, 1 Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, 1 Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 5 Salas Quirúrgicas Electivas y 3 Salas de Emergencia, 1 Unidad de Quemados, 1 Moderno Departamento Oncológico, y una Unidad de Neurointervencionismo de última generación, 1 Servicio de Preventorio y 1 servicio de Gineco Obstetricia. (3)

El internado médico empezó el 1 de junio de 2022 y culminó el 31 de marzo del año 2023, este fue dado como usualmente se realizaba el internado pre pandemia, se llevaron 2 meses de rotación de cada especialidad, en la cual se buscó desarrollar el potencial de cada interno mediante la práctica y sesiones teóricas brindadas por cada especialidad incluyendo guardias diurnas como nocturnas.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de Cirugía General

Caso clínico 1:

La apendicitis aguda es la inflamación apendicular que inicia mediante una obstrucción del lumen apendicular ocasionando incremento de la presión intraluminal por acumulo de moco asociado con pobre elasticidad de la serosa. Asimismo, se considera como la patología quirúrgica más frecuente de abdomen agudo quirurgico. La manifestación clínica más característica de este cuadro es el dolor abdominal difuso tipo cólico de inicio periumbilical con migración a fosa iliaca derecha y otros síntomas como náuseas, vómitos, hiporexia, signos como McBurney, Rovsing, Psoas y entre otros, por lo cual durante años se han establecido scores para definir si el cuadro clínico es compatible con apendicitis aguda. (4) (5)

La escala clásica más acreditada a nivel internacional es la de Alvarado, el cual utiliza parámetros clínicos y laboratoriales. El cual consiste en anorexia (1 punto), migración del dolor (1 punto), náuseas y vómitos (1 punto), dolor en FID (2 puntos), Rebote positivo (1 punto), fiebre (1 punto). A su vez los datos laboratoriales como la presencia de leucocitosis mayor de 10000 (2 puntos) y la desviación izquierda (1 punto), visualizados en el anexo 1. (4)

Existen otras escalas para la orientación diagnóstica de apendicitis aguda como: RIPASA score, AIR (respuesta inflamatoria apendicular), PAS puntaje pediátrico en apendicitis (puntaje pediátrico en apendicitis). Comparando las diferentes escalas, el sistema AIR reduce el número de ingresos hospitalarias innecesarias optimizando la utilidad de los estudios radiográficos además que previene las exploraciones abdominales negativa.(4) Mientras el RIPASA score demostró mayor precisión diagnóstica y especificidad comparando con la escala Alvarado en un estudio realizado el Hospital Kasturba en India. (6)

En el caso del paciente este fue evaluado por el cirujano y fue sometido a una apendicectomía laparoscópica encontrándose un apéndice necrosado en sus dos tercios distales con base apendicular friable más 200cc de líquido inflamatorio en tres cuadrantes. No hubo ninguna complicación postquirúrgica y el paciente recibió 5 días de tratamiento antibiótico endovenoso con Ceftriaxona 2g EV c/24 horas + Metronidazol 500mg EV c/8 horas. Se le dió de alta con antibioticoterapia oral con cefuroxima 500mg VO c/12h + Metronidazol 500 VO c/8h.

Caso clínico 2

La colangitis aguda ocurre cuando la estenosis biliar, debido a varias causas benignas (a menudo cálculos en los conductos biliares) o la presencia de un tumor, da como resultado colestasis e infección biliar. Esta estenosis u obstrucción biliar eleva la presión dentro del sistema biliar y expulsa los microorganismos o endotoxinas de la bilis infectada a la circulación sistémica, induciendo una respuesta inflamatoria sistémica. (7)

El riesgo de mortalidad es alto si la afección no se trata con terapia antibiótica y la presión biliar no se reduce inmediatamente usando los métodos apropiados. Por lo tanto, necesitamos ser capaces de diagnosticar y evaluar de forma fiable la gravedad de la colangitis para determinar si la vida del paciente está en peligro.

Dentro de las manifestaciones clínicas más frecuentes se encuentran dentro la clásica triada de Charcot (ictericia, fiebre y dolor abdominal en hipocondrio derecho). Actualmente para realizar el diagnóstico de colangitis aguda se utilizan los criterios de Tokyo 2018 donde hay 3 parámetros: inflamación sistémica (fiebre o escalofríos/ evidencia laboratorial de respuesta inflamatoria), colestasis (ictericia, alteración de pruebas de función hepática) e imágenes (evidencia de dilatación de vía biliar o una imagen adicional como cálculos, masa stent, etc.), aquellos se visualizarán en el anexo 2. (7)

En este caso, el paciente con el diagnóstico de colangitis fue manejado con analgésicos, antibioticoterapia endovenosa de primera línea con Ceftriaxona, recomendada en las Guías de Tokyo 2018 e hidratación oportuna.(8) Debido a que presentaba codecolitiasis (colédoco engrosado con un cálculo en su tercio distal) se envía interconsulta para el servicio de Gastroenterología, el cual decidió realizar el procedimiento de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica extracción + litotripsia de 2 cálculos de 9mm aproximadamente en tercio distal de colédoco. Posterior a eso se procedió a programación a SOP para realización de colecistectomía laparoscópica sin complicaciones postquirúrgicas.

Caso clínico 3

Una hernia es la proyección de un órgano o una parte de un órgano a través de la pared del cuerpo que normalmente lo contiene. En conjunto, las hernias inguinales y femorales se conocen como hernias inguinales.(9)

La prevalencia de hernias inguinales es del 27 al 43 por ciento en los hombres y del 3 al 6 por ciento en las mujeres, en todo el mundo, se realizan anualmente 20 millones de reparaciones de hernias inguinales (10)

Las hernias inguinales se pueden clasificar por etiología (congénitas versus adquiridas). La hernia congénita es el resultado de un desarrollo anormal, mientras que la hernia adquirida se debe a alteraciones de tejidos desarrollados normalmente que conducen al debilitamiento o la interrupción. Hombres y mujeres exhiben diferencias en el desarrollo anatómico de las estructuras de la ingle, lo que afecta la naturaleza de la hernia que cada uno desarrolla.(11) (12)

Las hernias inguinales también se clasifican en directa cuando el contenido abdominal sale a través de la pared posterior del conducto inguinal e indirecta cuando el contenido abdominal atraviesa una lesión o defecto de la pared abdominal en dirección al anillo inguinal interno y al conducto inguinal. (9)

El síntoma más característico es una sensación de pesadez o molestia sorda en la ingle, que puede o no estar asociada con un bulto visible, El hallazgo físico más frecuente será la presencia de bulto en la ingle (9).

El diagnóstico es en base a la historia clínica y examen físico(13), En ausencia de sospechas de complicaciones intraabdominales, sugerimos la ecografía de la ingle (US) como la modalidad de diagnóstico inicial. (14)

El tratamiento de inicio es el manejo médico con observación ante cualquier cambio en la actividad, el paciente debe estar de 6 a 8 semanas en reposo, tomar antiinflamatorios, laxantes emolientes y fisioterapia con supervisión para fortalecimiento del tronco y ejercicios de estiramiento muscular (9), sin embargo el tratamiento definitivo para todas las hernias es la reparación quirúrgica. (15)

Como es en el caso en el caso de nuestro paciente una reparación de hernia inguinal o femoral se realiza de manera urgente en paciente con complicaciones como incarceration aguda o estrangulación. Tendremos diferentes tipos de reparaciones abiertas sin malla como son las de Shouldice, Bassini y McVay (16) y reparaciones mínimamente invasiva como la reparación totalmente extraperitoneal (TEP) y reparación con parche preperitoneal transabdominal (TAPP).(17)

Caso clínico 4

La obstrucción intestinal ocurre cuando se interrumpe el flujo normal de contenido intraluminal. El intestino delgado está involucrado en aproximadamente el 80 por

ciento de los casos de obstrucción intestinal mecánica, En los países desarrollados, la adherencia es la causa más común, seguida de las hernias, los tumores malignos y otros trastornos infecciosos e inflamatorios. (18)

En cuanto los síntomas y signos obstrucción del intestino delgado se presentarán de forma aguda con dolor abdominal tipo cólico de inicio repentino, náuseas, vómitos y distensión abdominal.(19)

El diagnóstico se basa principalmente en la historia clínica y un buen examen físico las radiografías simples de abdomen en bipedestación o en decúbito lateral en casos de obstrucción se pueden observar niveles hidroaéreos y signo de granos de café.(20)

En casos que no exista gravedad extrema, se opta por el tratamiento médico conservador el cual consiste en una evaluación de 24 horas, se inicia dieta absoluta y si el cuadro no mejora colocar sonda nasogástrica hasta recuperar el peristaltismo, además de rehidratación, tratamiento profiláctico con antibiótico. En casos de una obstrucción mecánica con estrangulación , obstrucción completa se deberá optar por tratamiento quirúrgico.(20)

3.2 Rotación de Ginecología y Obstetricia

Caso clínico 5:

El síndrome de HELLP es una complicación multiorgánica del embarazo que se afecta entre el 15 a 20 % de casos de preeclampsia severa, el cual se caracteriza por una triada laboratorial donde se presencia anemia hemolítica microangiopática, plaquetopenia, aumento de enzimas hepáticas. Su índice de mortalidad materna oscila entre 1 a 24% y mortalidad fetal de 7 a 34%. (21)

El inicio de los síntomas suele ser rápido y los síntomas empeoran progresivamente. El dolor abdominal tipo cólico, es el síntoma más común y está presente en la mayoría de los pacientes. Puede estar localizado en el epigastrio medio, el cuadrante superior derecho o debajo del esternón y el área puede estar sensible en el examen físico. Entre otros síntomas aparecen las náuseas, vómitos y malestar generalizado, que pueden confundirse con una enfermedad viral inespecífica o una hepatitis viral, en particular si los niveles séricos de aspartato aminotransferasa y lactato deshidrogenasa están muy elevados. Los síntomas menos comunes incluyen dolor de cabeza, cambios visuales, ictericia y ascitis. (21)

La hipertensión arterial y la proteinuria están presentes en aproximadamente el 85 % de los casos, pero es importante tener en cuenta que cualquiera de los dos o ambos pueden estar ausentes en pacientes con síndrome HELLP grave. Actualmente existen dos sistemas de clasificación para la orientación diagnóstica y grado de severidad de esta patología con las clasificaciones de Mississippi y Tennessee, mostrados en el anexo 3. (22)

Sobre el tratamiento, la culminación del embarazo es la única terapia definitiva, aunque, en casos leves, se recomienda esperar y vigilar hasta después de la semana 34 para permitir la maduración completa del desarrollo fetal. En casos severos, el parto debe completarse inmediatamente o entre las 24-48 horas como máximo, acelerando la maduración pulmonar fetal con la administración de betametasona. (21) (23)

El uso de antihipertensivos, como hidralazina para el control inmediato y, nifedipino o labetalol son de importancia para la estabilización de la presión arterial a corto y a largo plazo. Además, se administra sulfato de magnesio, cuyo efecto de dilatación microvascular central y periférica, ayuda a reducir la resistencia vascular sistémica, proteger la barrera hematoencefálica al reducir el edema cerebral y evitar crisis convulsivas. (23)

Un paso fundamental es el inicio temprano de glucocorticoides potentes tan pronto como se haga el diagnóstico del síndrome HELLP, de modo que se pueda evitar la morbilidad materna grave (accidente cerebrovascular, hematoma/infarto/rotura hepática, pancreatitis aguda). (23)

La plasmaféresis tiene como objetivo remover elementos específicos del plasma, y se indica en pacientes que muestran un aumento progresivo de bilirrubinemia, creatinina sérica, trombocitopenia grave y para pacientes con persistencia clínica del síndrome HELLP más de 72 horas postparto. (21) (23)

Caso clínico 6:

La clínica de la infección por sífilis sucede cuando la replicación de espiroquetas del *Treponema pallidum* en el punto de inoculación conduce a una respuesta inflamatoria local que posteriormente forma una mácula que luego de 1 o 2 semanas, se convierte en una pápula y posteriormente a la lesión característica de la sífilis: el chancro único, cuya base es lisa, limpia y sin exudación, con bordes indurados. Se tiene como

diagnóstico diferencial al chancroide producido por *Haemophilus ducreyi* cuyas úlceras son múltiples con bordes blandos y de base sucia. (24)

Las pruebas serológicas son fundamentales para el diagnóstico de la sífilis. Además de complementar a la detección directa son la única forma de establecer un probable diagnóstico cuando no se pueden obtener muestras en las lesiones o cuando no están presentes. El diagnóstico serológico de la sífilis depende del análisis que miden dos tipos diferentes de reactividad de los anticuerpos, las cuales son las pruebas no treponémicas y las treponémicas. El diagnóstico serológico se ha realizado mediante detección de anticuerpos no treponémicos y la confirmación por reactividad en una prueba treponémica (24)

La penicilina G acuosa administrada por vía parenteral es el tratamiento de elección en todas las formas y fases de la sífilis. No obstante, como se ha comentado previamente, la preparación utilizada, la dosis y la duración del tratamiento varían dependiendo de la fase de la enfermedad y de las manifestaciones que se quieren tratar. (24)

Fase sífilis precoz (primaria, secundaria, latente precoz) en adultos: Penicilina G Benzatinica 2,4 millones UI IM dosis única, en caso el paciente fuera alérgico a las penicilinas se opta por Doxiciclina 100mg c/ 12h durante 14 días o Ceftriaxona 1-2g IM c/24 durante 10-14 días. (24)

Fase latente tardía o terciaria: Penicilina G Benzatinica 2,4 millones UI IM 3 dosis (1 vez a la semana) o Doxiciclina 100mg VO c/12h por 28 días. (24)

Caso clínico 7:

El embarazo ectópico es un embarazo en el que el blastocisto en desarrollo se implanta en un sitio distinto del endometrio de la cavidad uterina. La ubicación extrauterina más común es la trompa de Falopio, que representa el 96 por ciento de todas las gestaciones ectópicas (25)

En cuanto los factores de riesgo para desarrollar embarazo ectópico tenemos: haber padecido embarazo ectópico anterior, enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad, fertilización in vitro, cirugía reconstructiva de trompas, métodos anticonceptivos como el uso de dispositivo intrauterino (DIU), tabaquismo y endometriosis. (26)

La presentación clínica más común del embarazo ectópico es el sangrado vaginal y/o el dolor abdominal en el primer trimestre, generalmente aparecen de seis a ocho semanas después del último período menstrual(27)

El diagnóstico de embarazo ectópico se puede confirmar cuando cualquiera de los siguientes está presente: (25)

- Visualización de un saco gestacional extrauterino con saco vitelino o embrión (con o sin latidos del corazón) en ultrasonido transvaginal
- Una hCG sérica positiva y sin productos de la concepción en la aspiración uterina con niveles subsiguientes de hCG que aumentan o se estabilizan.
- Visualización en cirugía con confirmación histológica luego de resección de tejido de embarazo ectópico.

El tratamiento para el embarazo ectópico puede ser farmacológico o quirúrgico, este variará según los siguientes criterios de inclusión:

1. Mujer sana, hemodinámicamente estable
2. No signos de rotura de embarazo ectópico
3. B-HCG menor de 5000 a 10 000 mU/ml
4. No presencia de latido cardiaco embrionario o de líquido libre en pelvis

El tratamiento médico se usa como fármaco de elección al metrotexate como dosis única o multidosis, de no cumplirse estos criterios se optará por el tratamiento quirúrgico. (28)

Caso clínico 8

La amenaza de parto pretérmino se define como la presencia de contracciones uterinas 4 en 20 minutos, acompañado de modificaciones en cérvix como dilatación > de 2 cm e incorporado al 80% o un Bishop > de 8 puntos durante las 22 a 37 semanas. Las etiologías pueden ser múltiples como una infección urinaria, vaginal, corioamnionitis, ruptura prematura de membranas. (29)

Clínicamente el paciente refiere contracciones , presión pélvica, dolor lumbar, hemorragia genital, el diagnóstico se basa en valorar la dinámica uterina mediante un cardiotocógrafo, el cual si presenta 4 contracciones en 20 minutos , cada duración mayor de 30 segundos , palpables y dolorosas al tacto vaginal el cérvix borrado >70% o dilatado >2cm se considera una amenaza de parto pretérmino que se confirma con una ecografía transvaginal con una longitud cervical <20 mm y como marcador bioquímico a la fibronectina positivo (>50 ng/ml). (29)

El tratamiento es etiológico, paciente debe guardar reposo, se usan tocolíticos, corticoides y tratamiento antibiótico profiláctico.(29)

3.3 Rotación de Medicina Interna

Caso clínico 9:

La criptococosis es una infección micótica invasora causada por hongos basidiomicetos levaduriformes encapsulados del género *Cryptococcus* teniendo como etiologías más frecuentes a *C.neoformans* y *C.gattii*. Ambas especies son pueden generar enfermedad en personas sin inmunodeficiencias, pero se observan mayor incidencia de las infecciones graves en pacientes con sida o con inmunodeficiencias. Aunque la criptococosis se muestra que afecta inicialmente al sistema respiratorio, puede diseminarse a diferentes órganos, como el sistema nervioso central, y a su vez teniendo al meningoencefalitis como manifestación clínica más frecuente, caracterizada por presencia de cefalea, náuseas y vómitos, con o sin fiebre de inicio subagudo o crónica asociándose también papiledema, rigidez de nuca, defecto motor y sensitivo. (24) (30) (31)

Una característica importante para el diagnóstico de Neurocriptococosis son los hallazgos del estudio de LCR como presión de apertura mayor de 25cm H20, pleocitosis mononuclear, hiperproteinorraquia, hipoglucorraquia y detección positiva en tinta china. Pero la prueba más sensible y específica para el diagnóstico es la prueba de aglutinación en látex para *Cryptococcus*. (24) (31)

El tratamiento orientado en individuos no infectados por VIH, como el paciente del caso clínico, el manejo consta en 3 fases (inducción, consolidación y mantenimiento) Durante la fase de inducción el esquema sugerido es la Anfotericina B Deoxicolato EV 0.7-1mg/kg/día + Fluconazol 800-1200mg/día EV cada 12 horas ó 5-flucitosina 100mg/kg/día VO c/6h, toda esta fase dura alrededor de 14 días. (31)

Fase de consolidación consta Fluconazol 400-800mg VO c/12 durante 8 semanas y la fase de mantenimiento: Fluconazol 200 mg VO por día entre 6 a 12 meses.(31)

En este caso, el paciente recibió durante la hospitalización el tratamiento de inducción con seguimiento estricto de la función renal y diuresis debido a la nefrotoxicidad de la Anfotericina B y control de perfil hepático para descartar colestasis en por consumo de Fluconazol, teniendo una buena respuesta al tratamiento y su posterior remisión de la sintomatología.

Caso clínico 10:

La manifestación clínica patognomónica de esta enfermedad es la claudicación caracterizada por producir dolor al caminar y que ceda 2 a 3 minutos posterior al reposo, el dolor es de tipo urente o quemazón que suele afectar frecuentemente parte de extremidad y con rareza se llega a extender totalmente por la extremidad. El dolor tiene diversas localizaciones dependiendo del territorio vascular afectado.

Para medir la severidad sintomatológica se relaciona con la gravedad de la afección vascular y pronóstico, donde las clasificaciones más usadas son la de Fontaine y la de Rutherford. (32)

Clasificación de Fontaine: Dividida 4 estadios clínicos: I (asintomático), IIa (claudicación leve > 200 metros), IIb (claudicación moderada-grave < 200 metros), III (dolor isquémico al reposo) y IV (lesiones tróficas como ulceración, necrosis o gangrena). (32)

Clasificación de Rutherford: Dividido en 6 estadios: asintomático (estadio 0), claudicación ligera (estadio 1), claudicación moderada (estadio 2), claudicación severa (estadio 3), dolor isquémico en reposo (estadio 4), pérdida de tejido menor (estadio 5), importante pérdida tisular (estadio 6). (32)

La enfermedad arterial periférica nos orienta fundamentalmente mediante la anamnesis y el examen físico, índice tobillo-brazo, métodos no invasivos (ecografía doppler, prueba de esfuerzo) y como prueba de elección a la angiografía vascular mediante tomografía computarizada. (33)

El manejo médico tiene como objetivos mejorar la funcionalidad del miembro afectado y prevenir eventos adversos a la distribución polifocal de esta patología. Por eso como primera indicación se deben eliminar o disminuir los factores de riesgo (tabaquismo, enfermedad coronaria, dislipidemia), el manejo farmacológico recomendado según la Guía ESC 2017 sobre la enfermedad arterial periférica menciona que si los pacientes son sintomáticos puede recibir tratamiento antiagregante plaquetario único con Ácido acetilsalicílico 75-100 mg/día o Clopidogrel 75 mg/día y que los pacientes posterior a la terapia endovascular percutánea se recomienda tratamiento antiagregante plaquetario doble con los fármacos anteriormente mencionados. (33)

Caso clínico 11:

La trombosis venosa profunda se da cuando un coágulo de sangre bloquea el flujo sanguíneo de una vena, este puede darse posterior a un traumatismo, inmovilización prolongada o cirugía. Este afecta a 1% a 2% de la población con un gran morbilidad siendo su complicación principal la embolia pulmonar.(34)

En cuanto su sintomatología, presenta dolor a nivel de la pantorrilla con edema, en algunos casos esta puede ser asintomática, además podremos encontrar signos y pruebas características como la prueba de Homans, signo de Michaeli, signo de Mahler. (34)

El diagnóstico se basa con una buena historia clínica y examen físico, además de solicitarse exámenes como Dímero D y ecografía doppler. Es importante tener en cuenta la Escala de Wells para el diagnóstico de la trombosis venosa profunda, en la cual una puntuación >3 puntos da una alta probabilidad.(34)

El tratamiento se basa en el uso de anticoagulantes y se divide en tres fases:

1. fase aguda (5-10 días)
2. fase de mantenimiento (3-6 meses)
3. fase extendida.

En la fase aguda el manejo se basa en el uso de heparina de bajo peso molecular o heparina no fraccionada o fondaparinux para prevenir el riesgo de embolia pulmonar. Entre otros tratamientos más invasivos tenemos la trombectomía venosa, trombólisis y filtro de vena cava (34)

Caso clínico 12:

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica en la cual los niveles de glucosa se elevan en sangre debido a la ausencia absoluta o resistencia de la insulina, con el pasar de los años y sin el manejo adecuado esta genera complicaciones como es el pie diabético. (35) (36)

A menudo se puede identificar un evento iniciador potencialmente prevenible, como un traumatismo menor que causa una lesión cutánea. Las amputaciones de pie, muchas de las cuales se pueden prevenir con un reconocimiento y tratamiento tempranos, pueden ser necesarias en hasta el 20 % de las úlceras del pie diabético existen factores predictivos de úlceras como: Ulceración previa del pie ,neuropatía, deformidad del pie, enfermedad vascular (36)

El diagnóstico se basa en el examen físico el cual haremos una evaluación completa de los pies mediante la inspección el cual veremos la integridad de la piel, evaluación

de los pulsos, y evaluación de una úlcera existente con presencia de signos de infección (37)

Así mismo se utilizan pruebas de imágenes, dentro de ellas está la radiografía simple de pie para evaluar la presencia de osteomielitis y ecografía doppler arterial. (38)

Una manera de clasificar al pie diabético es mediante la clasificación de Wagner el cual evalúa la profundidad de la herida, la presencia de infección y la enfermedad oclusiva arterial periférica para cada categoría de la evaluación de la herida. (39)

El tratamiento se basa según el estadio de la enfermedad, valorando la extensión de la enfermedad, flujo arterial, compromiso óseo, según ello se preferirá iniciar con terapia antibiótica y desbridamiento, si fracasan se valorará la cirugía radical. (40)

3.4 Rotación de Pediatría

Caso clínico 13:

La enfermedad diarreica aguda según la clásica definición por la OMS consiste en deposiciones característicamente con disminución de la consistencia y aumento del hábito defecatorio, el cual tiene como tiempo de duración entre 3 a 14 días. Asimismo, cuando se acompaña principalmente de fiebre y diarrea sanguinolenta orienta a un síndrome de disentería aguda. Los agentes etiológicos más frecuentes del síndrome de disentería aguda son *Campylobacter*, *Shigella* y *Salmonella*. (41)

Para el diagnóstico se enfoca tanto la parte clínica (diarrea sanguinolenta, fiebre y dolor abdominal) para realizar el estudio orientado hacia los patógenos entéricos probables y posteriormente tratando la causa específica, también son de suma una buena anamnesis a los familiares, en caso de población pediátrica. (41)

Los exámenes complementarios como reacción inflamatoria en heces, coprocultivo, examen parasitológico seriado son relevantes para un acercamiento a la etiología de la enfermedad. En caso de la paciente se observó un coprocultivo positivo a *Shigella*, que además también puede aparecer mediante análisis de PCR en heces, exudado rectal o biopsia.(24) (41)

Para el tratamiento el pilar fundamental es la rehidratación oral o endovenosa con sales de rehidratación oral (SRO) o solución salina en caso de no tolerar la vía oral. Por ejemplo, en caso de la paciente se aplicó el plan B estipulado en la guía MINSA con la rehidratación endovenosa a dosis de 50-100ml/kg de peso obteniendo un volumen total de 1500cc en un lapso de 4 horas. Se añade la antibioticoterapia de

elección para caso de disentería a la Azitromicina a dosis de 15 a 20mg/kg, este fármaco siendo sensible a *Campylobacter* y *Shiguella*. El Sulfato de Zinc a dosis de 20mg/día, el cual ha demostrado una disminución importante de la shigelosis aguda favoreciendo una mayor ganancia ponderal y disminución de la morbilidad de la shigelosis aguda. (24) (41)

Prevención: Las medidas de control de la infección incluyen la higiene de manos, la adecuada manipulación de alimentos y el acceso al agua limpia. (41)

Caso clínico 14:

La escabiosis es una infección parasitaria por *Sarcoptes scabiei var.hominis*, el cual cuenta con ciclo vital de 10 a 14 días desarrollándose a nivel de la capa epidérmica, específicamente la hembra genera surcos a nivel del estrato córneo produciendo una reacción de hipersensibilidad al ácaro ocasionando la sintomatología y signología clínica de esta patología. Caracterizada por el prurito excesivo durante todo el día (a predominio nocturno), aparición de lesiones como vesículas pruriginosas, pústulas, nódulos y cavidades que en la población de lactantes predominan en zonas del cuero cabelludo, cara, pliegues, palmas y plantas. (42)

El manejo en casos de escabiosis consta de 2 componentes: manejo farmacológico mediante terapia tópica y medidas de higiene preventivas.

La terapéutica tópica consta de la aplicación de la permetrina al 5% en la piel con 2 aplicaciones efectivas durante 1 semana desde el cuero cabelludo progresivamente de manera cefalocaudal hasta las plantas de los pies, incluidas las áreas debajo de las uñas de las manos y los pies, a excepción de la cara. El fármaco debe eliminarse mediante lavado (ducha o baño) después de 8 a 14 horas de preferencia durante la noche. Actualmente como opción alternativa se utiliza la ivermectina vía oral la cual no se recomienda en niños con peso menor de 15 kilogramos ni a gestantes. (42) (43) Como medida de higiene se recomienda que la ropa o los artículos de cama utilizados en los tres días anteriores por la persona infestada deben lavarse a máquina con agua caliente y secarse a máquina con un ciclo de calor, esto debido a que los ácaros de la sarna generalmente no pueden sobrevivir más de dos o tres días cuando se separan de la piel humana. (42) (43)

Caso clínico 15:

Asma es considerada una enfermedad crónica frecuente en la infancia, desde su fisiopatología sabemos que es la inflamación de las vías aéreas inducida por una hiperrespuesta bronquial por acción de células inflamatorias como eosinófilos, mastocitos, macrófagos y linfocitos T provocando obstrucción bronquial reversible.

En cuantos los síntomas principales tenemos tos, sibilancias, síntomas alérgicos como rinitis, conjuntivitis o el eccema. Existen factores precipitantes como infecciones del tracto respiratorio, ejercicio, clima aire frío , aire caliente y húmedo, cambios en a presión barométrica, le humo de tabaco y alérgenos como el polvo doméstico, aparte de ello se sabe que hay un antecedente familiar importante para padecer dicha enfermedad. (44)

En una crisis asmática veremos un paciente taquipneico, hipoxia, sibilancias, con uso de músculos accesorios, retracciones y fase espiratoria prolongada. El diagnóstico se realiza mediante una buena historia clínica, el cual evaluaremos los síntomas clínicos característicos. También se puede realizar la prueba de espirometría el cual mide los volúmenes y capacidades pulmonares, en caso del asma tendremos un patrón obstructivo. El tratamiento será de acuerdo al cuadro clínico y cronicidad del mismo, este se basa en el uso de broncodilatadores, corticoesteroides inhalados, anticolinérgicos.(44)

Caso clínico 16:

La convulsión febril es el trastorno neurológico más frecuente en lactantes y niños pequeños. Son un fenómeno dependiente de la edad, que ocurre en 2 a 4 por ciento de los niños menores de cinco años de edad. Las convulsiones febriles simples, definidas como convulsiones generalizadas que duran menos de 15 minutos y no se repiten durante un período de 24 horas, representan la mayoría de las convulsiones febriles, este se asocia a fiebre, pero sin evidencia de infección intracraneal o causa definida. (45) Las convulsiones complejas se caracterizan por episodios que tienen un inicio focal duran más de 15 minutos u ocurren más de una vez en 24 horas. (46) La convulsión febril es un diagnóstico clínico, definido por las siguientes características, una convulsión asociada a una temperatura superior a 38°C, un niño mayor de seis meses y menor de cinco años, ausencia de infección o inflamación del sistema nervioso central, ausencia de anormalidad metabólica sistémica aguda que pueda producir convulsiones y que no tenga antecedentes de convulsiones afebriles previas.(46)

En cuanto al tratamiento, el manejo agudo se basa en el uso de benzodiazepinas intravenosas una sola dosis, con monitoreo del estado respiratorio y circulatorio del niño, pacientes con estado epiléptico febril son tratado con anticonvulsivantes como la fenitoína, así mismo se debe manejar con antipiréticos para disminuir la temperatura. (47)

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es una experiencia única en el último año para el estudiante de medicina en el cual le ayuda a afianzar los conocimientos acumulados durante la carrera. Algo muy importante a tener en cuenta es la coyuntura que se desarrolló este internado médico, debido a que fuimos los internos con poca práctica clínica hospitalaria, ya que en los últimos años de carrera tuvimos clases virtuales y simulaciones en la cual no pudimos desarrollar prácticas clínicas debido a la pandemia COVID-19, por ende el inicio de internado fue un verdadero reto para muchos estudiantes.

El internado médico duró 10 meses, se inició con la rotación de cirugía general, el cual desarrollamos habilidades en sala de operaciones, una experiencia que recién la obtuvimos muchos de nosotros debido a que años pasados solo fue simulaciones virtuales. Posterior a ello vino la rotación de ginecología y obstetricia, la cual pudimos ver el valorpreciado de lo que significa una vida materna ya que llevan un ser en su interior, a la igual que en cirugía general adquirimos experiencias en sala de operaciones para cesárea y cirugías ginecológicas como también la parte clínica en el área de obstetricia y planificación familiar.

En cuanto pediatría, valoramos la experiencia de lo que implica velar por la salud desde el nacimiento hasta la adolescencia en el cual valoramos mucho la información brindada por los padres y la historia clínica para tratar las diferentes patologías de fondo. Finalmente medicina interna que nos ayudó a conocer las diferentes

especialidades como cardiología, nefrología, endocrinología, etc. En la cual fijamos varios conceptos obtenidos durante nuestros años de carrera.

El internado médico solo se vive una vez en nuestra vida profesional, es la etapa de gran aprendizaje y adquisición de muchos valores en cual veremos como seremos como futuros médicos, lo que nos llevamos de estos 10 meses servirá para poder desenvolvernos como profesionales de la salud y poder brindar todo lo aprendido a la comunidad que vayamos a servir.

CONCLUSIONES

El internado médico representa el momento enriquecedor de mayor aprendizaje y conocimiento de un médico dentro de un escenario clínico y a su vez también es un periodo de integración con el personal de salud en los diferentes servicios de las especialidades básicas de la medicina clínica, ya que durante este lapso aquellas acciones a realizar en base a su destreza le permitan solucionar los actuales y futuros

problemas a los que se enfrentará en el día a día en su práctica profesional. En el internado médico hospitalario se proporciona la oportunidad en la atención directa a los pacientes, los conocimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos enfocados en las múltiples patologías de las diversas especialidades médicas. Además, de la vasta experiencia de los médicos asistentes con los cuales se pueden afianzar habilidades clínicas, terapéuticas, y la calidez humana hacia el paciente. Por lo cual, al culminar el internado, los médicos se encontrarán con una amplia base de conocimientos teórico y prácticos que permitan tener un buen desempeño en el campo de la práctica médica brindando atención de calidad al paciente.

El desarrollo del internado médico durante la pandemia del COVID-19 fue un reto difícil y único, porque se venía de dos años previos de ausencia de prácticas clínicas hospitalarias presenciales por las restricciones del contexto sanitario del COVID-19. Sin embargo, gracias al apoyo de los médicos asistenciales, médicos residentes y personal de salud se pudo desarrollar satisfactoriamente el internado médico y cumplir los objetivos del mismo.

RECOMENDACIONES

El internado médico debe regresar a los 12 meses de duración debido a que cada día del internado brinda una nueva oportunidad de conocimiento en forma progresiva que pueda optimizar la destreza médica a futuro.

El desarrollo del internado debe tener rotaciones en el primer nivel de atención para así poder fortalecer la atención primaria en el sector salud.

Se recomienda implementar programas de salud mental en los hospitales para disminuir la incidencia de enfermedades de salud mental en el personal medico

Se recomienda implementar seminarios y capacitación para que el interno de medicina también refuerzo conocimientos teóricos para así poder ponerles en práctica en sus hospitales

Se recomienda fomentar la investigación medica durante el internado medico con sus respectivos reconocimientos y premios, para así generar nuevos conocimientos y soluciones a través de la investigación científica.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital Nacional Dos de Mayo [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://hdosdemayo.gob.pe/rese%C3%B1ahistorica.html>
2. Dirección Regional de Salud del Callao - DIRESA - CALLAO [Internet]. 2023 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/diresaregioncallao>
3. Historia – Hospital Nacional [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.hndac.gob.pe/historia/>
4. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura Acute appendicitis: literature review. *Cir Gen*.
5. Schwartz SI, Brunicki FC, Andersen DK. Schwartz, Principios de cirugía. McGraw-Hill; 2020. 2439 p.
6. N N. A Comparative Study of RIPASA Score and ALVARADO Score in the Diagnosis of Acute Appendicitis. *J Clin Diagn Res* [Internet]. 2014 [citado 12 de abril de 2023]; Disponible en: http://jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2014&volume=8&issue=11&page=NC03&issn=0973-709x&id=5170
7. Kiriya S, Kozaka K, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Gabata T, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos). *J Hepato-Biliary-Pancreat Sci*. 2018;25(1):17-30.
8. Gomi H, Solomkin JS, Schlossberg D, Okamoto K, Takada T, Strasberg SM, et al. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepato-Biliary-Pancreat Sci*. 2018;25(1):3-16.
9. Vacca J. Hernia inguinal. La lucha contra la profusión. *Nursing (Lond)*. 1 de marzo de 2018;35(2):26-33.
10. Kingsnorth A, LeBlanc K. Hernias: inguinal and incisional. *Lancet Lond Engl*. 8 de noviembre de 2003;362(9395):1561-71.
11. De Meulder F, Wojciechowski M, Hubens G, Ramet J. Female hydrocele of the canal of Nuck: a case report. *Eur J Pediatr*. marzo de 2006;165(3):193-4.
12. Holzheimer RG. Inguinal Hernia: classification, diagnosis and treatment--classic, traumatic and Sportsman's hernia. *Eur J Med Res*. 29 de marzo de 2005;10(3):121-34.
13. Pautas internacionales para el manejo de la hernia inguinal - PubMed [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29330835/>
14. Expert Panel on Gastrointestinal Imaging, Garcia EM, Pietryga JA, Kim DH, Fowler KJ, Chang KJ, et al. ACR Appropriateness Criteria® Hernia. *J Am Coll Radiol JACR*. noviembre de 2022;19(11S):S329-40.

15. Rosenberg J, Bisgaard T, Kehlet H, Wara P, Asmussen T, Juul P, et al. Danish Hernia Database recommendations for the management of inguinal and femoral hernia in adults. *Dan Med Bull.* febrero de 2011;58(2):C4243.
16. EU Hernia Trialists Collaboration. Mesh compared with non-mesh methods of open groin hernia repair: systematic review of randomized controlled trials. *Br J Surg.* julio de 2000;87(7):854-9.
17. Bittner R, Arregui ME, Bisgaard T, Dudai M, Ferzli GS, Fitzgibbons RJ, et al. Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia [International Endohernia Society (IEHS)]. *Surg Endosc.* septiembre de 2011;25(9):2773-843.
18. Drożdż W, Budzyński P. Change in mechanical bowel obstruction demographic and etiological patterns during the past century: observations from one health care institution. *Arch Surg Chic Ill 1960.* febrero de 2012;147(2):175-80.
19. Mucha P. Small intestinal obstruction. *Surg Clin North Am.* junio de 1987;67(3):597-620.
20. Gil Romea I, Moreno Mirallas MJ, Deus Fombellida J, Mozota Duarte J, Garrido Calvo A, Rivas Jiménez M. Obstrucción intestinal. *Med Integral.* 15 de junio de 2001;38(2):52-6.
21. Gutiérrez-Aguirre CH, Alatorre-Ricardo J, Cantú-Rodríguez O, Gómez-Almaguer D. Síndrome de HELLP, diagnóstico y tratamiento. *Rev Hematol.* 2012;13(4):195-200.
22. Sibai BM. Diagnosis, controversies, and management of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count. *Obstet Gynecol.* mayo de 2004;103(5 Pt 1):981-91.
23. Martin J. HELLP syndrome - Symptoms, diagnosis and treatment | BMJ Best Practice US [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/1000>
24. Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ. Mandell, Douglas y Bennett. Enfermedades infecciosas. Infecciones respiratorias y cardiovasculares. Elsevier España; 2015. 312 p.
25. Alkatout I, Honemeyer U, Strauss A, Tinelli A, Malvasi A, Jonat W, et al. Clinical diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* agosto de 2013;68(8):571-81.
26. Bouyer J, Coste J, Shojaei T, Pouly JL, Fernandez H, Gerbaud L, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control, population-based study in France. *Am J Epidemiol.* 1 de febrero de 2003;157(3):185-94.

27. Clinical diagnosis and treatment of ectopic pregnancy - PubMed [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23921671/>
28. Embarazo ectópico. Prog Obstet Ginecol. 1 de junio de 2007;50(6):377-85.
29. Ochoa A, Pérez Dettoma J. Amenaza de parto prematuro: Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. An Sist Sanit Navar. 2009;32:105-19.
30. Quindós G. Micología clínica. Elsevier España, S.L.U.; 2015. 328 p.
31. Guía de Práctica Clínica: Neurocriptococosis [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.incn.gob.pe/transparencia/app/resolution/download/712/1>
32. Serrano Hernando F, Martin Conejero A. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-13109651>
33. Aboyans V, Ricco JB, Bartelink MLEL, Björck M, Brodmann M, Cohnert T, et al. Guía ESC 2017 sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad arterial periférica, desarrollada en colaboración con la European Society for Vascular Surgery (ESVS). Rev Esp Cardiol. 1 de febrero de 2018;71(2):111.e1-111.e69.
34. Chama-Naranjo A, Becerra-Bello J, Valdez Sánchez RA, Huerta-Huerta H, Chama-Naranjo A, Becerra-Bello J, et al. Diagnóstico y tratamiento de la trombosis venosa profunda. Rev Mex Angiol. marzo de 2021;49(1):24-32.
35. Lozano JA. Diabetes mellitus. Offarm. 1 de noviembre de 2006;25(10):66-78.
36. Armstrong DG, Boulton AJM, Bus SA. Diabetic Foot Ulcers and Their Recurrence. N Engl J Med. 15 de junio de 2017;376(24):2367-75.
37. Grayson ML, Gibbons GW, Balogh K, Levin E, Karchmer AW. Probing to bone in infected pedal ulcers. A clinical sign of underlying osteomyelitis in diabetic patients. JAMA. 1 de marzo de 1995;273(9):721-3.
38. Boulton AJM, Armstrong DG, Albert SF, Frykberg RG, Hellman R, Kirkman MS, et al. Comprehensive foot examination and risk assessment: a report of the task force of the foot care interest group of the American Diabetes Association, with endorsement by the American Association of Clinical Endocrinologists. Diabetes Care. agosto de 2008;31(8):1679-85.
39. So O, Eb J, I T, Hc N, Lb H, Aj B. A comparison of two diabetic foot ulcer classification systems: the Wagner and the University of Texas wound classification systems. Diabetes Care [Internet]. enero de 2001 [citado 13 de abril de 2023];24(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11194247/>
40. Lipsky BA, Berendt AR, Cornia PB, Pile JC, Peters EJG, Armstrong DG, et al. 2012 Infectious Diseases Society of America clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of diabetic foot infections. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. junio de 2012;54(12):e132-173.

41. MINSA. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años - Versión extensa -.
42. Council ML, Sheinbein DM, Cornelius LA. Manual Washington de Dermatología. LWW; 2018. 304 p.
43. Morgado-Carrasco D, Piquero-Casals J. Tratamiento de la escabiosis. 2022;8.
44. Río-Navarro BE del, Hidalgo-Castro EM, Sierra-Monge J JL. Asma. Bol Méd Hosp Infant México. febrero de 2009;66(1):3-33.
45. Moreno de Flagge N. Crisis febriles simples y complejas, epilepsia generalizada con crisis febriles plus, FIRES y nuevos síndromes. Med B Aires. septiembre de 2013;73:63-70.
46. At B, S S. Complex febrile seizures. Epilepsia [Internet]. febrero de 1996 [citado 13 de abril de 2023];37(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8635422/>
47. McTague A, Martland T, Appleton R. Drug management for acute tonic-clonic convulsions including convulsive status epilepticus in children. Cochrane Database Syst Rev. 10 de enero de 2018;1(1):CD001905.

ANEXO 1: ESCALA DE ALVARADO

Alvarado score	
Feature	Score
Migration of pain	1
Anorexia	1
Nausea	1
Tenderness in right lower quadrant	2
Rebound pain	1
Elevated temperature	1
Leucocytosis	2
Shift of white blood cell count to the left	1
Total	10

ANEXO 2: CRITERIOS DE TOKYO 2018 PARA COLANGITIS AGUDA

Table 2 TG18/TG13 diagnostic criteria for acute cholangitis [4]

A. Systemic inflammation

A-1. Fever and/or shaking chills

A-2. Laboratory data: evidence of inflammatory response

B. Cholestasis

B-1. Jaundice

B-2. Laboratory data: abnormal liver function tests

C. Imaging

C-1. Biliary dilatation

C-2. Evidence of the etiology on imaging (stricture, stone, stent etc.)

Suspected diagnosis: one item in A + one item in either B or C

Definite diagnosis: one item in A, one item in B and one item in C

ANEXO 3: CLASIFICACIÓN DE MISSISSIPPI

HELLP class	Platelet count	AST/ALT	LDH
1	$\leq 50,000/L$	$\geq 70 IU/L$	$\geq 600 IU/L$
2	50,000-100,000/L		
3	100,000-150,000/L	$\geq 40 IU/L$	

Patients with severe disease are included in class 1, characterized by a low platelet count $\leq 50,000/L$ and $AST/ALT \geq 70 IU/L$. Platelets between 50,000 and 100,000 help define class 2 patients. Those with mild thrombocytopenia ($> 100,000/L$), with mild elevations of AST and ALT are class 3. LDH is $\geq 600 IU/L$ in every class.

*HELLP, hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count;
AST, aspartate aminotransferase; ALT, alanine aminotransferase; LDH, lactate dehydrogenase*