

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN LA CLÍNICA
DIVINO NIÑO JESÚS, DURANTE EL PERIODO 2022 – 2023

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL



PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANA

PRESENTADO POR
MARY KARLA OCHOA HERNANDEZ

ASESOR
CHRISTIAN ALEXANDER FERNÁNDEZ

SÁNCHEZ

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

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN LA CLÍNICA
DIVINO NIÑO JESÚS, DURANTE EL PERIODO 2022 – 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
MARY KARLA OCHOA HERNANDEZ**

**ASESOR
M. E. CHRISTIAN ALEXANDER FERNÁNDEZ
SÁNCHEZ**

LIMA – PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro: Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

A Dios por sostenerme todos estos años, a toda mi familia, especialmente a mis padres y hermanos por brindarme su apoyo incondicional, a Claudia y Carlitos que partieron, y a todas las personas que presentan alguna discapacidad psicológica, que nada los detenga de cumplir sus metas.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Juan y María, quienes estuvieron conmigo incondicionalmente a lo largo de toda la carrera de Medicina Humana, por brindarme las facilidades para poder desenvolverme mejor y aconsejarme en cada paso que cada. A la Clínica Divino Niño Jesús y su personal, por apoyarme durante toda la época de mi Internado Médico, especialmente a los doctores Manuel Laca y Christian Fernández. A mis cointernos por motivarme a seguir adelante. A todos mis amigos y personas que conocí a lo largo de mi carrera. Agradezco a todos por aportar en mi formación profesional y desarrollo personal.

ÍNDICE

PORTADA	i
JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	2
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	15
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	17
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	25
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	29
FUENTES DE INFORMACIÓN	30

RESUMEN

El Internado Médico corresponde al último año de prácticas del estudiante de Medicina Humana, el cual se modificó debido a la emergencia sanitaria teniendo una duración de 10 meses.

Objetivo: Describir la experiencia profesional y las capacidades adquiridas por la autora durante su Internado Médico en la Clínica Divino Niño Jesús, durante el periodo 2022-2023.

Metodología: Se recopilaron 8 historias clínicas, 2 por cada servicio; para la exposición y el análisis de cada uno. Además, se describe la metodología de aprendizaje y el lugar en donde se realizó la experiencia profesional.

Conclusiones: La Clínica Divino Niño Jesús permitió a la autora realizar su Internado Médico de manera satisfactoria, permitiéndole realizar procedimientos y participar en la opinión médica.

ABSTRACT

The Medical Internship corresponds to the last year of practices of the Human Medicine student, which was modified due to the health emergency, lasting 10 months.

Objective: To describe the professional experience and those acquired by the author during her Medical Internship at the Divino Niño Jesús Clinic, during the period from 2022 to 2023.

Methodology: 8 clinical histories were collected, 2 for each service; for the exposition and analysis of each one. In addition, the learning methodology and the place where the professional experience was carried out are described.

Conclusions: The Divino Niño Jesús Clinic allowed the author to carry out her Medical Internship satisfactorily, allowing her to perform procedures and participate in medical opinion.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN LA CLÍNICA DIVINO NIÑO JESÚS, DU
RANTE EL PERIODO 2022 - 2023

AUTOR

MARY KARLA OCHO HERNANDEZ

RECUENTO DE PALABRAS

8414 Words

RECUENTO DE CARÁCTERES

48342 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

41 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

94.5KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 18, 2023 10:02 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 18, 2023 10:04 AM GMT-5

● **16% de similitud general**

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

- 16% Base de datos de Internet
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



M.E. CHRISTIAN ALEXANDER FERNÁNDEZ SÁNCHEZ
ASESOR
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2005-3447>

INTRODUCCIÓN

El Internado Médico corresponde al periodo de prácticas hospitalarias y/o clínicas de los estudiantes de Medicina Humana en su último año de carrera (en este caso, séptimo año), dispuesto por el Ministerio de Salud, el cual a su vez participa como ente regulador. Durante este periodo, el interno adquiere las capacidades necesarias para el manejo de patologías en el primer nivel de atención, por lo cual cursa con 4 principales rotaciones, las cuales son: Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Pediatría; en las cuales cumplen diferentes funciones dependiendo de la sede en la que se encuentran.

A partir de la pandemia por COVID-19, se estableció un Estado de Emergencia en el Perú; motivo por el cual el internado pasó por una serie de modificaciones, como la duración total del mismo, la cual se redujo de 12 a 10 meses; otro cambio importante fue que las prácticas se dividieron en la realización de 5 meses en sedes hospitalarias y 5 meses en centros de salud del primer nivel de atención; sin embargo, este cambio no se aplicó a sedes de las fuerzas armadas ni clínicas. Es por este motivo, que la presente autora pudo realizar los 10 meses del internado en una clínica.

En el presente trabajo se expone la experiencia profesional de la autora, a través de la presentación y el análisis de 8 casos clínicos, correspondientes a las 4 rotaciones realizadas durante el internado médico, siendo estas 2 por cada servicio. Las actividades se llevaron a cabo en la Clínica Divino Niño Jesús, durante el periodo 2022-2023.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico es un periodo en el que el estudiante del último año de Medicina Humana, desarrolla los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos a lo largo de la carrera, además de adquirir competencias y aptitudes para el diagnóstico oportuno y tratamiento precoz de las distintas patologías que se presentan en el campo clínico.

Este periodo se desarrolló en la sede Clínica Divino Niño Jesús, con una duración total de 10 meses, en los servicios de Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y Cirugía General. Durante este periodo, se desarrolló 1 mes de rotación externa de Gineco-Obstetricia en un hospital; sin embargo, en el presente trabajo solo se expondrá la trayectoria realizada en la sede de origen.

En la rotación de Gineco-Obstetricia, el interno acude a consultorio externo y asiste en la evaluación de la paciente, realiza procedimientos como tacto vaginal, especuloscopia, toma de Papanicolaou y colposcopia; además, realiza la evaluación obstétrica a la paciente gestante, que incluye la medición de la altura uterina, las maniobras de Leopold y el uso del ecógrafo doppler para determinar los latidos cardiacos. Así mismo, el médico asistente enseña a identificar y analizar las imágenes de las ecografías ginecológicas y obstétricas. Se realizan también procedimientos quirúrgicos como cesáreas, histerectomías, miomectomías, entre otros; en las cuales se tuvo la oportunidad de participar como segundo asistente. Además, el interno se encarga de la evaluación pre y postoperatoria de la paciente. Una desventaja fue la poca afluencia de partos por vía vaginal debido a que se trata de una entidad privada; sin embargo, a pesar de esa situación, se permitió la asistencia en cada uno de ellos.

En la rotación de Medicina Interna, el interno se encarga de la evaluación diaria y llenado adecuado de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados del servicio, así como de la presentación de cada caso clínico al médico de turno, exponiendo los antecedentes de importancia, el relato de la enfermedad actual, la evolución del paciente, las interurrencias (si las

hubiera) y los exámenes o evaluaciones pendientes para el apoyo diagnóstico. Así mismo, se evalúa de forma conjunta con el médico de turno la terapéutica de cada paciente. Además, durante toda la extensión del internado se realizan guardias diurnas cada 3 días y guardias nocturnas mensuales, en donde el interno se encarga de realizar el examen físico a los pacientes, solicitud de exámenes auxiliares y sugerencia en el manejo de cada uno. Del mismo modo, realiza la evaluación de ingreso y llenado de formatos que requieran los pacientes a ser hospitalizados. Por otro lado, se permitía el ingreso al interno a los consultorios externos de diferentes especialidades médicas, según su interés en aquel campo; lo que permitió extender conocimientos en áreas como la realización de riesgo quirúrgico cardiológico.

En la rotación de Pediatría se incluye también el servicio de Cirugía Pediátrica. El interno asiste al médico en el servicio de Urgencias Pediátricas, en donde realiza la anamnesis y exploración física del paciente; atendiendo patologías frecuentes como síndrome febril, síndrome obstructivo bronquial agudo, enfermedad diarreica aguda, obstrucción por cuerpo extraño, entre otros. En el consultorio externo de Cirugía Pediátrica, se tuvo la oportunidad de asistir al médico en la evaluación preoperatoria del paciente y la realización de procedimientos menores. Otra área importante de resaltar, es cuando se realiza la atención inmediata del recién nacido, en la cual se tuvo la oportunidad de realizar la evaluación del recién nacido y la profilaxis; así mismo, el interno se encarga de la evolución del paciente y la educación a la madre, en la que se explican aspectos importantes como la promoción de la lactancia materna exclusiva, la identificación de signos de alarma y la importancia de las inmunizaciones.

En la rotación de Cirugía General, se incluyeron también las áreas de Traumatología y Ortopedia, Cirugía Cardiovascular y Urología. En estos servicios, el interno se encarga de realizar la evaluación de ingreso de los pacientes próximo a ser intervenidos quirúrgicamente, así como su evaluación post-operatoria. Se tuvo la oportunidad de realizar asistencia como instrumentista o segundo ayudante durante los diferentes procedimientos,

siendo los más frecuentes las cirugías ambulatorias como las colecistectomías laparoscópicas, las hernioplastías y las hemorroidectomías, además de cirugías menores; adquiriendo conocimientos en asepsia, antisepsia y técnicas quirúrgicas. Así mismo, se tuvo la oportunidad de realizar procedimientos menores como suturas y curación de heridas. Además, se brinda acceso al Tópico de Curaciones en donde se aprende sobre los materiales usados en la curación de heridas; especialmente, las úlceras por pie diabético, campo especializado por el licenciado que dirige el servicio.

Adicionalmente a lo mencionado, se realizaron actividades académicas que incluyeron la exposición de patologías frecuentes y la presentación de casos clínicos, lo anterior a cargo de nuestro coordinador académico.

A continuación, se presentan casos de los servicios en las cuales se realizó la rotación; exponiendo en cada uno la anamnesis, examen físico, exámenes auxiliares y evolución del paciente; que fueron parte de la experiencia vivida por la presente autora.

I.1. ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

Caso clínico 1:

Paciente de 26 años, acude a consultorio externo por un tiempo de enfermedad de 5 días, caracterizado por dolor moderado en el hipogastrio, asociado a dispareunia y flujo vaginal color amarillo-verdoso de mal olor.

FUR: 02/07/2022

RC: 3-5/27-30

MAC: No usa

PS: 3 en el último mes

Niega otros antecedentes de importancia. Niega RAM.

Funciones vitales: presión arterial 120 / 78 mmHg, frecuencia cardiaca 78 lpm, frecuencia respiratoria 17 x', temperatura 37.2 °C, satO2: 99%

Examen físico:

- Piel y faneras: Tibia, húmeda y elástica; llenado capilar <2".
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles.
- Abdomen: RHA (+). Blando, depresible, timpánico. Dolor a la palpación profunda en hipogastrio.
- Genitourinario: presencia de dolor a la movilización del cérvix y a la palpación bimanual del anexo izquierdo. Presencia de flujo vaginal amarillo-verdoso de olor fétido.
- Sistema nervioso: Lúcida; orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica

- Enfermedad pélvica inflamatoria

Plan:

1. Ciprofloxacino 500 mg VO dosis única
2. Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 14 días
3. Metronidazol 500 mg VO cada 12 horas por 14 días

Caso clínico 2:

Paciente mujer de 20 años, acude al consultorio externo de Ginecología y Obstetricia con un tiempo de enfermedad de 2 meses, caracterizado por la presencia de lesiones papulosas en zona perineal que han aumentado con el tiempo; asociadas a dolor en la zona.

FUR: 15/05/2022

RC: 4-5/25-30

MAC: preservativo en la mayoría de ocasiones

PS: 4

Niega otros antecedentes de importancia. Niega RAM.

Funciones vitales: presión arterial 115 / 74 mmHg, frecuencia cardiaca 72 lpm, frecuencia respiratoria 16 x', temperatura 37 °C, satO2: 99%

Examen físico:

- Piel y faneras: Tibia, húmeda y elástica; llenado capilar <2".
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles.
- Abdomen: RHA (+). Blando, depresible, timpánico.
- Genitourinario: Presencia de múltiples pápulas umbilicadas de superficie brillante que se extienden a lo largo de la zona perineal hacia los glúteos.
- Sistema nervioso: Lúcida; orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica

- Lesiones por molusco contagioso

Plan:

1. Aplicación tópica de hidróxido de potasio al 10%

I.2. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico 1:

Paciente mujer de 78 años, viuda, natural de Apurímac y procedente de Lima, acude por un tiempo de enfermedad de aproximadamente 1 semana, en el cual refiere que presentó una lesión hiperqueratósica en el primer dedo del pie izquierdo, asociado a dolor “como si le hubiesen golpeado”; por lo cual acude al podólogo en donde le retiran la zona afectada, encontrando un absceso, que tras la curación deja una lesión ulcerativa. El día del ingreso acude debido a que observa progresión de la lesión del pie, el cual presenta secreción seropurulenta y signos de flogosis.

Antecedentes personales: Diabetes mellitus mal controlada, hipertensión arterial controlada. Niega RAM. Medicación habitual: metformina (ocasionalmente), irbersartán, amlodipino.

Funciones vitales: presión arterial 136 / 67 mmHg, frecuencia cardiaca 87 lpm, frecuencia respiratoria 16 x', temperatura 36.7 °C, satO2: 97%

Examen físico:

- Piel y faneras: Tibia, húmeda y elástica; palidez +/-+++; llenado capilar

< 2 segundos en miembros superiores y miembro inferior derecho, llenado capilar de 3 segundos en miembro inferior izquierdo.

- Tejido celular subcutáneo: Disminuido.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos audibles. Pulsos periféricos – pulso tibial posterior y pedio izquierdo poco perceptibles.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes; timpánico; blando, depresible, no doloroso a la palpación.
- Genitourinario: Puño percusión lumbar negativa, puntos renoureterales negativos; micción espontánea.
- Extremidades: Presencia de lesión ulcerativa en región lateral de la zona plantar del primer dedo del pie izquierdo, con presencia de contenido seropurulento; presencia de onicomycosis en ambos pies; presencia de hiperqueratosis en primer dedo del pie derecho.
- Sistema nervioso: Lúcida; orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.

Exámenes auxiliares al ingreso: Hemoglobina 9,8. Leucocitos 20,900. Plaquetas 282,000. Urea 50, Creatinina 0,9. HbA1c: 9,3%. Examen de orina: proteínas 1+, glucosa 2+. Urocultivo negativo. PCR 192.3.

Impresión diagnóstica:

- Diabetes mellitus tipo 2 mal controlada
- Pie diabético isquémico infectado
- Enfermedad arterial periférica
- Hipertensión arterial
- Anemia moderada

Plan:

1. Se hospitaliza
2. Dieta blanda hipoglúcida, hiposódica, hipograsa
3. Ceftazidima 2 g cada 24 horas
4. Vancomicina 1 g cada 24 horas

5. Irbesartán 150 mg cada 24 horas en la mañana
6. Amlodipino 5 mg cada 24 horas en la noche
7. Insulina NPH 10 UI en la mañana, 5 UI en la noche
8. Cilostazol 100 mg cada 24 horas
9. Atorvastatina 20 mg cada 24 horas
10. Ketoprofeno 100 mg condicional a dolor
11. Curaciones diarias
12. Movilización cada 2 horas
13. CFV + BHE

Caso clínico 2:

Paciente mujer de 30 años, natural y procedente de Lima, ama de casa, estado civil conviviente. Ingresa por un cuadro de dolor en la zona lumbar derecha, asociado a náuseas, vómitos y fiebre. Paciente refiere que una semana antes del ingreso presentó fiebre de 38°C, cefalea y malestar general, con pocas molestias urinarias. Tres días antes del ingreso nota que su orina se torna color amarillo oscuro, con mal olor y presencia de espuma; refiere haber asistido a centro asistencial donde recibió tratamiento que alivió sus molestias. El día del ingreso refiere malestar general, cefalea de intensidad 7/10 y dolor en zona lumbar derecha tipo punzante de intensidad 8/10. Antecedentes personales: 2 cesáreas. RAM: penicilina. Niega medicación habitual.

Funciones vitales: presión arterial 117 / 66 mmHg, frecuencia cardiaca 123 lpm, frecuencia respiratoria 24 x', temperatura 39 °C, satO₂: 96%

Examen físico:

- Piel y faneras: Tibia, húmeda y elástica; llenado capilar <2”.
- Tejido celular subcutáneo: Conservado, no edemas
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles.
- Abdomen: Cicatriz transversa suprapúbica. Ruidos hidroaéreos

presentes; timpánico; blando, depresible, dolor a la palpación profunda en flanco derecho e hipogastrio.

- Genitourinario: Puño percusión lumbar derecha positiva, punto renoureteral derecho positivo; micción espontánea.
- Sistema nervioso: Lúcida; orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.

Exámenes auxiliares al ingreso: Hemoglobina 10.6, hematocrito 34.5%, leucocitos 23,200, plaquetas 245,000. PCR 54.2. Urea 27. Creatinina 1.1
Examen de orina: nitritos 2+, leucocitos 50 – 70 x campo, hematíes 4 – 6 x campo, gérmenes 3+.

Impresión diagnóstica:

- Pielonefritis aguda
- Anemia leve

Plan:

1. Se hospitaliza
2. Dieta completa + líquidos a voluntad
3. Vía salinizada
4. Ciprofloxacino 400 mg EV cada 12 horas
5. Ketoprofeno 100 mg EV cada 12 horas
6. Metamizol 1g EV condicional a temperatura > 38°C
7. CFV + BHE
8. Se solicita urocultivo
9. Se solicita ecografía renal

I.3. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Caso clínico 1:

Paciente varón de 8 años acude a consultorio externo de Pediatría acompañado de su madre, por presentar lesiones papulares pruriginosas a predominio nocturno que se extienden en el tórax y las flexuras de los miembros superiores; la madre menciona que ella presenta las mismas lesiones en la zona glútea. Niega fiebre. Niega otra sintomatología. Niega

antecedentes de importancia. Niega RAM.

Funciones vitales dentro de los parámetros normales.

Examen físico:

- Piel y faneras: Tibia, húmeda, elástica. Llenado capilar < 2 segundos. Presencia de pápulas eritematosas pequeñas en tronco anterior, axilas, brazos, flexuras de los codos, muñecas, dedos de las manos y plantas de los pies. Excoriaciones en ambos miembros superiores.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles.
- Abdomen: RHA (+). No doloroso a la palpación.
- Genitourinario: Lesiones nodulares de base eritematosa.
- Sistema nervioso: Lúcido. Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

- Escabiosis

Plan:

1. Permetrina: Aplicación desde el cuello hasta las plantas de los pies.

Caso clínico 2:

Paciente mujer de 7 años acude a consultorio externo de Pediatría acompañada de su madre, debido a presencia de prurito anal. Además, madre informa que paciente refiere molestias en la zona genital. Niega fiebre. Niega otra sintomatología. Niega antecedentes de importancia. Niega RAM.

Funciones vitales dentro de los parámetros normales.

Examen físico:

- Piel y faneras: Tibia, húmeda, elástica. Llenado capilar < 2 segundos. Presencia de excoriaciones en zona perianal.

- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles.
- Abdomen: RHA (+). No doloroso a la palpación.
- Genitourinario: Vulvovaginitis. Se evidencian estadios larvarios de parásitos oxiuros cerca al hiato himeneal. Himen sin presencia de lesiones.
- Sistema nervioso: Lúcido. Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

- Enterobiasis

Plan:

1. Albendazol 400 mg VO una dosis y repetir en 2 semanas

I.4. ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

Caso clínico 1:

Paciente mujer de 70 años, acude de forma ambulatoria por presencia de masa que protruye por la línea media del abdomen, que aumenta al esfuerzo físico. Antecedentes personales: Hipertensión arterial. Cirugía de colon por obstrucción intestinal (2 años antes), cirugía de antebrazo por traumatismo (3 años antes). Niega RAM. Medicación habitual: Irbersartán, amlodipino.

Funciones vitales: presión arterial 145 / 85 mmHg, frecuencia cardiaca 74 lpm, frecuencia respiratoria 16 x', temperatura 36,5 °C, satO₂: 98%

Examen físico:

- Piel y faneras: Tibia, húmeda y elástica; llenado capilar <2".
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles. Várices en ambos miembros inferiores.
- Abdomen: Cicatriz mediana supra e infraumbilical. Masa palpable que

se extiende en mesogastrio e hipogastrio de aproximadamente 10x10 cm, poco reductible. RHA (+).

- Sistema nervioso: Lúcida; orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.

Exámenes auxiliares al ingreso: Exámenes laboratoriales sin alteraciones. Riesgo quirúrgico II.

Impresión diagnóstica:

- Eventración de pared abdominal anterior
- Hipertensión arterial controlada

Plan:

1. NPO
2. Ceftriaxona 2 g EV 1 hora antes de SOP
3. Se hospitaliza para entrar a SOP

Procedimiento efectuado: EVENTROPLASTÍA

Hallazgos: Eventración con defecto de pared de 12 x 8 cm + diástasis de rectos

Postoperatorio inmediato:

1. NPO por 6 horas, luego probar tolerancia oral
2. Dextrosa 5% 1000 cc + hipersodio (2) + kalium (1) → 1 frasco en 24 horas
3. Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas
4. CFV + BHE

Caso clínico 2:

Paciente varón de 35 años, acude al servicio de Urgencias por un tiempo de enfermedad de aproximadamente 20 horas caracterizado por dolor que inicia en epigastrio y luego migra a fosa iliaca derecha, asociado a fiebre, falta de apetito y tenesmo rectal. Antecedentes personales: Colectectomizado hace

5 años. Niega RAM. Niega medicación habitual.

Funciones vitales: presión arterial 130 / 78 mmHg, frecuencia cardiaca 96 lpm, frecuencia respiratoria 20 x', temperatura 38,5 °C, satO2: 98%

Examen físico:

- Piel y faneras: Tibia, húmeda y elástica; llenado capilar <2”.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles.
- Abdomen: RHA disminuidos. Timpánico. Dolor a la palpación en cuadrante inferior derecho. McBurney (+). Rovsing (+). Blumberg (-)
- Sistema nervioso: Lúcido; orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.

Exámenes auxiliares al ingreso: Hemoglobina 15.3, leucocitos 14,500, plaquetas 256,000. PCR 78. Otros exámenes de laboratorio sin alteraciones.

Ecografía abdominal: Engrosamiento de la pared apendicular de 8 mm con escaso líquido libre periapendicular.

Impresión diagnóstica:

- Abdomen agudo quirúrgico a descartar apendicitis aguda no complicada

Plan:

1. NPO
2. Ceftriaxona 2 g EV 1 hora antes de SOP
3. Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas
4. Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas
5. Se hospitaliza para entrar a SOP

Procedimiento efectuado: APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Hallazgos: Apéndice cecal de 13 x 3 cm, de paredes engrosadas, congestiva, base libre.

Postoperatorio inmediato:

1. NPO por 6 horas, luego probar tolerancia oral
2. NaCl 0.9% 1L – 35 gotas por minuto
3. Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas
4. Ketoprofeno 100 mg EV cada 12 horas y condicional al dolor
5. Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas
6. CFV + BHE

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Los casos desarrollados se presentaron en la Clínica Divino Niño Jesús durante el Internado Médico de la autora.

Sobre la sede de rotación, la Clínica Divino Niño Jesús es un centro de salud de complejidad II-E, el cual se encuentra ubicado en Jr. Ismael Escobar 329, Pamplona Baja, distrito de San Juan de Miraflores. En el establecimiento se atienden pacientes de la zona sur de Lima Metropolitana, principalmente San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo y Surco; sin embargo, también suelen acudir pacientes provenientes de otras regiones de Lima y Perú, ya que existe un especial interés por el Tópico de Curaciones, lo cual conduce a que se atiendan en el nosocomio varios casos de pie diabético.

La clínica cuenta con servicios como consultorios externos de diferentes áreas, resaltando las áreas de Cardiología, Neumología, Endocrinología, Neurología, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Traumatología y Ortopedia, Otorrinolaringología, Oftalmología y Urología. Así mismo, cuenta con un servicio de Urgencias, el cuál funciona las 24 horas; además de contar con un servicio de laboratorio, farmacia, diagnóstico por imágenes (que incluye rayos X, ecografía y tomografía).

Actualmente, tiene un personal de 62 trabajadores en planilla y 60 por asociación de participación, en el cual se incluyen médicos especialistas, médicos generales, enfermeros (as) y técnicos (as).

Cuenta con 8 camas en el área de Hospitalización entre todos los servicios y 4 camas en la Unidad de Vigilancia Intermedia. Además, cuenta con 2 salas de operaciones (SOP), una sala de atención inmediata del recién nacido y una Unidad de Recuperación Postanestésica con 3 camas. En el área de SOP se realizan cirugías ambulatorias y de urgencia.

En el consultorio externo, los médicos hacen uso del sistema EBUSALUD, el

cual es una base de datos a la cual se accede con usuario y contraseña, en donde se registra cada atención del paciente, antecedentes y exámenes de laboratorio. Sin embargo, este sistema aún no está incorporado en su totalidad en el área de Hospitalización ni en SOP, en donde se realizan las historias clínicas manualmente.

El establecimiento actúa conforme a las normas establecidas por el Minsa y es regulado por la DIRIS Lima Sur y SUSALUD.

El internado médico se desarrolló siguiendo los protocolos de bioseguridad dados por el Minsa y las restricciones dispuestas debido al contexto de la pandemia por COVID-19, por lo que las reuniones académicas se desarrollaron vía el aplicativo Zoom durante los días martes y jueves de cada semana, sin afectar la calidad de las mismas. En estas reuniones se realizó la exposición de un caso clínico y/o la revisión bibliográfica de un tema en específico según las guías nacionales e internacionales por parte del interno, siendo supervisado por el coordinador académico.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1. ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA:

Caso clínico 1:

En el caso se presenta a una paciente mujer de 26 años con vida sexual activa, que presenta dolor en el hipogastrio y flujo vaginal inusual, encontrándose en la exploración física dolor a la movilización del cérvix y a la palpación bimanual del anexo izquierdo, compatible con una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). La EPI es una enfermedad infecciosa ginecológica, que afecta el tracto genital superior de la paciente, afectando el útero, las trompas y los ovarios; esta es de etiología polimicrobiana; sin embargo, se han asociado con mayor frecuencia a la *Chlamydia trachomatis* y la *Neisseria gonorrhoeae*. La EPI tiene como principal mecanismo de transmisión la vía sexual (1).

Según la Norma Técnica del Minsa, el cuadro de esta paciente se trataría dentro del síndrome de dolor abdominal bajo; para el cual, el manejo ambulatorio consiste en ciprofloxacino 500 mg vía oral en dosis única, más doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 14 días, más metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas por 14 días (2). Siendo este el tratamiento que se administró a la paciente y observándose mejoría sintomática a la reevaluación de la paciente. Además del tratamiento mencionado, se brindó consejería a la paciente sobre infecciones de transmisión sexual y la prevención de las mismas.

Caso clínico 2:

En el caso se presenta a una paciente mujer en edad reproductiva y con vida sexual activa; la cual presenta lesiones compatibles con molusco contagioso. El molusco contagioso es una enfermedad causada por el virus del molusco contagioso, el cual pertenece a la familia de los poxvirus. Este se presenta generalmente en niños; sin embargo, puede presentarse también en adolescentes y adultos sanos como enfermedad de transmisión sexual o en casos de deportes de contacto (3). En este caso, debido a los antecedentes ginecológicos de la paciente y a la ubicación en la zona genital, se atribuye a

que se trate de una enfermedad de transmisión sexual.

Las lesiones del molusco contagioso suelen ser crónicas y se caracterizan por ser pápulas firmes de 2 a 5 mm de diámetro, de superficie brillante, con un centro umbilicado (4), como se describe en este caso. Así mismo, pueden estar asociadas o no a prurito e inflamación. En los casos de asociarse a transmisión sexual, suelen afectar la zona inguinal, los genitales externos, la parte proximal de los muslos y la zona inferior del abdomen (4).

Debido a que las lesiones son características, se suele diagnosticar mediante la inspección médica; sin embargo, si se desea confirmar el diagnóstico, se realiza a través de un examen histológico con el uso de la tinción hematoxilina-eosina, en el cual se observan queratinocitos que contienen cuerpos de inclusión citoplasmáticos eosinófilos (llamados también cuerpos de molusco o de Henderson-Paterson) (5).

Con respecto al tratamiento, como opción de primera línea se tiene al hidróxido de potasio al 10%, el cual se aplica de forma tópica dos veces al día en todas las lesiones, hasta que estas erosionen y se formen costras, lográndose la resolución en 30 días aproximadamente (6). En la reevaluación de la paciente, se observó regresión de las lesiones y muy poca presencia de cicatrices.

III.2. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA:

Caso clínico 1:

El pie diabético es una complicación crónica de la diabetes mellitus que se produce como consecuencia de la coexistencia de la enfermedad vascular y la neuropatía con una respuesta alterada ante la infección. Por un lado, la neuropatía afecta la parte motora de los músculos del pie, generando que las articulaciones se deformen y que la presión se concentre en las cabezas de los metatarsianos y el talón; por el otro lado, la neuropatía afecta la sensibilidad del pie, lo cual conlleva a que el paciente no perciba el dolor y detecte cualquier lesión de forma tardía. Así mismo, la afectación del sistema autónomo produce que haya una menor hidratación de la piel, tornándose

seca y exponiéndose a la formación de fisuras y grietas. Mientras que, la enfermedad vascular periférica condiciona a que existan zonas con un menor flujo sanguíneo, lo cual predispone a la formación de úlceras (7).

En este caso se realizó interconsulta con el servicio de Cirugía Cardiovascular el cual concluyó “ISQUEMIA CRÓNICA AMENAZANTE DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO. Úlcera en primer dedo y mediopié, con signos de flogosis. Llenado capilar lento. WIfI323 – Paciente requiere angioplastia de Arterias Tibiales debido a alto riesgo de amputación”. La isquemia crónica amenazante está definida como una fase avanzada de la enfermedad arterial periférica caracterizada por dolor de la extremidad en reposo, ulceración y posterior necrosis de los tejidos (8). En estos casos, se usa el sistema de clasificación WIfI (*Wound, Ischemia and foot Infection*) para evaluar el componente isquémico del pie diabético y el riesgo de amputación; el cual fue aplicado a nuestra paciente y detectó un alto riesgo de amputación en menos de 1 año si es que no se realizaba angioplastia; sin embargo, también mostró una alta probabilidad de que la angioplastia sea beneficiosa.

Por ese motivo, la paciente fue referida a centro de salud de mayor resolución, en donde se le realizó la angioplastia de urgencia de forma oportuna, con resultado favorable.

Caso clínico 2:

En el presenta caso se describe a una paciente joven con diagnóstico de pielonefritis aguda, la cual corresponde a una infección del parénquima y la pelvis del riñón, producto del sobrecrecimiento de bacterias, especialmente gramnegativas como la *Escherichia coli* y que se manifiesta como un síndrome miccional acompañado de fiebre, escalofríos, taquicardia, náuseas y vómitos (9). Es importante señalar que si no se recibe tratamiento oportunamente y/o se producen recurrencias de la enfermedad, se pueden desarrollar complicaciones graves, como la formación de abscesos, el desarrollo de fibrosis renal, la sepsis, la lesión renal aguda o la enfermedad renal crónica (10).

El diagnóstico de la pielonefritis aguda se basa en la presencia de síntomas como fiebre, dolor lumbar, disuria, polaquiuria y urgencia miccional (11). Además, se pueden realizar pruebas diagnósticas como análisis de orina, urocultivo, ecografía renal y tomografía computarizada (11) (12).

La decisión de realizar un manejo hospitalario usualmente depende de si el paciente se encuentra séptico o presenta una forma grave de la enfermedad. Otros criterios corresponden a fiebre alta persistente, dolor intenso, debilidad marcada, incapacidad para recibir hidratación oral, entre otros (13). En el caso de nuestra paciente, ella cumplía con criterios de sepsis (fiebre > 38 grados, frecuencia cardiaca > 90 lpm, frecuencia respiratoria > 22 y leucocitos > 12,000/mm³), además de dolor intenso y debilidad marcada, por lo cual se realizó la hospitalización.

Con respecto al tratamiento, este se basa en el uso de antibióticos como terapia de elección, acompañado de medidas como hidratación, manejo del dolor y la fiebre y reposo. La terapia antibiótica debe ser específica, por lo cual es imprescindible solicitar un urocultivo con antibiograma; sin embargo, es importante realizar una terapia empírica hasta la espera de los resultados, como se realizó en esta paciente. Entre las opciones de tratamiento se encuentran ceftriaxona 1g EV cada 24 horas, levofloxacino 750 mg EV cada 24 horas y ciprofloxacino 400 mg EV cada 12 horas por 7 a 14 días (14). En este caso, se optó por la terapia con ciprofloxacino debido al patrón de resistencia antibiótica presente en los pacientes que acuden al establecimiento de salud.

En el urocultivo se aisló *Escherichia coli* sensible a ciprofloxacino, por lo cual se continuó el tratamiento; la paciente evolucionó favorablemente y antes de su egreso los valores laboratoriales se normalizaron.

III.3. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA:

Caso clínico 1:

En el caso se presenta a un niño con presencia de pequeñas pápulas que se extienden a lo largo del tronco, extremidades superiores, genitales y

extremidades inferiores, las cuales eran pruriginosas a predominio nocturno, compatibles con una escabiosis. Esta última corresponde a una infestación de la piel por el ácaro *Sarcoptes scabiei*, la cual se manifiesta como sarna clásica o sarna costrosa. La sarna clásica se caracteriza por lesiones papulares pequeñas muy pruriginosas que se distribuyen principalmente en los dedos, muñecas, axilas, areolas y genitales; mientras que, la sarna costrosa afecta a pacientes inmunosuprimidos y se caracteriza por la presencia de escamas gruesas, costras y fisuras (15).

La transmisión de la sarna puede ser a través del contacto directo o a través de fómites, especialmente en zonas con poco hacinamiento (16). En este caso, se trata de una sarna clásica; que, como se mencionó anteriormente, se caracteriza por prurito; el cual se produce debido a una reacción de hipersensibilidad debido a la presencia del ácaro, sus heces o sus huevos (15).

En la inspección visual se observan múltiples pápulas eritematosas pequeñas y excoriaciones; además, se pueden hallar los denominados “surcos acarinos” que corresponden a líneas serpiginosas delgadas de color grisáceo, rojo o marrón, los cuales miden entre 2 a 15 mm y son patognomónicos, pero no suelen ser comunes (15).

El tratamiento de elección para la escabiosis es la permetrina tópica, la cual se administra en la piel desde el cuello hasta las plantas de los pies, incluyen las zonas subungueales y los pies, la crema se elimina 8 a 14 horas después mediante el lavado; y el uso debe repetirse una semana después para eliminar a los ácaros restantes (17), como se indicó en este paciente.

Caso clínico 2:

En el caso se presenta a una niña con presencia de prurito perianal y evidencia de la fase adulta de parásitos oxiuros, dando la enfermedad conocida como enterobiasis, la cual es una infección dada por el parásito helminto *Enterobius vermicularis* (también conocido como oxiuros), el cual se transmite a través de la ingestión de los huevos larvados (que son el estadio

infeccioso). La forma adulta de este habita en el tracto gastrointestinal, especialmente en el ciego y el apéndice, pudiendo ocluirlo (18).

La enterobiasis suele ser asintomática, pero cuando produce síntomas, el más común es el prurito perianal, como se presenta en la paciente. Esto se debe a que en las noches las hembras adultas salen a poner sus huevos alrededor de la zona perianal, los cuales producen una reacción inflamatoria produciendo picazón, el cual origina que la persona se rasque rascarse y se contaminen las zonas subungueales con los huevos, ocasionando una autoinfección del portador cuando estas zonas entran en contacto con la boca (19).

El diagnóstico puede realizarse a través de la inspección visual, con la cual se logra identificar los gusanos oxiuros, con su forma característica que simula hilos de algodón; además, se puede realizar el test de Graham (o de la cinta adhesiva), en la cual se coloca una cinta de celofán en la zona perianal y posteriormente es colocada en un portaobjetos que al ser examinado evidencia las formas de huevos de este parásito, los cuales dan una apariencia de “forma de frijol” (18).

Con respecto al tratamiento, en el caso de niños y adultos no embarazadas se cuenta con opciones como albendazol 400 mg o mebendazol 100 mg vía oral una vez con el estómago vacío, dosis que se repite en 2 semanas (20). En este caso se optó por el uso de albendazol y se le dio las indicaciones a la madre para que repita la dosis en el tiempo prescrito.

III.4. ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL:

Caso clínico 1:

La eventración abdominal, también llamada hernia incisional, es una condición en la que las vísceras protruyen a través de un orificio artificial (es decir, que no es parte de la anatomía original) de la pared abdominal, producto de una cirugía abdominal previa, enfermedades o lesiones traumáticas (21). En el caso de nuestra paciente, presentaba como antecedente una cirugía de colon que se le realizó 2 años antes. Los factores de riesgo para el desarrollo de la

eventración abdominal incluyen la obesidad, el sexo femenino, el envejecimiento, el estado de nutrición y las enfermedades que causen distensión abdominal (21). En este caso, se trató de una paciente adulta mayor obesa.

Las eventraciones pueden estar situadas en cualquier zona de la pared del abdomen o en la zona lumbar; las localizaciones principales incluyen la zona abdominal superior correspondiente al epigastrio o hipocondrios, zona abdominal inferior correspondiente a las fosas ilíacas o flancos, la zona lumbar y la eventración abdominal total correspondiente a la afectación de la toda la altura de la pared del abdomen, siendo la más frecuente la diástasis de los rectos (22), la cual corresponde justamente al tipo de eventración que presentaba nuestra paciente, ya que presentaba una cicatriz que se extendía a lo largo de la línea media del abdomen con una extensión total de 12 cm y que rodeaba el ombligo.

El tratamiento de la eventración abdominal depende del tamaño y la ubicación de la protrusión, así como de los síntomas que presente el paciente. Existen diversas opciones para el tratamiento de la eventración abdominal, incluyendo observación, utilización de una faja quirúrgica; sin embargo, el tratamiento definitivo es la cirugía (23). Debido a que el defecto herniario en la paciente era grande y se acompañaba de molestias en sus actividades de vida diaria, se optó por programarla a una cirugía electiva.

La técnica quirúrgica que se emplea es determinada por el cirujano y puede incluir la reparación de la pared abdominal con suturas o mallas, dependiendo de las características de la eventración abdominal en particular y las necesidades individuales del paciente (23). En el caso de nuestra paciente, se realizó una reconstrucción anatómica con el uso de suturas de Vycril y Nylon, y malla de polipropileno, se realizó la reconstrucción del ombligo y se dejaron tubos de drenajes en la extremidad inferior de la herida operatoria. La evolución fue favorable, por lo cual fue dada de alta a los 2 días.

Caso clínico 2: APENDICITIS AGUDA

En el caso se describe a un paciente adulto que acude por dolor en el epigastrio que migró a la fosa iliaca derecha, asociado a anorexia, náuseas y fiebre. Debido al dolor característico, se realizó la exploración física evidenciándose punto de McBurney (+), el cuál consiste en el dolor que se origina a la compresión del punto ubicado entre el 1/3 externo y los 2/3 internos de una línea imaginaria que va desde el ombligo hacia la espina iliaca anterosuperior; además, del signo de Rovsing (+) que se refiere al dolor en la fosa iliaca derecha a la descompresión manual de la fosa iliaca izquierda. Es por ese motivo que se sospechó de apendicitis aguda, por lo cual se procedió a realizar ecografía y exámenes de laboratorio, encontrándose engrosamiento de la pared apendicular y leucocitosis; por ello, el diagnóstico planteado fue apendicitis aguda.

La apendicitis aguda es un proceso inflamatorio del apéndice cecal, producto de una obstrucción de la luz de la misma; siendo la principal causa en niños la hiperplasia linfoide y en adultos, los fecalitos. El tratamiento de elección es la apendicectomía, la cual es una intervención quirúrgica que consiste en la extirpación del apéndice inflamado (24). Siendo este el tratamiento que recibió nuestro paciente.

La profilaxis antibiótica antes de la cirugía es una práctica común en la apendicectomía. La administración de una dosis única de antibióticos antes de la apendicitis no complicada puede disminuir el riesgo de infecciones postoperatorias y mejorar la recuperación de los pacientes (25); por este motivo, se optó por aplicar una dosis de Ceftriaxona EV antes de la cirugía. En el postoperatorio, el paciente tuvo una evolución favorable, por lo cual fue dado de alta al día siguiente.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es sumamente importante para el estudiante de Medicina Humana, debido a que permite adquirir las capacidades necesarias para la atención de patologías que se presentan en el primer nivel de atención y estar preparado adecuadamente para el Servicio Rural y Urbano Marginal (SERUMS), el cual es obligatorio al culminar la carrera.

Realizar la experiencia en un centro de salud privado en el cual los pacientes son mayormente de bajos recursos fomentó el uso racional de los medicamentos y solicitud de exámenes auxiliares necesarios; debido a que, cada cosa que se requería debía ser realmente imprescindible para el adecuado manejo de la patología que presentaba el paciente. Así mismo, esto ayudó a aumentar la empatía de los internos hacia los pacientes, ya que muchos de estos no podían costear los tratamientos; por lo que, muchas veces se buscó la forma de apoyar voluntariamente.

En la rotación de Ginecología y Obstetricia, se acudió al consultorio donde se pudieron observar, entre otros, los siguientes casos correspondientes al área de Ginecología:

- Infecciones de transmisión sexual: identificación del síndrome de flujo vaginal, síndrome de dolor abdominal bajo y el manejo a través de las 4 "C"s (consejería, cumplimiento, contactos y condones). Identificación de lesiones por el Virus del Papiloma Humano.
- Prolapso útero-vaginal: Aprendizaje y utilización del sistema de clasificación POP-Q.
- Síndrome de ovario poliquístico: Diagnóstico y tratamiento en adultas y adolescentes.
- Miomatosis uterina: Diagnóstico y tratamiento.
- Uso de métodos anticonceptivos: Consejería según la tasa de fallo, beneficios, efectos adversos y contraindicaciones.

Mientras que, en el área de Obstetricia, se pudo realizar la evaluación de las

gestantes a través de la medición de la altura uterina, las maniobras de Leopold y el uso del eco doppler. Sin embargo, una gran desventaja fue que el establecimiento no cuenta con sala de atención de partos; por tal motivo, no se pudo realizar la atención de partos por vía vaginal.

En la rotación de Medicina Interna, se observaron con mayor frecuencia pacientes diabéticos con complicaciones circulatorias periféricas, los cuales tenían una o más lesiones en los pies. Por este motivo, se aprendió mucho sobre el manejo exhaustivo del pie diabético con el uso de antibioticoterapia, curaciones diarias y manejo integral de los pacientes; además del uso del sistema VAC (sistema de cierre asistido por vacío), el cual fue novedoso para los internos dado que permitió salvar de la amputación los pies de muchos pacientes, incluyendo aquellos con lesiones extensas y que tenían un pronóstico malo dado por parte de otros centros de salud. Además de lo mencionado, el realizar guardias de este servicio durante todo el periodo que abarcó el internado, permitió familiarizarse con las patologías más frecuentes en urgencias médicas incluyendo el dolor abdominal y la fiebre.

En la rotación de Pediatría, se realizó la experiencia en el consultorio de Urgencias Pediátricas, en donde se permitió interactuar y examinar a los pacientes pediátricos y entrevistar a sus apoderados; a fin de mejorar la anamnesis indirecta o mixta y a brindar adecuadamente las indicaciones. Así mismo, esta rotación sirvió para aprender sobre la atención inmediata del recién nacido y la evaluación del neonato en los días posteriores; sin embargo, debido a que la mayoría de partos se realizaban por cesárea, la oportunidad de realizar alguna atención fue limitada, lo cual se considera que fue una gran desventaja para este aprendizaje.

La última rotación fue la de Cirugía General, en la cual se realizó la evaluación preoperatoria de los pacientes programados para cirugía; además, se permitía la realización de suturas en el área de Urgencias. Una desventaja fue que la mayoría de pacientes que acudían eran programados de forma electiva y muy pocos eran por urgencias; por lo que, las oportunidades de entrar a apendicectomías fueron escasas. Sin embargo, a pesar de esta situación,

debido al gran número de cirugías programadas, permitió que se asista a sala de operaciones de forma continua, permitiendo un aprendizaje adecuado.

CONCLUSIONES

- El internado médico, a pesar de las limitaciones que pueda presentar, es una experiencia enriquecedora para el estudiante, ya que pone en práctica sus conocimientos y habilidades adquiridas a lo largo de toda su carrera.
- La rotación de Ginecología y Obstetricia fue satisfactoria ya que permitió la examinación de pacientes ginecológicas y obstétricas, así como el manejo de las patologías más frecuentes.
- La rotación de Medicina Interna fue satisfactoria ya que permitió poner en práctica la evaluación semiológica y el manejo integral de cada paciente, aprendiendo a priorizar exámenes auxiliares según la necesidad de cada uno.
- La rotación de Pediatría fue satisfactoria ya que permitió la examinación de los pacientes pediátricos y el aprendizaje del cálculo de las dosis pediátricas.
- La rotación de Cirugía General fue satisfactoria ya que permitió aprender a realizar diversas suturas, así como la aplicación de técnicas quirúrgicas y asistir en las cirugías.
- La Clínica Divino Niño Jesús permitió a la autora realizar satisfactoriamente su internado médico; debido a que le permitió participar en diversos procedimientos y la opinión médica en las áreas de hospitalización y consultorio externo.

RECOMENDACIONES

Se recomienda ampliar nuevamente la duración del internado a 12 meses, para que este sea de mayor provecho para el interno.

A los futuros internos se les recomienda realizar rotaciones externas, según su disponibilidad y necesidad, para cubrir las deficiencias en el aprendizaje en algún área que presente su sede de internado médico; esto respaldado por su universidad.

Se recomienda que el Ministerio de Salud disponga en los lineamientos del internado médico, las competencias mínimas que debe adquirir el interno; especificando las funciones que le corresponde en el establecimiento de salud.

Además, se recomienda que las rotaciones realizadas en centros de salud de primer nivel tengan objetivos específicos, para que todos los internos adquieran aptitudes de forma equitativa.

Otra recomendación importante es que las sedes de internado dispongan máximo 4 alumnos por tutor, con los cuales se realicen actividades académicas; a fin de tener un mejor desempeño y una comunicación más fluida con su docente.

Así mismo, se recomienda a las sedes de internado disponer a los internos horas suficientes para que estos se preparen teóricamente para el Examen Nacional de Medicina (ENAM), distribuyendo las rotaciones clínicas de forma adecuada para un mayor aprendizaje.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Santana Suárez MA, Suárez Suárez B, Ocón Padrón L, Seara Fernández S. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria. Clin Invest Ginecol Obstet [Internet]. 2018;45(4):157–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2017.04.001>
2. Minsa. Norma Técnica de Salud para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú [Internet]. 2009. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969122/rm_263-2009_minsa.pdf
3. Dohil MA, Lin P, Lee J, Lucky AW, Paller AS, Eichenfield LF. The epidemiology of molluscum contagiosum in children. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2006 [citado el 6 de abril de 2023];54(1):47–54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16384754/>
4. UpToDate. Molluscum contagiosum. Uptodate.com. [citado el 6 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/molluscum-contagiosum?search=molusco%20contagioso&source=search_result&selectedTitle=1~66&usage_type=default&display_rank=1
5. Cotell SL, Roholt NS. Images in clinical medicine. Molluscum contagiosum in a patient with the acquired immunodeficiency syndrome. N Engl J Med [Internet]. 1998 [citado el 6 de abril de 2023];338(13):888. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9516224/>
6. Pimentel CL, Peramiquel L, Puig L. Molusco contagioso. Farm Prof (Internet) [Internet]. 2004 [citado el 6 de abril de 2023];18(3):72–7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-molusco-contagioso-13059599>
7. Garrido Calvo AM, Cía Blasco P, Pinós Laborda PJ. El pie diabético. Med Integr [Internet]. 2003 [citado el 6 de abril de 2023];41(1):8–17. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-el-pie-diabetico-13044043>
8. Mills JL Sr, Conte MS, Armstrong DG, Pomposelli FB, Schanzer A, Sidawy AN, et al. The Society for Vascular Surgery Lower Extremity Threatened Limb Classification System: risk stratification based on

- wound, ischemia, and foot infection (Wlfl). *J Vasc Surg* [Internet]. 2014;59(1):220-34.e1-2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2013.08.003>
9. Lozano JA. Infecciones urinarias. Clínica, diagnóstico y tratamiento. *Offarm* [Internet]. 2001 [citado el 6 de abril de 2023];20(3):99–109. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-infecciones-urinarias-clinica-diagnostico-tratamiento-10022011>
 10. Castner D. Una mirada de cerca a la pielonefritis. *Nursing* [Internet]. 2014 [citado el 6 de abril de 2023];31(4):63. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-una-mirada-cerca-pielonefritis-S0212538214001277>
 11. Ferreira J FJ. Pielonefritis aguda: abordaje diagnóstico y terapéutico. *Tendencias en Medicina*. 2019;55:21-26. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/339130298_Pielonefritis_aguda_abordaje_diagnostico_y_terapeutico
 12. Cornu J-N, Renard-Penna R, Rouprêt M. Pielonefritis aguda no complicada del adulto: diagnóstico y tratamiento. *EMC - Urol* [Internet]. 2008;40(2):1–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1761331008700422>
 13. UpToDate. Acute complicated urinary tract infection (including pyelonephritis) in adults. *Uptodate.com*. [citado el 6 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-including-pyelonephritis-in-adults?search=pielonefritis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 14. Gupta K, Hooton TM, Naber KG, Wullt B, Colgan R, Miller LG, et al. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: A 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2011 [citado el 6 de abril de 2023];52(5):e103-20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21292654/>
 15. UpToDate. Scabies: Epidemiology, clinical features, and diagnosis. *Uptodate.com*. [citado el 6 de abril de 2023]. Disponible en:

- https://www.uptodate.com/contents/scabies-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=escabiosis&source=search_result&selectedTitle=1~100&usage_type=default&display_rank=1
16. Fuller LC. Epidemiology of scabies. *Curr Opin Infect Dis* [Internet]. 2013 [citado el 6 de abril de 2023];26(2):123–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23411418/>
 17. UpToDate. Scabies: Management. Uptodate.com. [citado el 6 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/scabies-management?search=escabiosis&source=search_result&selectedTitle=2~100&usage_type=default&display_rank=2
 18. UpToDate. Enterobiasis (pinworm) and trichuriasis (whipworm). Uptodate.com. [citado el 6 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/enterobiasis-pinworm-and-trichuriasis-whipworm?search=oxiurasis&topicRef=134115&source=see_link
 19. Jones JE. Pinworms. *Am Fam Physician* [Internet]. 1988 [citado el 6 de abril de 2023];38(3):159–64. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3046268/>
 20. Drugs for Parasitic Infections, 3rd ed, The Medical Letter, New Rochelle, NY 2013
 21. UNMSM. Cirugía I: cirugía general [Internet]. 1999. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/cap_23-3_eventraci%C3%B3n.htm
 22. Cerruti R. Eventración. *Cirugía Digestiva*, 2009; 1(147):1-16. Disponible en: <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/ucuarentaysiete.pdf>
 23. Lechaux J-P, Lechaux D, Chevrel J-P. Tratamiento de las eventraciones de la pared abdominal. *EMC - Téc Quir - Apar Dig* [Internet]. 2005;21(1):1–14. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1282-9129\(05\)41846-2](http://dx.doi.org/10.1016/s1282-9129(05)41846-2)
 24. UpToDate. Management of acute appendicitis in adults. Uptodate.com. [citado el 6 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute->

appendicitis-in-

adults?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

25. UpToDate. Antimicrobial prophylaxis for prevention of surgical site infection following gastrointestinal procedures in adults. Uptodate.com. [citado el 6 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/antimicrobial-prophylaxis-for-prevention-of-surgical-site-infection-following-gastrointestinal-procedures-in-](https://www.uptodate.com/contents/antimicrobial-prophylaxis-for-prevention-of-surgical-site-infection-following-gastrointestinal-procedures-in-adults?search=apendicitis%20profilaxis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)

adults?search=apendicitis%20profilaxis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2