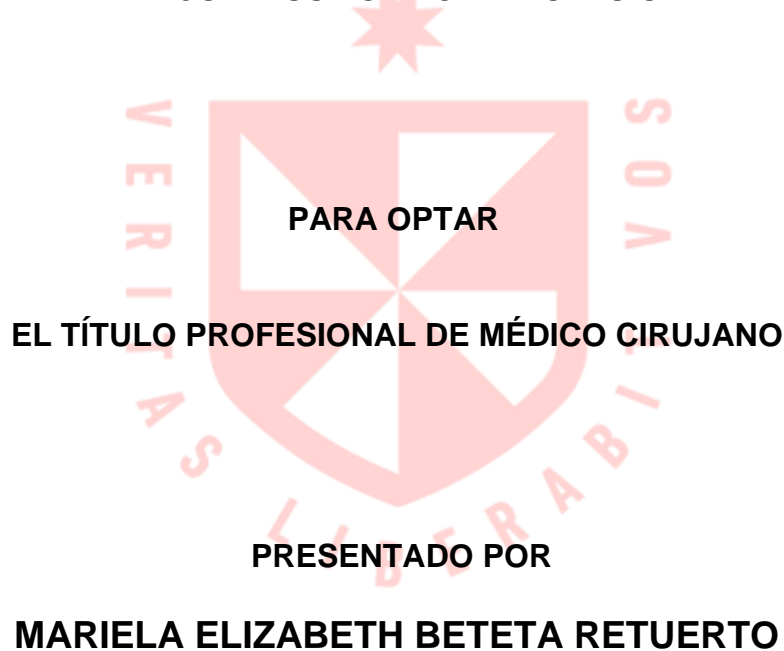


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
SANTA ROSA Y CENTRO DE SALUD BREÑA 2023- 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL



ASESOR

YANIRE PATTY MACEDO ALFARO

LIMA - PERÚ

2024



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL SANTA ROSA Y CENTRO DE SALUD
BREÑA 2023- 2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA
PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR
MARIELA ELIZABETH BETETA RETUERTO**

ASESOR

DRA. YANIRE PATTY MACEDO ALFARO

LIMA, PERÚ

2024

JURADO

PRESIDENTE: ROSSANA PAJUELO BUSTAMANTE

MIEMBRO: VICTOR EMILIO CUBAS VASQUEZ

MIEMBRO: ALEJANDRA PARHUANA BANDO

DEDICATORIA

A mi padre en el cielo que fue mi principal inspiración y motivación para seguir día a día, a mi madre por todo su amor, su apoyo incondicional por creer en mí y no dejar rendirme.

A mis hermanos por impulsarme a lograr mis metas y a mis lindos sobrinos.

Mariela Elizabeth Beteta Retuerto

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación en Medicina Interna	2
1.2 Rotación en Cirugía General	6
1.3 Rotación en Pediatría	11
1.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia	16
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	21
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	23
3.1 Rotación en Medicina Interna	23
3.2 Rotación en Cirugía General	25
3.3 Rotación en Pediatría	27
3.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia	29
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	31
CONCLUSIONES	33
RECOMENDACIONES	34
FUENTES DE INFORMACIÓN	35
ANEXOS	38
1. Clasificación de pie diabético de la Universidad de Texas	
2. Flujograma para el diagnóstico y tratamiento de Apendicitis Aguda	
3. Evaluación de la Deshidratación	
4. Flujograma de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria	

RESUMEN

El internado médico es la etapa final más importante de nuestra formación médica que engloba aspectos académicos, prácticos y humanísticos. A pesar de pasar por una educación médica virtual antes de iniciar el internado tenemos que adaptarnos a las diferentes situaciones que se nos presente y actuar de manera correcta pues nuestra finalidad siempre será el bienestar del paciente. El internado dio inicio el 1 de abril del 2023 al 31 de enero del 2024 con una duración de 10 meses. Las cuales se dividieron en áreas clínicas y quirúrgicas. Objetivo: Describir el desarrollo de capacidades y destrezas adquiridas como parte de la formación médica profesional durante mi internado 2023-2024. Metodología: Se describió la experiencia de un interno de medicina que realizó su internado médico en el Hospital Santa Rosa y Centro de Salud Breña se presentaron casos clínicos con el posterior análisis durante los 10 meses de internado. Conclusión: El internado médico corresponde a la última fase de la carrera de Medicina Humana en el cual se consolida y se pone en práctica todo lo aprendido desde el primer año de estudio de forma integral. Para así desarrollar todo nuestro potencial como futuros médicos del Perú.

Palabras clave: Internado médico, sedes hospitalarias, centro del primer nivel de atención, experiencia.

ABSTRACT

The medical internship is the most important final stage of our medical training that encompasses academic, practical and humanistic aspects. Despite going through virtual medical education before starting the internship, we have to adapt to the different situations that arise and act correctly since our goal will always be the well-being of the patient. The internship began on April 1, 2023 to January 31, 2024 with a duration of 10 months. Which were divided into clinical and surgical areas. Objective: Describe the development of capabilities and skills acquired as part of professional medical training during my internship 2023-2024. Methodology: The experience of a medical intern who carried out his medical internship at the Santa Rosa Hospital and Breña Health Center was described. Clinical cases were presented with subsequent analysis during the 10 months of internship. Conclusion: The medical internship corresponds to the last phase of the Human Medicine degree in which everything learned from the first year of study is consolidated and put into practice in a comprehensive manner. In order to develop our full potential as future doctors of Peru.

Keywords: Medical internship, hospital locations, first level care center, experience.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL SANTA ROSA Y CENTR
O DE SALUD BREÑA 2023- 2024**

AUTOR

MARIELA ELIZABETH BETETA RETUE

RECuento DE PALABRAS

7938 Words

RECuento DE CARACTERES

45502 Characters

RECuento DE PÁGINAS

41 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

449.0KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 13, 2024 11:44 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 13, 2024 11:44 AM GMT-5

● **11% de similitud general**

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

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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

INTRODUCCIÓN

El internado médico corresponde notablemente a la fase final de nuestra formación antes de ejercer nuestra profesión como médicos cirujanos en cual no solo se pone en práctica aspectos académicos sino también éticos morales.

El internado comprende áreas clínicas como Medicina Interna y Pediatría y áreas quirúrgicas como Cirugía General y Ginecología y Obstetricia.

La autora llevo a término el internado médico en dos establecimientos de salud del Ministerio de Salud, en el Hospital Santa Rosa con una duración de 8 meses y en el Centro de Salud de Breña por 2 meses.

Se enfrenta a una realidad distinta al tener el primer contacto con su paciente ya que venía de una educación médica virtual a consecuencia de la pandemia por COVID - 19. Pero da la oportunidad de consolidar conocimientos, reforzar la parte práctica y sobre todo en la formación humanística.

En esta etapa nos retroalimentamos de los conocimientos y la experiencia de los médicos asistentes y residentes durante las visitas médicas y en el desarrollo de las actividades académicas.

La finalidad de este trabajo de suficiencia es resaltar la importancia del internado médico que forma parte de nuestras prácticas preprofesionales y que todo estudiante de medicina debe realizar y así adquirir capacidades y destrezas que es fundamental para nuestra formación como futuros médicos.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico es la etapa final y más importante de nuestra profesión médica ya que es la consolidación de todo lo aprendido durante 12 ciclos previos que permite afianzar nuestros conocimientos teóricos y llevarlo a cabo en la parte práctica.

Es una etapa en la cual como interno tenemos que adaptarnos a las diferentes situaciones que se nos presenta, atender directamente a pacientes bajo presión, tomar decisiones y saber actuar de manera correcta para el bien del paciente ya que nos encontrábamos posterior a una pandemia donde nos vimos limitados acudir a prácticas presenciales externas.

También es transcendental la relación con el paciente ser empático ya que con ello nos abre las puertas para una buena recolección de datos, con un buen examen físico y otros exámenes de ayuda diagnóstica de acuerdo con la complejidad de la patología, así como el apoyo de nuestros residentes y médicos asistentes plantear diagnósticos y llegar al tratamiento correcto y oportuno de nuestro paciente.

Cuando estemos frente al servicio comunitario que es el Servicio Rural y Urbano Marginal podamos desarrollar eficientemente toda la experiencia vivida durante el internado.

En este capítulo he recopilado los casos clínicos durante mi rotación de Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Ginecología y obstetricia. También sobre las actividades de prevención y promoción de salud realizadas en el centro de primer nivel de atención.

1.1 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n. °1: Artritis Séptica

Paciente masculino de 34 años acude por emergencia con cuadro clínico de dos semanas que inició con dolor tipo punzada con una intensidad 7/10 en miembro inferior derecho que se incrementaba al estar de pie. Dos días después iniciado los síntomas se agrega aumento de volumen y enrojecimiento en pierna derecha. Cuatro días después se añade limitación funcional a la deambulación.

Antecedentes personales:

- Patológicos: Tuberculosis en 2018, recibiendo tratamiento completo por 6 meses.
- Quirúrgicos: Artroscopia derecha
- Niega alergia a medicamentos.

- Examen físico: REG, REN, REH

PA: 110/70 mmHg, FC: 80 lpm, FR: 15 rpm, Temperatura: 36.4°C

- Piel y Faneras: Pierna derecha eritematosa, doloroso a la palpación, y gran incremento de volumen. En región prepatelar se evidencia secreción purulenta de aproximadamente 20cc.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de moderada intensidad.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible, no ruidos agregados.
- Abdomen: No globuloso, no signos peritoneales.
- Sistema Nervioso: Despierto, reactivo a estímulos.

Diagnóstico presuntivo:

- Artritis piógena

Diagnóstico diferencial:

- Celulitis
- Artritis inducida por cristales
- Bursitis prepatelar

Diagnóstico definitivo:

- Artritis séptica por *Staphylococcus aureus*

Plan:

Se solicita hemograma completo y PCR. En el hemograma resultó con leucocitos: 15,140 mm^3 , PCR en 15.80 mg/dl. También una ecografía articular en la que se observa una colección superficial de 35x13mm y una colección inflamatoria de volumen de 8cc. En Emergencia se solicitó interconsulta con el servicio de Traumatología donde se prepara para la realización de una artrotomía diagnóstica completando exámenes prequirúrgicos. El hallazgo fue secreción purulenta prepatelar de 30cc. Se envía muestra de cultivo de líquido articular a Microbiología resultando positivo para *Staphylococcus aureus* fenotipo beta-lactámico.

Tratamiento:

- NPO
- NaCl 0.9% 1000cc por vía endovenosa a 30 gotas por minuto
- Oxacilina 2gr cada 4 horas por vía endovenosa
- Ranitidina 50mg cada 8 horas por vía endovenosa
- Metamizol 1gr cada 8 hora por vía endovenosa
- Tramadol 50mg condicional a dolor intenso por vía subcutánea
- Hielo local en herida operatoria
- Control de funciones vitales

Caso clínico n. °2: Pie Diabético

Paciente varón de 60 años refiere que desde hace 7 días presenta dolor, cambios de coloración e incremento de volumen en pie izquierdo que progresa hasta la rodilla. Hace 3 días aparece herida ulcerativa en planta de pie izquierdo, con secreción purulenta y mal olor que compromete el primer y segundo dedo del pie izquierdo. Hace un día nota sensación de alza térmica y continua con secreción purulenta en región plantar por lo que acude por emergencia.

Antecedentes personales:

- Patológicos: Diabetes Mellitus desde 2017 con tratamiento irregular con metformina.
- Quirúrgicos: Niega
- Familiares: Madre (Diabetes Mellitus tipo 2)

Examen físico: REG, MEN, REH

PA: 121/67mmHg, FC: 87 lpm, FR: 20 rpm, T: 36.6°C

Piel y Faneras: Lesión eritematosa en pie izquierdo de bordes mal definidos en región tibial distal. Presenta cambios isquémicos a nivel del segundo dedo. Ulceración de 4x5 cm en planta de pie izquierdo con secreción purulenta y maloliente.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares.

Abdomen: Globuloso, poco depresible, RHA (+), no doloroso.

Sistema Nervioso: Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. No signos meníngeos.

Diagnósticos presuntivos:

- Pie diabético
- Diabetes Mellitus tipo 2

Diagnóstico diferencial:

- Absceso plantar
- Vasculitis
- Insuficiencia venosa crónica

Diagnósticos definitivos:

- Pie diabético
- Diabetes Mellitus tipo 2 con complicaciones tardías
- Enfermedad arterial periférica
- Nefropatía diabética
- Anemia moderada multifactorial

Plan:

Se solicita ecografía doppler arterial de miembros inferiores, hemograma completo, ecografía renovesicoprostático, radiografía de pie, perfil de anemia, completar prequirúrgicos e interconsulta a traumatología. Con los resultados de laboratorio se encontró leucocitos en $27,150 \text{ mm}^3$, abastados: 3% y segmentados: 93 %. Hb: 9.2 g/dl, PCR: 32.40 mg/dl, glucosa:119mg/dl, úrea:87, creatinina: 1.55 mg/dl, proteínas totales: 5.8 g/dl, albúmina: 2.7 g/dl, globulina: 3.2 g/dl, hierro sérico: 26 μ g/dl, ferritina: 803 ng/ml. Microalbuminuria en orina simple en 135 mg/l. En los resultados de diagnóstico por imágenes se evidenció aterosclerosis difusa izquierda a predominio distal que condiciona a flujo turbulento con probable punto de estenosis en arteria tibial posterior.

Tratamiento:

- NaCl 0.9% 1000cc por vía endovenosa a 100cc por hora
- Piperacilina Tazobactam 4,5 gr cada 6 horas por vía endovenosa
- Tramadol 100mg condicional a dolor intenso
- Metoclopramida 10mg cada 8 horas por vía endovenosa
- Insulina R según escala de corrección:
 - 200-250 mg/dl (3UI)
 - 250-300 mg/dl (5UI)
 - >300 mg/dl (7UI)
- Hemogluco test cada 8 horas.

1.2 Rotación en Cirugía General

Caso clínico n. °3: Apendicitis aguda complicada

Paciente joven masculino de 25 años acude por emergencia refiriendo que desde hace 7 días inició con náuseas y vómitos. Seis días antes presenta sensación de alza térmica que cede con antipiréticos, pero vuelve a presentarse al quinto día. Además, se asocia dolor abdominal desde hace 5 días en cuadrante inferior derecha que no cede con analgésicos. Al intensificarse el dolor abdominal y agregarse deposiciones líquidas decide acudir por emergencia.

Antecedentes personales: Niega

A la evaluación en regular estado general.

PA: 100/60mmHg, FC: 84 lpm, FR: 18 rpm, T: 37°C.

- Piel y faneras: Tibia e hidratada. Llenado capilar adecuado.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos adecuadamente rítmicos.
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares
- Abdomen: Blando, depresible, RHA (+), doloroso a la palpación superficial en fosa iliaca derecha. Signo de Mc Burney (-), no signos de irritación peritoneal.
- Neurológico: Despierto, lenguaje y memoria conservado.

Diagnósticos presuntivos:

Abdomen agudo: Descartar médico versus quirúrgico

- Descartar Diverticulitis Aguda

- Descartar Apendicitis Aguda

Diagnóstico definitivo:

- Plastrón apendicular abscedado por apendicitis aguda complicada.

Plan:

Hidratación endovenosa, analgesia y antibioticoterapia.

Se solicita hemograma completo, PCR y tomografía de abdomen. Se reevalúa con exámenes solicitados encontrándose Leucocitos: 13,090 mm^3 , bastonados: 11%, segmentados: 77%, PCR: 51.30 mg/dl. En la tomografía de abdomen con contraste a nivel de fosa iliaca derecha se evidencia imagen tubular de aparente dependencia cecal de 24 mm, de paredes engrosadas, presencia de apendicolito de 11 mm a nivel de su base, asociado a estriación de la grasa perilesional que alcanza hasta la fosa iliaca izquierda asociado a múltiples colecciones de contenido heterogéneo, a nivel de parietocólico izquierdo y supravesical con volumen aproximado entre 10 y 18 cc.

- NPO
- Dextrosa 5%1000cc, NaCl 20% 2 ampollas, KCl 20% 1 ampolla (I)-(II) endovenoso cada 24 horas
- Omeprazol 40 mg endovenoso cada 24 horas
- Cefazolina 2gr vía endovenoso cada 24 horas
- Clindamicina 600mg endovenoso cada 8 horas
- Metamizol 2gr endovenoso cada 8 horas
- Tramadol 50mg subcutáneo cada 12 horas

Tratamiento:

Laparotomía exploratoria más apendicectomía más omentectomía parcial.

Hallazgos:

- Gran plastrón apendicular
- Apéndice con secreción purulenta de aproximadamente 500cc y necrosada en los 2/3 distales.

Evolución postoperatoria: Después de 8 horas de la operación cursa clínicamente estable, afebril, leve dolor abdominal a la palpación profunda, portador de un dren

Penrose en fosa iliaca derecha con secreción serohemática de 100cc. Herida operatoria con bordes afrontados con grapas, leve equimosis sin signos de flogosis. Se hace efectivo tratamiento antibiótico con ceftriaxona 2gr cada 24 horas endovenoso por 11 días y metronidazol 500mg cada 8 horas endovenoso por 9 días, así como las curaciones diarias. Se le da de alta con las siguientes indicaciones:

- Cefuroxima 500mg 1 tableta cada 12 horas vía oral por 5 días.
- Metronidazol 500mg 1 tableta cada 8 horas vía oral por 3 días.
- Paracetamol 500mg 1 tableta cada 8 horas vía oral por 3 días
- Curación de herida cada 24 horas por tópico de cirugía.
- Control por consultorio externo de cirugía general en 7 días.

Caso clínico n. °4: Obstrucción intestinal

Paciente mujer de 79 años que presenta constipación desde hace 3 días asociado a dolor abdominal, náuseas y vómitos por lo que es llevada por su familiar a emergencia.

Antecedentes personales:

- Patológicos: Osteoporosis
- Quirúrgicos: Apendicectomía, Histerectomía
- Alérgica a las Sulfas.

A la evaluación deshidrata

PA: 100/60 mmHg, FC: 72 lpm, FR: 20 rpm, T: 36.7°C.

- Piel y faneras: Palidez marcada. No cianosis
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares y rítmicos.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax.
- Abdomen: Distendido, RHA (+), doloroso a la palpación difusa, impresiona masa en fosa iliaca derecha.
- Neurológico: Despierta, no signos meníngeos ni de focalización.

Diagnósticos presuntivos:

Síndrome doloroso abdominal:

- Descartar bridas y adherencias
- Descartar tumoración en colon derecho

Diagnóstico definitivo:

- Obstrucción intestinal por bridas y adherencias

Plan:

Se solicita hemograma completo, uroanálisis, ecografía y tomografía abdominopélvica con contraste. En el hemograma leucocitos en 8650 mm^3 , abastados 0%, segmentados 85%, hemoglobina 15.1 g/dl. En el examen de orina ámbar, ligeramente turbia, nitritos negativos, sedimento urinario normal. Hallazgos ecográficos sugestivos de proceso inflamatorio intestinal pasa a observación de emergencia. Es reevaluada con el resultado de la tomografía que evidencia distensión de asas intestinales delgadas a nivel del yeyuno distal e íleon proximal, defecto a nivel de la raíz mesentérica a 25 cm de la válvula ileocecal, volvulación de estructuras vasculares. Colon proximal conservado pero el distal colapsado. Se completa prequirúrgicos y pasa a sala de operaciones.

- NPO
- NaCl 0.9% 1000cc a 35 gotas por minuto endovenoso cada 24 horas
- Ceftriaxona 2gr endovenoso cada 24 horas
- Hioscina 20mg endovenoso cada 8 horas
- Ranitidina 50mg endovenoso cada 8 horas

Tratamiento:

Laparotomía exploratoria: Rafia ileal más lavado de cavidad más revisión de sistemas y cavidades más liberación de adherencias.

Hallazgos:

Líquido inflamatorio de aproximadamente 1000cc

Brida firme de 30cm, a 170 cm de la válvula ileocecal

Perforación a 150cm de válvula ileocecal de 45% de circunferencia

Divertículo de Meckel a 100cm de válvula ileocecal, no perforado.

El manejo postoperatorio fue el siguiente:

- NPO
- Sonda nasogástrica a gravedad
- Dextrosa 5% 1000cc, NaCl 20% 2 ampollas, KCl 20% 1 ampolla (I)-(II) endovenoso cada 24 horas.
- Ceftriaxona 1gr endovenoso cada 12 horas
- Metronidazol 500mg endovenoso cada 8 horas
- Metamizol 1.5g endovenoso cada 8 horas
- Tramadol 50mg condicional a dolor intenso
- Ranitidina 50mg endovenoso cada 8 horas.
- Control de funciones vitales y balance hídrico estricto

Evolución postoperatoria: A las 12 horas de postoperada paciente portadora de sonda nasogástrica refería dolor abdominal en ambos flancos a una intensidad 8/10. Herida operatoria afrontada sin signos de flogosis ni secreción. Dren Penrose en fosa iliaca derecha sin secreción, pero en el lado izquierdo secreción serohemática de 225cc. Durante su estancia hospitalaria tuvo una evolución estacionaria, afebril con residuo por sonda nasogástrica en disminución y drenaje abdominal de características serosas. Los familiares solicitan la referencia a centro de EsSalud ya que cuenta con seguro activo. La referencia es aceptada por el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

1.3 Rotación en Pediatría

Caso clínico n. °5: Sepsis de foco urinario

Paciente mujer de 4 años acompañada de su madre quien refiere 2 semanas de fiebre intermitente. Hace 4 días presenta deposiciones semilíquidas sin moco sin sangre 3 veces por día. Hace 2 días fiebre por lo que cede al administrar 8ml de paracetamol jarabe, dolor al orinar y persiste deposiciones 2 cámaras, pero líquidas. El día del ingreso presenta fiebre de 39.1°C y 1 vomito con flema por lo que la lleva a emergencia.

Antecedentes Personales fisiológicos:

- Prenatales: controles prenatales completos, no interurrencias
- Natales: Parto vaginal, llanto enérgico, APGAR: 9, peso de 3550gr, talla de 42cm.
- Control cefálico: 3 meses, control tronco: 6 meses, primeros pasos: al año, primeras palabras: 6 meses. Cuenta con vacunas completas según calendario.

Antecedentes personales patológicos:

- Alergias: Niega
- Hospitalizaciones: Niega
- Enfermedades previas: Parasitosis intestinal recibiendo una dosis de albendazol (marzo 2023), Infección urinaria con tratamiento que no recuerda, pero lo completo por 7 días (abril 2023).

Al examen clínico:

T:39.7°C, FC: 111lpm, FR: 20 rpm, P: 18.4 kg T: 1.12m

- Aspecto general: despierta, conectada, ventilación espontánea sin dificultad respiratoria.

- Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", no signos de hipoperfusión.
- Orofaringe: No congestiva, no exudados.
- Tórax y Pulmones: No tirajes, no retracciones. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, pulsos periféricos simétricos.
- Abdomen: plano, no distendido, impresiona dolor a la palpación profunda en hipogastrio, ruidos hidroaéreos presentes.
- Genitourinario: PRU (-) PPL (-)
- Sistema Nervioso Central: despierta, activa, reactiva a estímulos, no focalización. Glasgow: 15 puntos.

Diagnóstico sindrómico:

- Síndrome febril

Diagnóstico diferencial:

- Diarrea aguda infecciosa
- Infección de vías urinarias

Diagnóstico presuntivo:

- Infección de vías urinarias

Plan:

Solicitar exámenes auxiliares. Los leucocitos en 15030 mm^3 (abastionados: 0%, Segmentados: 76%, monocitos: 10%, linfocitos: 14%), PCR: 9.57 mg/dl, examen de orina: con nitritos positivo, leucocitos: +3, sedimento urinario: glóbulos blancos en 813.78/uL. Se solicita urocultivo el cual resulta en $>100,000 \text{ ufc/ml}$, leucocitos en 354.42/uL para *Escherichia Coli*. Para descartar una malformación de vías urinarias se le solicita una ecografía renal y vesical la cual resulta en riñones y vejiga de caracteres ecográficos conservados.

Tratamiento:

- Dextrosa 5%(1000cc), cloruro de sodio 20%(20cc), cloruro de potasio 20%(10cc) a 30 cc por hora.
- Amikacina 270mg por vía endovenosa cada 24 horas
- Dimenhidrinato 18mg condicional náuseas o vómitos.
- Metamizol 450mg condicional a $T \geq 38^{\circ}\text{C}$

Evolución:

Durante su estancia hospitalaria la menor presento picos febriles que iban desde los 38°C hasta los 39°C durante cuatro días a pesar de recibir tratamiento antibiótico por lo que se le solicita nuevos análisis de laboratorio resultando en leucocitos: 9870 mm^3 , abastionados: 2%, segmentados: 66% y PCR en 19 mg/dl. Indicativo de un estado inflamatorio a nivel sistémico por lo que se plantea sepsis de foco urinario y se decide rotar a ceftriaxona según urocultivo sensible, a dosis de 100mg/kg/día por vía endovenosa cada 12 horas lento y diluido por 6 días. Al segundo día efectivo de ceftriaxona cursa con su primer día afebril. Al completar antibioticoterapia, continuar afebril y no presentar dolor ni ardor al orinar se le da de alta con las siguientes indicaciones:

- Cefixima 100mg/5ml 15ml vía oral la primera dosis, a partir de la segunda dosis 7,5ml vía oral cada 24 horas por 7 días.
- Control por consultorio externo de pediatría en 7 días.

Caso clínico n. °6: Diarrea aguda

Madre refiere que su menor hijo de 2 años desde hace un día presento 6 cámaras de deposiciones líquidas sin moco sin sangre y 6 episodios de vómitos de contenido lácteo. Fiebre de 39°C por lo que le administró paracetamol jarabe(14mg/kg/dosis) al ver que no mejora lo lleva a emergencia de este establecimiento donde le aplican metamizol 240mg intramuscular. El día del ingreso, menor presenta deposiciones semilíquidas y líquidas en número de 10 cámaras con moco sin sangre asociado a vómitos hasta en 8 oportunidades de

contenido líquido, fiebre de 38°C, decaído y no tolerando vía oral. Por lo que es traído nuevamente a emergencia.

Antecedentes Personales fisiológicos:

- Prenatales: 08 controles prenatales, no interurrencias.
- Natales: Edad gestacional: 40 semanas. Parto por cesárea, llanto no vigoroso, peso de 3350, talla de 50cm y perímetro cefálico de 34cm.
- Desarrollo psicomotor adecuado para la edad e inmunizaciones completas.

Antecedentes personales patológicos:

- Alergias: Niega
- Hospitalizaciones: Niega
- Enfermedades previas: Niega

Al examen clínico:

T:37.4°C FC: 123 lpm FR: 20 rpm P: 12 kg T: 85cm

- Aspecto general: irritable, conectado, ventilación espontánea sin dificultad respiratoria. Deshidratado
- Ojos: levemente hundidos, lagrimas presentes.
- Boca y lengua: levemente secas
- Piel y anexos: Tibia, hidratada: +/++++, elástica, llenado capilar <2", no signos de hipoperfusión. Signo del pliegue (-)
- Orofaringe: No congestiva, no eritematosa. Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos regulares de buena intensidad.
- Abdomen: blando, depresible, RHA (+), no impresiona dolor a la palpación.
- Sistema Nervioso Central: despierta, activo, reactiva a estímulos, no focalización. Glasgow: 15 puntos.

Diagnóstico sindrómico:

- Síndrome emético

Diagnóstico diferencial:

- Colitis Ulcerativa
- Intususcepción
- Obstrucción intestinal

Diagnósticos presuntivos:

- Deshidratación Moderada
- Diarrea Aguda Infecciosa
- Hiponatremia leve

Plan:

Se solicita hemograma, PCR, electrolitos y reacción inflamatoria en heces y coprocultivo. Resultando con leucocitos: $5,530\text{mm}^3$ (A:16%, S:54%). PCR en 6.15 mg/dl. El sodio en 133 mmol/L. Examen de orina negativo. Reacción inflamatoria en heces moco: +1, leucocitos > 100 (PMN: 95%). Todo ello sugerente de infección activa por lo que se hospitaliza. El coprocultivo resulto negativo.

Tratamiento:

- Dextrosa 5%(1000cc), cloruro de sodio 20%(20cc), cloruro de potasio 20%(10cc) a 30 cc por hora.
- Metamizol 285mg endovenoso si $T \geq 38^\circ\text{C}$
- Reposición de volumen a volumen con NaCl al 0.9%
- Ranitidina 12 mg endovenoso cada 8 horas
- Ondansetrón 1.7mg endovenoso si hay náuseas o vómitos

Evolución:

El menor ya en hospitalización cursa febril, presenta un vómito post ingesta de líquidos y 3 cámaras de deposiciones líquidas con mal olor sin moco y sin sangre por lo que acude el pediatra de guardia a reevaluar al menor y solicita coprocultivo. A las indicaciones médicas añade ceftriaxona 300mg endovenoso cada 12 horas lento y diluido. Al quinto día de hospitalizado tolera la dieta blanda sin residuos, afebril, las heces disminuyeron en cantidad y se tornaron de consistencia semiblanda. Se decidió darle de alta con furazolidona 50mg/5ml 2.5ml vía oral cada 6 horas por 2 días. Control por consultorio externo de pediatría.

1.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia:

Caso clínico n. °7: Enfermedad pélvica inflamatoria

Paciente, mujer de 18 años acude por emergencia acompañada de su madre refiriendo que desde hace 7 días presenta dolor en hipogastrio y fosa iliaca derecha. Refiere sensación de alza térmica. Niega otras molestias pasa al servicio derivada de cirugía general con tomografía en la cual presenta adenopatías en cadena ileocecal y anexo derecho de volumen de 12cc.

- Niega antecedentes patológicos, quirúrgicos y alergia a medicamentos.
- Antecedentes de esfera sexual y reproductiva: G0P0. FUM: 13/01/24
Menarquía: 11 años IRS: 18 NPS:1 RC:5-6 /30

A la evaluación regular estado general, hidratación y nutrición.

PA: 104/54 mmHg, FC: 95 lpm, FR: 18 rpm T: 36.5 °C. P: 57kg T: 1.55 m

- Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello cilíndrico.
- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2".
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos.
- Tórax y pulmones: Buen pasaje del murmullo en hemitórax derecho e izquierdo.
- Abdomen: No distendido, RHA (+), doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha e hipogastrio.
- Ginecológico: útero de ± 7 cm, orificio cervical externo cerrado. Doloroso a la movilización del cérvix.

- Neurológico: Orientada en tiempo, espacio y persona. EG:15/15. Reflejos osteotendinosos conservado.

Diagnósticos presuntivos:

Abdomen agudo quirúrgico:

- Descartar enfermedad pélvica inflamatoria versus plastrón inicial

Diagnósticos definitivos:

- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Anemia moderada

Plan:

Se solicitan prequirúrgicos, bHCG y ecografía transvaginal. Resultando leucocitos en $6,110 \text{ mm}^3$ (A:0%, S:77%), Hb:10.5 g/dl. B-gonadotropina coriónica: 0 mIU/ml. Ecografía transvaginal: Adyacente a ovario derecho, entre vasos iliacos se evidencia imagen de 36x20mm. Doppler (+) con patrón pulsátil impresiona dependencia tubárica. Líquido libre en fondo de saco de Douglas de aproximadamente 8 cm.

- NPO
- NaCl 9%1000ml, pasar 500ml STAT; mantener a 30 gotas por minuto
- Cefazolina 2gr endovenoso STAT
- Se programa para laparotomía exploratoria

Tratamiento:

- Laparotomía exploratoria: Salpinguectomía derecha más lavado de cavidad más colocación de dren Penrose.

Hallazgos:

- Se evidencia ambas trompas dilatadas purulentas con líquido libre con pus en $\pm 30\text{cc}$. Útero y ovarios sin alteraciones.

Manejo postoperatorio inmediato:

- NPO por 6 horas luego dieta blanda más líquido a voluntad

- Dextrosa 5% 1000cc, NaCl 20%. (I) (II)
- Ketoprofeno 100mg endovenoso cada 8 horas
- Tramadol 100mg más dimenhidrinato 50mg endovenoso cada 8 horas
- Ranitidina 50mg endovenoso cada 8 horas
- Metoclopramida 10mg endovenoso cada 8 horas
- Clindamicina 900mg endovenoso cada 8 horas
- Amikacina 1gr endovenoso cada 24 horas
- Ceftriaxona 2gr endovenoso cada 24 horas

Evolución:

Paciente joven con evolución clínica favorable, afebril, tolera vía oral, elimina flatos, herida operatoria afrontada sin signos de flogosis ni secreción portadora de dren Penrose con secreción serohemática 50cc. Con hemoglobina control en 9.8 g/dl y proteína C reactiva cuantitativa en 21.60 mg/dl. Recibiendo tratamiento antibiótico con clindamicina 900mg endovenoso cada 8 horas más amikacina 1g endovenoso cada 24 horas y ceftriaxona 1gr endovenoso cada 24 horas por 7 días. También al evidenciar la anemia moderada se le da sulfato ferroso 300mg 1 tableta vía oral cada 24 horas. Secreción serohemática por dren Penrose en disminución a 3cc por lo que se le retira. Se le solicita hemograma control con leucocitos en $5,110 \text{ mm}^3$ (A:0%, S:58%), Hb:9.3 g/dl. Tras mejoría clínica se le brinda consejería de planificación familiar aceptando la inserción del implante subdérmico nexplanon, se va de alta con el siguiente tratamiento:

- Clindamicina 300mg vía oral cada 6 horas por 14 días
- Doxiciclina 100mg vía oral cada 12 horas por 14 días
- Sulfato ferroso 300mg vía oral cada 24 horas por 30 días.

Caso clínico n. °8: Hiperémesis gravídica

Paciente mujer gestante de 33 años acude a emergencia porque desde hace 3 días cursa con náuseas y vómitos incoercibles. No tolera sólidos ni líquidos desde hace 2 días. Asimismo, refiere presentar reflujo gastroesofágico constante. Niega pérdida de líquido amniótico, niega pérdida de sangrado vaginal.

- Alergia a medicamentos: Penicilina
- Antecedentes patológicos: Niega
- Antecedentes quirúrgicos: Cesárea por desproporción cefalopélvica
- Antecedentes de esfera sexual y reproductiva: G2P1001. FUR:05/12/23
Menarquía: 12 años IRS: 19 NPS:3 RC:3-4/30 PAP: (-)

A la evaluación deshidratada y mal estado nutricional.

PA: 120/70mmHg, FC: 92 lpm, FR: 20 rpm T: 37°C P: 81 kg T: 1.59 m

- Piel y faneras: tibia, deshidratada, elástica. Llenado capilar <2". Mucosas secas
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos.
- Tórax y pulmones: Buen pasaje del murmullo en ambos hemitórax.
- Abdomen: Blando, depresible, RHA (+), doloroso a la palpación superficial en epigastrio a una intensidad 5/10. No signos peritoneales
- Ginecológico: cérvix posterior largo, orificio cervical externo cerrado. No sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico.
Neurológico: Orientada en tiempo, espacio y persona.

Diagnósticos presuntivos:

- Náuseas y vómitos en gestante de 7.6 semanas
- Cesareada anterior

Diagnóstico definitivo:

- Hiperémesis gravídica

Plan:

Se le solicita perfil de gestante, perfil hepático y electrolitos. En cuanto a los

exámenes de imagen se le solicita ecografía transvaginal. Resultando leucocitos en $11,260 \text{ mm}^3$ (A:1%, S:71%), Hb:13.4 g/dl. Glucosa basal: 81 mg/dl, bilirrubina total: 1.33 mg/dl, bilirrubina directa: 0.56 mg/dl, bilirrubina indirecta: 0.77 mg/dl, TGO: 14 U/l, TGP: 9U/l, FA: 55U/l, amilasa: 92 U/l, lipasa: 26 U/l, DHL:147 U/l.

Sodio en 137 mmol/l, potasio en 3.94 mmol/l y cloro en 102 mmol/l.

Ecografía transvaginal: Útero: saco gestacional, vesícula vitelina, embrión. Latidos cardiacos fetales presentes. CRL: 11.18mm. Ovario izquierdo: imagen anecoica unilocular de 46x49x45mm bordes regulares de contenido homogéneo. Adyacente imagen anecoica de 25x24mm de contenido homogéneo.

Tratamiento:

- NPO
- Dextrosa 10% 1000cc, NaCl 20% 2 ampollas, KCl 20% 1 ampolla, multivitamínicos. (I)(II)(III)
- Dimenhidrinato 50mg endovenoso cada 8 horas
- Ranitidina 50mg endovenoso cada 8 horas
- Metamizol 1gr endovenoso condicional a dolor intenso
- Balance hídrico estricto y peso diario.

Evolución:

Se hospitaliza en el área de alto riesgo obstétrico. Al persistir las náuseas y vómitos que se acentuaba durante la madrugada por lo que se solicita interconsulta al servicio de gastroenterología cambiando la terapéutica a esomeprazol 40mg cada 24 horas por vía endovenosa y metoclopramida 10 mg cada 12 horas por vía endovenosa.

Durante su estancia hospitalaria no presento pérdida de peso significativo, pero un episodio de dolor precordial y sensación de falta de aire donde es evaluada por el médico de guardia solicitando troponinas, dímero D y electrocardiograma donde sale alterado el dímero D en $0.84 \mu\text{g/ml}$. Se manda interconsulta al servicio de cardiología donde concluyen que es un dolor torácico no cardiogénico asociado a ansiedad.

Las náuseas y vómitos cedieron solo presentando sialorrea en escasa cantidad por lo que se inició tolerancia oral. Al tolerar bien la dieta seca, no presentar síntomas gastrointestinales se le da de alta con tratamiento de doxilamina succinato 10mg/ piridoxina clorhidrato 10mg 2 tabletas por vía oral en la noche hasta control por consultorio externo en 7 días.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El Hospital Santa Rosa, antes conocido con el nombre de “Central de Asistencia Social Santa Rosa de Lima” en 1956. A través de una resolución directoral del 30 de junio de 2005 por parte de la dirección de salud de lima ciudad se le otorga la categoría III-1 como hospital del tercer nivel. Este nosocomio está adecuadamente equipado y ofrece una amplia cartera de servicios. Asimismo, se realizan actividades específicas de alta tecnología y complejidad en la unidad de cuidados intensivos tanto de adultos y neonatos. Tomografías, endoscopias, Cirugía laparoscópica, intervenciones quirúrgicas oncológicas, así como administración de quimioterápicos. (1). Es una institución de referencia nacional que ofrece atención descentralizada. Está ubicado en la cuadra 8 de la avenida Bolívar en el distrito de Pueblo Libre, departamento de Lima. (2).

Cuenta con una oficina de apoyo a la docencia e investigación que contribuye a la formación del personal de salud fomentando la investigación. (3)

En el servicio de Medicina Interna en el cual teníamos actividades académicas de lunes a viernes a las 8:00 am donde éramos 6 internos y uno por día tenía que desarrollar un caso clínico de los pacientes que se encontraban hospitalizados en el servicio. La autora evaluaba a los pacientes, posterior a ello realizar la evolución. Hacer historias clínicas, tomar muestra de sangre, efectivizar interconsultas, referencias y curaciones. En el servicio de Cirugía General a cargo de las evoluciones, hospitalizar a las pacientes, realizar las programaciones para cirugías electivas y las curaciones. En Ginecología y Obstetricia nos distribuyeron en el área de ginecológicas, alto riesgo obstétrico, unidad de cuidado estricto obstétrico y emergencia. En la unidad de cuidado estricto obstétrico las evoluciones médicas eran cada 30 minutos a diferencia de las demás que eran una sola vez al día. Asimismo, en estos servicios una vez por semana teníamos guardias diurnas donde realizaba suturas, evaluaba a las gestantes e ingresaba a sala de operaciones como tercera ayudante.

En el servicio de Pediatría se rotaba 10 días en emergencia donde se realizaba el triaje a los pacientes que llegaban y luego procedía a la atención completa del paciente pediátrico tributario de atención por emergencia.

En la semana de hospitalización realizar las historias clínicas, las evoluciones de los pacientes y las interconsultas. La autora en la rotación por neonatología que se dividía por semana en la unidad de intermedios y alojamiento conjunto en la que se evalúa al recién nacido, así como la evolución médica. Tanto en Pediatría como en Neonatología se exponían temas ya designados por nuestros tutores dos veces al mes cada interno.

El centro de salud de Breña es establecimiento es considerado de categoría I-3 ubicado en jirón Napo N°1445, distrito de Breña, departamento de Lima que forma parte de la dirección de redes integradas de salud de Lima Centro. (4) Brindan los servicios de medicina General, psicología, vacunación, obstetricia, programa de control de tuberculosis entre otros. La autora realizaba atención directa al paciente y actividades comunitarias como ante el brote de dengue junto con los agentes comunitarios se dividían por sectores iban de casa en casa a revisar los depósitos de agua, floreros. Al realizar el control vectorial se aplicaba el larvicida “abate” y se daba una breve charla sobre la prevención y los signos de alarma del dengue que ante la presencia de estos acudir de inmediato al centro de salud. En los mercados en búsqueda de los comerciantes que aún no se habían inmunizado contra neumococo e influenza.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación en Medicina Interna

En el primer caso de Artritis Séptica que es una inflamación articular secundaria a una etiología infecciosa, siendo el *Staphylococcus aureus* el agente etiológico más frecuente. Suele afectar a una sola articulación y la más común afectada es la rodilla. (5). Las vías de infección pueden ser a través de una diseminación hematológica, contigüidad, inoculación directa, trauma directo y osteomielitis. (6) Al invadir a la membrana sinovial esta puede expandirse al espacio articular y como respuesta se activan las citocinas y proteasas inflamatorias que median en la destrucción celular. La clínica se caracteriza por presentar dolor, calor y rango de movimiento limitado. También se necesita estudios de laboratorio, de imágenes y del análisis del líquido sinovial.

El paciente vino con dolor, signos de flogosis y limitación funcional en miembro inferior derecho, por lo que se le solicita hemograma, reacción en cadena de polimerasa que iba en incremento de 15.8 mg/dl a 21.6 mg/dl, VSG: 75 y una ecografía articular en la que se observa una colección de 8cc en región infrarotuliana, asociado a signos ecográficos de celulitis. El diagnóstico se confirma con el cultivo positivo para *Staphylococcus aureus* pasa al servicio de Medicina Interna para poder completar tratamiento antibiótico endovenoso según antibiograma sensible con vancomicina 1gr por vía endovenosa cada 12 horas por 10 días, para el dolor diclofenaco 50mg vía oral cada 12 horas y curaciones diarias. A la semana tuvo evolución favorable, herida operatoria sin signos de flogosis ni secreción. PCR en disminución a 3.26 mg/dl y dos hemocultivos negativos. Realiza movimientos de flexión y extensión. Es dado de alta con Doxiciclina 100mg cada 12 horas vía oral por 10 días, ibuprofeno 400mg cada 8 horas vía oral por 3 días y terapia física de manera ambulatoria. Por ello con un diagnóstico precoz y tratamiento temprano evitar que se produzca la disfunción articular con discapacidad.

En el segundo caso de Pie Diabético que es una de las complicaciones más comunes de los pacientes que padecen de diabetes mellitus no bien controlada. La etiología es multifactorial que puede ir desde un inadecuado control glucémico hasta una neuropatía periférica subyacente. (7)

Fisiopatológicamente se produce por la neuropatía tanto motora, sensorial y autonómica. Afectando las fibras motoras de mielina, fibras de mielina tipo A y C, alterando la termorregulación microvascular y anhidrosis. También se desarrolla aterosclerosis de los pequeños vasos sanguíneos de las piernas y pies afectando principalmente a las arterias tibiales anterior y posterior. (8)

Las manifestaciones clínicas son muy inespecíficas ya que al haber afectación a nivel sensorial pueden cursar asintomáticas.

En cuanto al diagnóstico se deberá examinar ambos pies, evaluar los pulsos periféricos, realizar la prueba de monofilamento para el examen sensitivo. Pruebas del laboratorio como glucosa en ayunas, PCR, VSG, hemograma completo y pruebas de imagen como radiografía de pie. En el caso el paciente presento signos de inflamación local como eritema, calor e hinchazón en el pie izquierdo. Pulso pedio y tibial posterior ausente y necrosis del segundo dedo del pie izquierdo con secreción seropurulenta en poca cantidad, pero con mal olor. Clasificándolo como Wagner III, Texas IIIB. (9)

Se le solicitan exámenes resultando en una leucocitosis con una proteína C reactiva cuantitativa elevada. Una ecografía doppler sugestiva de insuficiencia arterial periférica. En la radiografía de pie no se evidenció lesiones osteolíticas ni signos de osteomielitis. Durante su estancia hospitalaria continuo con leucocitosis en $24,710 \text{ mm}^3$, segmentados en 90% y abastionados en 0%. El nivel de hemoglobina disminuyo a 8.8 g/dl pasando de una anemia leve a una anemia moderada normocítica normocrómica. Presento una microalbuminuria en orina elevada en 135 mg/l con una tasa de filtración glomerular en 74.81 mL/min/1,73 m². En el cual estaríamos frente una complicación microvascular como la nefropatía diabética.

En cuanto al tratamiento en hospitalización recibió piperacilina/tazobactam 4.5gr cada 6 horas y clindamicina 600mg cada 8 horas por vía endovenosa. Insulina NPH 06 UI a las 8:00 am y 04 UI a las 8:00 pm por vía subcutánea, atorvastatina 40 mg cada 24 horas vía oral, enoxaparina 40mg por vía subcutánea cada 24 horas y tramadol 50mg condicional a dolor intenso.

Se trabajo de manera conjunta junto con el servicio de Traumatología, Endocrinología y Cirugía de Tórax y Cardiovascular. Se completo prequirúrgicos para una limpieza quirúrgica amplia con posibilidad de amputación del segundo dedo del pie izquierdo. Pero el paciente decide no operarse y solicita su alta voluntaria.

3.2 Rotación en Cirugía General

En el caso clínico de apendicitis aguda que es considerada como la causa más común de emergencia quirúrgica abdominal a nivel mundial. Afectando en su mayoría a personas jóvenes. (10) La etiología de fondo difiere en los diferentes grupos de edad siendo esencial la hiperplasia linfoide. También puede ser causada por infecciones parasitarias y fecalitos. A partir de una obstrucción se produce un incremento tanto de la presión intraluminal como intramural, oclusión de pequeños vasos y estasis linfática. (11). Favoreciendo un sobrecrecimiento bacteriano siendo la Escherichia Coli el más frecuente. El paciente presentó dolor abdominal en fosa iliaca derecha asociado a náuseas, vómitos, sensación de alza térmica y diarrea. Al examen físico presentó dolor abdominal a nivel de fosa iliaca derecha de moderada intensidad con signo de Mc Burney (-). Alcanzando 5 puntos en la escala de Alvarado. (12).

Se solicitan exámenes de apoyo al diagnóstico encontrándose una leucocitosis sin desviación izquierda, pero con PCR elevado. Signos tomográficos de proceso apendicular perforado con múltiples colecciones heterogéneas. Por lo que pasa a observación de varones de emergencia donde se encuentra en NPO, recibe hidratación por vía endovenosa, antibioticoterapia y analgésicos.

Se reevalúa al paciente en 6 horas el cual presenta dolor abdominal a la palpación superficial, pero ahora en fosa iliaca izquierda y signos de irritación peritoneal por lo que se le solicita un hemograma control y PCR encontrándose leucocitos en $12,420 \text{ mm}^3$ y PCR: 40.20 mg/dl llegando a la conclusión que estaríamos frente a

una apendicitis aguda complicada. En los casos de una infección avanzada o un absceso es necesario el abordaje abierto por lo que se le realiza una laparotomía exploratoria. Se confirma con el diagnóstico postoperatorio en el que se halla un plastrón apendicular. Al quinto día de postoperado al disminuir la secreción del dren Penrose a 20 cc se le retira. Al completar tratamiento antibiótico y evolucionar favorablemente es dado de alta con las indicaciones médicas.

En el segundo caso clínico de una obstrucción intestinal que se debe al bloqueo parcial o total de la luz intestinal. (13)

Según la localización teniendo como punto de referencia la válvula ileocecal se divide en obstrucción alta y baja. Siendo las bridas y adherencias la etiología más común. Se produce una distensión del intestino por la acumulación de líquidos y gases en la porción proximal del intestino delgado asociado a la ausencia de motilidad. La emesis y el desbalance entre la secreción y absorción intestinal generan deshidratación y alteraciones hidroelectrolíticas en el paciente. En una obstrucción en asa cerrada el aumento de la presión intraluminal supera la presión de los vasos submucosos y como consecuencia isquemia, perforación hasta peritonitis generalizada. Los principios del tratamiento quirúrgico son descomprimir el intestino delgado, aliviar la obstrucción y prevenir la obstrucción recurrente. (14) Se trata de una paciente mujer adulta mayor con un cuadro clínico de náuseas, vómitos, constipación desde hace 72 horas con antecedente de cirugía abdominal y abierta. A la evaluación se halla un abdomen distendido y doloroso hasta aquí todo apunta a una obstrucción intestinal, pero a la palpación impresiona una masa en fosa iliaca derecha por lo que se solicita un examen de imagen más especializado.

En la tomografía se evidencia signos sugestivos de obstrucción intestinal alta “asa cerrada” por probable hernia interna transmesentérica versus bridas. Cumpliendo con los criterios de cirugía inmediata ingresa a sala de operaciones para una laparotomía exploratoria donde se evidencia bridas y adherencias, perforación intestinal y peritonitis fecaloidea.

Actualmente como parte de prevención a la formación de bridas y adherencias se recomienda que en las cirugías no se use innecesariamente el electrocauterio y el material de sutura ya que esto afecta directamente a las células mesoteliales del peritoneo visceral o parietal. (15)

3.3 Rotación en Pediatría

En el caso clínico de sepsis por infección del tracto urinario que es una de las patologías más frecuentes en la edad pediátrica debido a una invasión, colonización y proliferación bacteriana que puede afectar desde la vejiga hasta el parénquima renal. (16). Más del 80% es originado por la *Escherichia Coli*. Aumenta la probabilidad de que aparezca con la falta de higiene, el estreñimiento, la fimosis y el reflujo vesicoureteral. La vía de diseminación en su mayoría es la vía ascendente más que la hematógena. En cuanto a los síntomas no son tan específicos ya que varía dependiendo del grupo de edad, en lactantes pueden presentarse como fiebre sin foco. A partir de la etapa preescolar ya con síntomas urinarios como polaquiuria, disuria, dolor lumbar y abdominal. (17)

En cuanto al diagnóstico es muy importante una buena anamnesis, así como el examen físico y complementar con examen orina, urocultivo, ecografía renal entre otros. En este caso es sobre una niña de 4 años febril, con síntomas gastrointestinales que hasta aquí se podría plantear como diagnóstico diarrea aguda, pero se agrega molestias al orinar y antecedente de infección urinaria. El examen de orina resultó patológico y cumpliendo con los criterios de hospitalización recibe hidratación endovenosa y antipirético. Se inicia tratamiento antibiótico con amikacina 15mg/kg/día por vía endovenosa cada 24 horas. Se recibe resultado de urocultivo el cual sale positivo para *Escherichia Coli* con fenotipo beta- lactámico salvaje. Al persistir febril en su cuarto día de tratamiento antibiótico se le solicita nuevos exámenes de laboratorio con PCR en incremento de 9.57 a 19mg/dl. Se plantea sepsis de foco urinario y se cambia de antibiótico a ceftriaxona que presentaba una concentración mínima inhibitoria ≤ 0.25 resultando sensible a dosis de 930mg endovenoso cada 12 horas. El cual fue efectivo cursando afebril hasta el alta.

En el segundo caso clínico se trata sobre una enfermedad de alto impacto en la salud pública que es la diarrea aguda como la presencia de más de 2 deposiciones blandas o líquidas por día en un tiempo menor de 14 días. Los casos más frecuentes son de etiología viral seguido por las bacterianas y los parásitos. Al contar con la vacuna de rotavirus dentro del esquema nacional de vacunación se han reducido en gran medida las hospitalizaciones y las muertes. Dependiendo del agente infeccioso que coloniza el epitelio intestinal, la capacidad de adhesión a las

células y la producción de toxinas modificando la consistencia y frecuencia de las deposiciones. Todo ello conlleva tanto a la deshidratación por una mayor pérdida insensible de agua como a la desnutrición por un catabolismo proteico incrementado.

Dentro de los factores de riesgo se encuentran la vacunación incompleta, carencia de agua potable, hacinamiento, consumo de agua y alimentos contaminados, lavado de manos inadecuado entre otros. Los signos y síntomas asociados desde náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, flatos, fiebre hasta el trastorno del sensorio, mucosa oral y lengua seca, taquicardia oliguria e hipotensión. Para el diagnóstico es vital una anamnesis exhaustiva con las características de la diarrea como la duración, consistencia, frecuencia, olor y la presencia o no de moco y sangre.

También es muy importante la evaluación de las funciones vitales y los signos de deshidratación como el estado de conciencia, los ojos, la boca, la lengua, las lágrimas, la sed y el signo del pliegue todo ello nos ayuda a clasificar en leve moderada, severa y tratar de manera oportuna usando el plan A, B o C. (18)

En este caso tenemos a un lactante mayor que presentó un cuadro clínico de vómitos, fiebre y deposiciones líquidas hasta en 16 oportunidades en 48 horas con moco sin sangre, al examen físico irritable, ojos normales, mucosas levemente secas, lágrimas presentes y un poco sediento. Se le solicita coprocultivo y prueba de reacción inflamatoria resultando positivo con leucocitosis, de color pardo y con presencia de moco se decide hospitalizarlo para manejo de hidratación endovenosa, antieméticos, antipirético, probióticos y antibioticoterapia con ceftriaxona efectiva por 5 días, evolucionando favorablemente. El coprocultivo salió negativo y es dado de alta.

3.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia

En el primer caso clínico de enfermedad pélvica inflamatoria que es una infección ascendente producida por microorganismos que compromete al útero y anexos. Generalmente se producen en mujeres en edad reproductiva por conductas sexuales de riesgo que predisponen a padecer infecciones de transmisión sexual. Hay mayor número de portadoras por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria Gonorrhoeae*. Se clasifican por grado de severidad como una salpingitis aguda sin peritonitis, con peritonitis, absceso pélvico y ruptura de absceso pélvico. El diagnóstico sin duda es clínico como la anamnesis, la historia sexual, factores de riesgo, las características del dolor abdominal, la evaluación del dolor a la movilización cervical y a la palpación de anexos y útero. (19)

En nuestro caso es una paciente joven que no usa ningún método anticonceptivo con cuadro clínico agudo con dolor abdominal en hipogastrio y fosa iliaca derecha que a la exploración presenta dolor a la movilización del cérvix el cual es uno de los criterios necesarios para establecer el diagnóstico e iniciar tratamiento antibiótico. Se correlaciona con lo encontrado en la ecografía transvaginal por lo que se queda en NPO, recibe hidratación endovenosa, cefazolina 2gr STAT por vía endovenosa y se programa para laparotomía exploratoria. Se confirma con el diagnóstico postoperatorio donde se evidencia ambas trompas dilatadas purulentas con líquido libre de \pm 30cc.

En el segundo caso clínico la hiperémesis gravídica son náuseas y vómitos incoercibles y permanentes durante el primer trimestre de la gestación que está asociado a pérdida de peso, deshidratación y alteraciones hidroelectrolíticas. La sintomatología abarca desde náuseas, vómitos, sialorrea, pérdida de peso hasta cuadros más graves como encefalopatía, ictericia y coma. Generalmente el diagnóstico es por exclusión. (20)

El origen de esta enfermedad y cómo se desarrolla el proceso patológico aún es desconocida, pero se postulan algunas teorías como los cambios hormonales que se evidencia con el pico máximo del nivel de gonadotropina coriónica humana y por cambios fisiológicos a nivel gastrointestinal la relajación del esfínter esofágico inferior. En cuanto al manejo el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología

recomienda como tratamiento farmacológico de primera línea a la persistencia de los síntomas gastrointestinales la combinación de piridoxina y doxilamina. (21)

En nuestro caso es una paciente segundigesta de 7.6 semanas que acude por emergencia refiriendo un cuadro clínico de náuseas y vómitos desde hace 3 días asociado a reflujo gastrointestinal, sin tolerar nada por vía oral. A la evaluación la mucosa de la cavidad oral poco hidratada, al tacto vaginal cérvix posterior largo cerrado sin evidencia de pérdida de sangrado vaginal ni líquido amniótico. En la ecografía transvaginal se concluye en gestación única activa de 7.6 semanas y quiste simple de ovario izquierdo. Se hospitaliza en el área de alto riesgo obstétrico. En cuanto al manejo se emplea hidratación endovenosa, un antiemético, un antiácido y vitaminas. Lo cual recibió la paciente.

CAPÍTULO IV REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

En este hospital de tercer nivel, las rotaciones eran de lunes a domingo durante 8 meses. En cuanto al horario variaba dependiendo del servicio de rotación y del compromiso del interno con el paciente. En el centro de primer nivel duro 2 meses y era de lunes a sábado con un día a la semana de guardia diurna. Al comienzo resulta un gran desafío porque te tienes que adaptar a tus nuevas obligaciones como evaluar, evolucionar al paciente, acudir a las actividades académicas, pasar visita, tomar análisis de gases arteriales, efectivizar interconsultas, solicitar exámenes de laboratorio y de imágenes, realizar referencias, procedimientos. Todo ello se logra con disciplina, constancia y responsabilidad. La importancia de una buena historia clínica sea cual sea la especialidad.

En Medicina Interna generalmente son pacientes críticos y complejos en el cual el abordaje es interdisciplinario por lo que aprendes el manejo clínico de una forma integral.

En Cirugía General a realizar suturas, colocar bolsas de colostomía, sobre el manejo de las quemaduras y reconocer las principales emergencias quirúrgicas junto con el manejo.

En Pediatría el pilar importante es realizar una historia clínica completa y detallada. El manejo de las emergencias pediátricas más frecuentes como crisis asmáticas, deshidratación y convulsión febril.

En Ginecología y Obstetricia en emergencia evaluar a las gestantes a través de las maniobras de situación, posición y presentación, midiendo la altura uterina, realizando tactos vaginales. Atender partos y asistir a cesáreas.

En el centro de salud aprendes a manejar las enfermedades más frecuentes que aquejan a la comunidad. Asimismo, a realizar visitas domiciliarias, campañas integrales de salud en colegios, mercados, etc.

No siempre pasaremos por buenas situaciones por lo que de cada experiencia vivida debemos rescatar lo bueno y buscar siempre mejorar.

Independientemente de la sede hospitalaria que realicemos el internado depende de nosotros aplicar todo lo teórico aprendido directamente en la atención del paciente logrando su mejoría.

CONCLUSIONES

1. El internado médico corresponde a la última fase de la carrera de Medicina Humana en el cual se consolida y se pone en práctica todo lo aprendido desde el primer año de estudio.
2. Este proceso de adaptación nos enseña que no es suficiente tener conocimientos teóricos y aspectos prácticos sino también ejercer con bien nuestros valores y principios ya que tratamos con seres humanos.
3. El interno al interactuar activamente con el paciente es fundamental que el trato sea siempre con respeto y empatía ya que influye en el estado anímico del paciente.
4. La importancia del trabajo conjunto y coordinado con el personal de salud da mejores resultados en la recuperación del paciente.
5. A nivel hospitalario contamos con mentores médicos de los cuales aprendemos que para diagnosticar a un paciente primero debemos enfocarnos en la anamnesis, el examen físico y siempre plantear diagnósticos diferenciales.
6. El internado en un centro de primer nivel de atención tiene la finalidad de proteger la dignidad personal, impulsando la salud, evitando las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de la comunidad. Esto nos permite adquirir habilidades técnicas para así desarrollarlo en el programa comunitario del servicio rural.
7. Durante el internado nos veremos envueltos en situaciones buenas y malas de lo cual nos queda como experiencia para que en adelante afrontar las dificultades que nos surjan.
8. Al término del internado estaremos aptos para enfrentar las necesidades de salud de nuestra población.

RECOMENDACIONES

1. Establecer las funciones específicas del interno para que así tengan la oportunidad de entrar a cirugías, realizar procedimientos y no solo trámites administrativos.
2. Dar la oportunidad al interno de rotar por emergencia de los diferentes servicios para así poder afianzar conocimientos y con ello reforzar y mejorar en la parte práctica.
3. Capacitación adecuada ante el suceso de un evento adverso en el hospital.
4. Trabajar en equipo y tener una buena comunicación entre asistentes, residentes e internos.
5. Proporcionar a los internos equipos de protección personal básico tanto al evaluar al paciente como al realizar las curaciones de estos.
6. Que se respete los derechos como interno y en caso no se cumplan sean atendidas por parte de la unidad de docencia del hospital.
7. Se recomienda que los hospitales brinden charlas sobre la salud mental durante el desarrollo del internado médico.
8. El internado médico debe durar más de 10 meses para así poder rotar en otras especialidades médicas como Otorrinolaringología, Urología, Cirugía de tórax y Cardiovascular entre otras.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. MINSA. Análisis de la situación de Salud del Hospital Santa Rosa. [Internet]. [citado 24 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.hsr.gob.pe/wp-content/uploads/2022/03/RD-296-2021.pdf>
2. QUIENES SOMOS - HOSPITAL SANTA ROSA [Internet]. [citado 24 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.hsr.gob.pe/?page_id=1131
3. OFICINA DE DOCENCIA - HOSPITAL SANTA ROSA [Internet]. [citado 24 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.hsr.gob.pe/?avada_portfolio=oficina-de-docencia
4. Centro De Salud Breña en Breña | MINSA [Internet]. Establecimientos de salud. [citado 24 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/lima-centro/centro-de-salud-brena-brena/>
5. Momodu II, Savaliya V. Septic Arthritis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 24 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538176/>
6. MINSA. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de artritis séptica. [Internet]. [citado 24 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2661692/RD%20267-GPC%20DXyTTO%20ARTRITIS%20SEPTICA.pdf.pdf>
7. Oliver TI, Mutluoglu M. Diabetic Foot Ulcer. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 24 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537328/>
8. Arias-Rodríguez Fabián Darío, Jiménez-Valdiviezo Milton Andrés, del Cisnerós-Criollo Katherine, Murillo-Araujo Gabriela Patricia, Toapanta-Allauca David Santiago, Rubio-Laverde Katherin Andrea et al . Pie diabético. Actualización en diagnóstico y tratamiento. Revisión bibliográfica. Angiología. [Internet]. 2023 Ago [citado 2024 Feb 24] ; 75(4): 242-258. Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0003-31702023000400006&lng=es.

9. MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de pie Diabético. [Internet]. [citado 24 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3971.pdf>
10. EsSALUD. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la apendicitis aguda. [Internet]. [citado 24 de febrero de 2024]. Disponible en: https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2022/12/GPC-manejo-de-Apendicitis-aguda_Version-corta.pdf
11. Jones MW, Lopez RA, Deppen JG. Appendicitis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 24 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493193/>
12. De Quesada Suárez Leopoldo, Ival Pelayo Milagros, González Meriño Caridad Lourdes. La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda. Rev. Cubana Cir. [Internet]. 2015 Jun [citado 2024 Feb 24] ; 54(2): 121-128. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000200004&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000200004&lng=es)
13. Smith DA, Kashyap S, Nehring SM. Bowel Obstruction. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 24 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441975/>
14. MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de obstrucción intestinal. [Internet]. [citado 24 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5292677/4752723-rd-n-332-2023-hnch-dg.pdf>
15. Gumán-Valdivia-Gómez Gilberto, Tena-Betancourt Eduardo, Martínez de Alva-Coria Patricio. Adherencias abdominales postoperatorias: patogénesis y técnicas actuales de prevención. Cir. cir. [revista en la Internet]. 2019 Dic [citado 2024 Feb 24]; 87(6): 698-703. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-

[054X2019000600698&lng=es.Epub.22-Nov-2021.
https://doi.org/10.24875/ciru.18000511.](https://doi.org/10.24875/ciru.18000511)

16. Hevia J. Pilar, Alarcón O. Claudia, González C. Claudia, Nazal Ch. Vilma, Rosati M. María Pía. Recomendaciones sobre diagnóstico, manejo y estudio de la infección del tracto urinario en pediatría. Rama de Nefrología de la Sociedad Chilena de Pediatría. Parte 1. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2020 Abr [citado 2024 Feb 24]; 91(2): 281-288. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000200281&lng=es.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000200281&lng=es)
17. MINSA, Instituto Nacional del Niño San Borja. Guía de Práctica Clínica de infección del tracto urinario. 2017.
18. MINSA, Instituto Nacional del Niño San Borja. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Diarrea Aguda Infecciosa en Paciente Pediátrico. 2022.
19. MINSA, Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Ginecología. 2020.
20. MINSA, Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. 2023.
21. Jennings LK, Mahdy H. Hyperemesis Gravidarum. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan[citado 24 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532917/>

ANEXOS

ANEXO N° 1

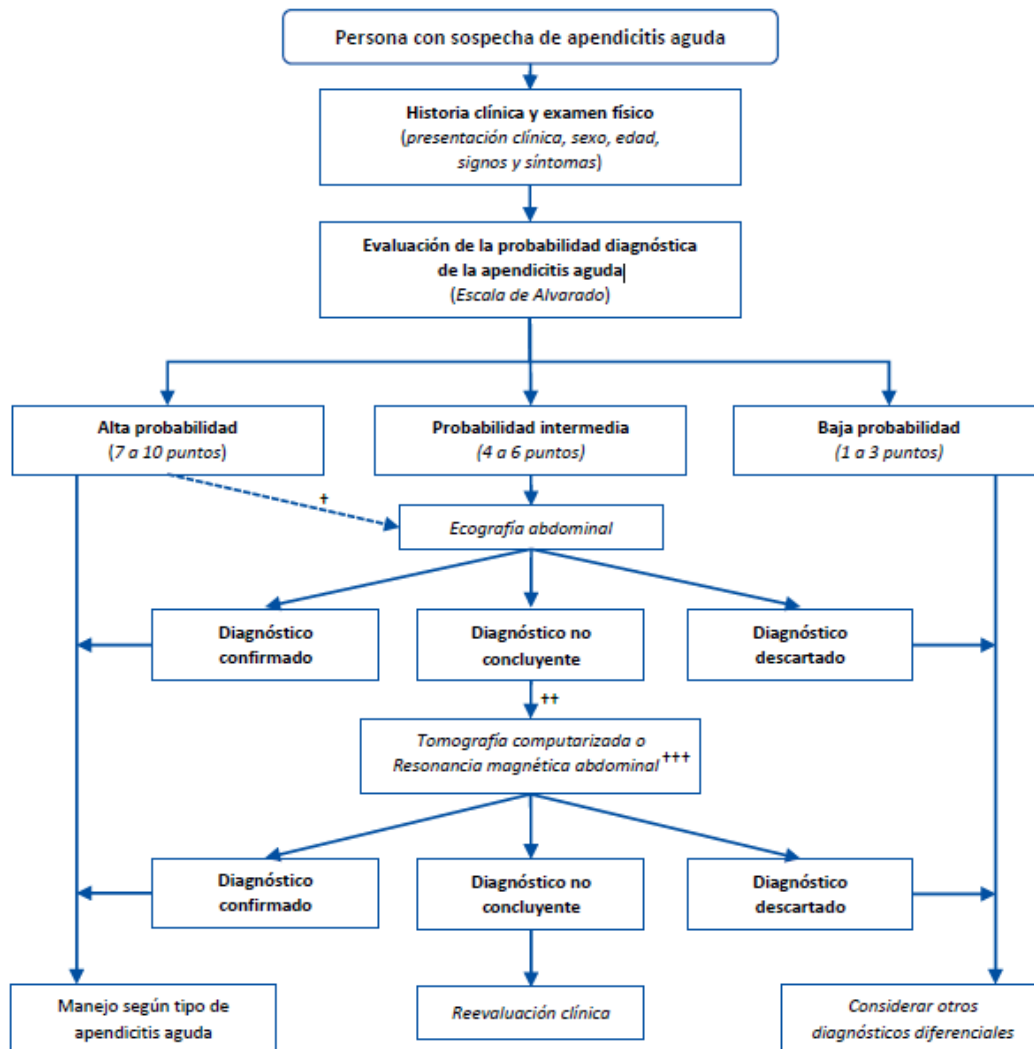
Clasificación de pie diabético de la Universidad de Texas

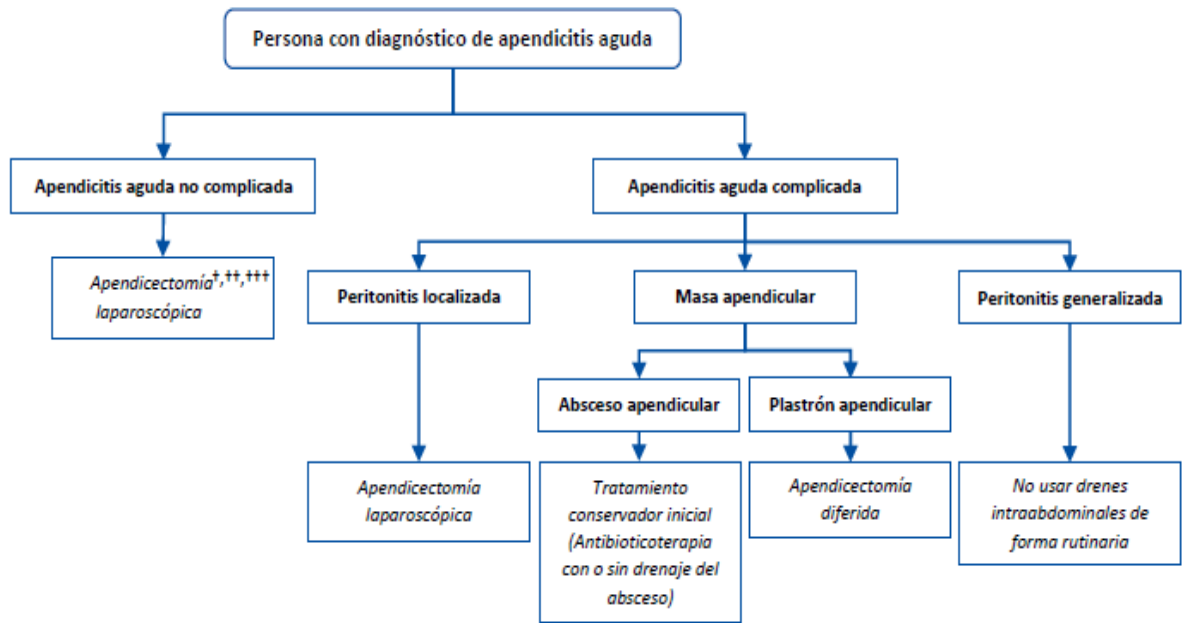
Estadio / Grado	0	1	2	3
A	Lesión preulcerosa o posulcerativa completamente epitelizada	Herida superficial que no involucra al tendón, a la cápsula o al hueso	Herida que penetra en el tendón o en la cápsula	Herida que penetra en el hueso o en la articulación
B	Con infección	Con infección	Con infección	Con infección
C	Con isquemia	Con isquemia	Con isquemia	Con isquemia
D	Con infección e isquemia	Con infección e isquemia	Con infección e isquemia	Con infección e isquemia

Fuente: Monteiro; 2020.

ANEXO N° 2

FLUJOGRAMA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE APENDICITIS AGUDA





Fuente: Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la apendicitis aguda.

ANEXO 3:

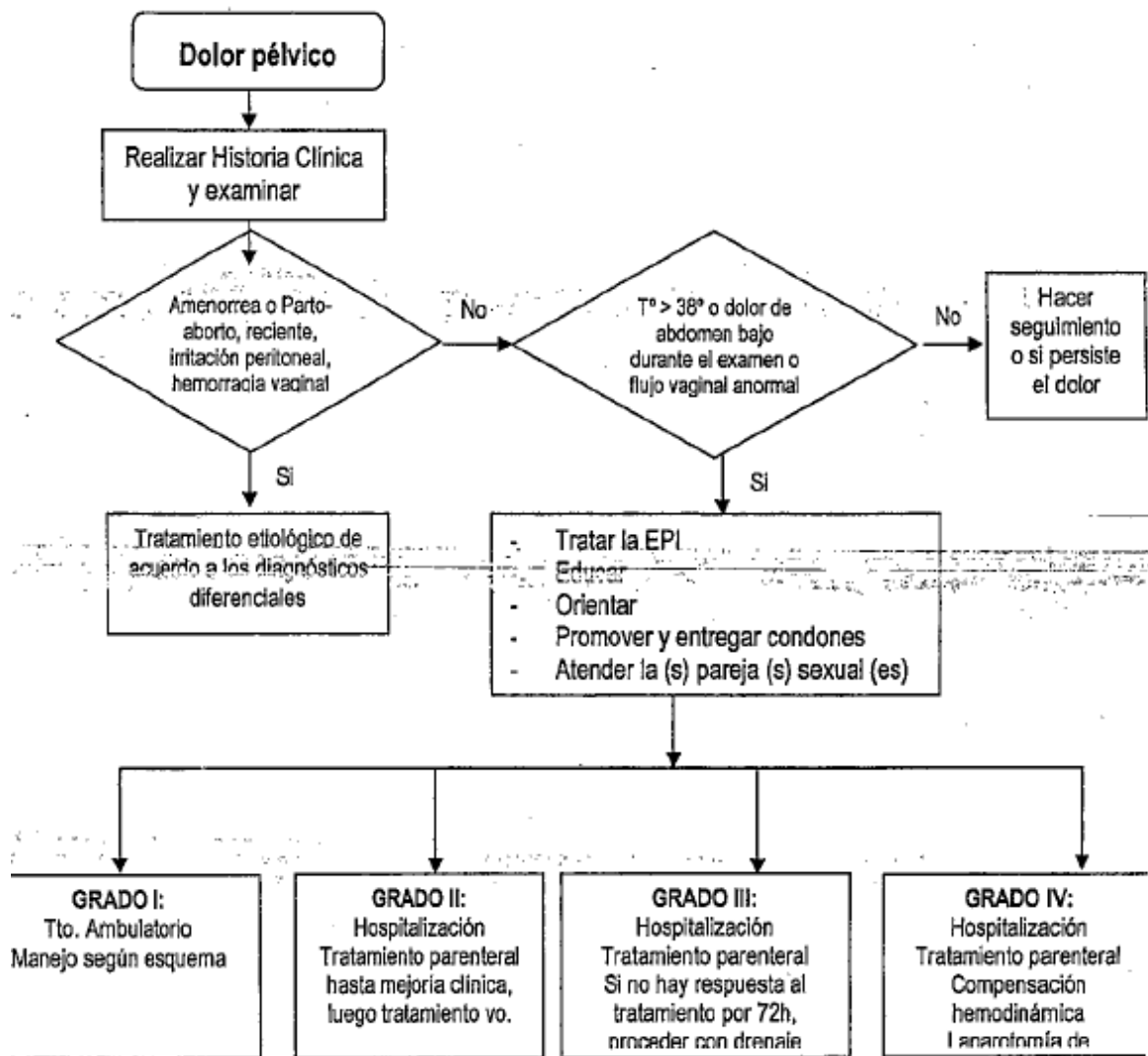
EVALUACIÓN DE LA DESHIDRATACIÓN

PLAN DE TRATAMIENTO	A	B	C
I. OBSERVE:			
1. Estado de Conciencia*	Alerta	Intranquilo, irritable	Letárgico o inconsciente ^(a)
2. Ojos ^(b)	Normales	Hundidos	Muy hundidos y secos
3. Boca y lengua	Húmedas	Secas	Muy secas
4. Lágrimas	Presentes	Escasas	Ausentes
5. Sed*	Bebe normal sin sed	Sediento, bebe rápido y ávidamente	Bebe mal o no es capaz de beber o lactar
II. EXPLORE			
6. Signo del pliegue* ^(c)	Desaparece de inmediato	Desaparece lentamente (menor de 2 segundos)	Desaparece muy lentamente (mayor de 2 segundos)
III. DECIDA:		2 ó más signos	2 ó más signos incluyendo por lo menos un "signo clave"
	Sin signos de deshidratación	Algún grado de deshidratación	Deshidratación grave
IV. TRATE:	Use Plan A	Use Plan B pese a la niña o niño	Use el Plan C pese a la niña o niño

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. 2017

ANEXO 4:

FLUJOGRAMA DE LA ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA



Fuente: INMP. Guía de Práctica clínica y procedimientos en Ginecología. 2020