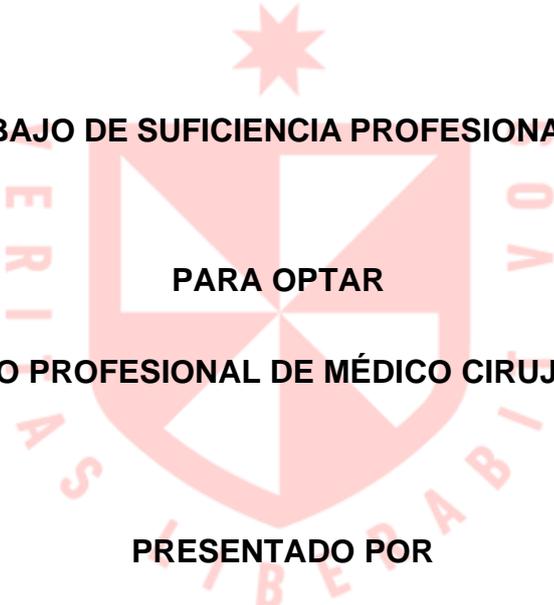


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL DEL PERÚ 01 DE MARZO
2023 – 31 DE DICIEMBRE 2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR
ANTONY VALLES MUÑOZ**



**ASESOR
LINCOLN BLÁCIDO TRUJILLO**

**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
MILITAR CENTRAL DEL PERÚ 01 DE MARZO 2023 – 31 DE
DICIEMBRE 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR:

ANTONY VALLES MUÑOZ

ASESOR:

M.D. LINCOLN BLÁCIDO TRUJILLO

LIMA-PERÚ

2024

JURADO

PRESIDENTE: FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

MIEMBRO: CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

MIEMBRO: JOHANDI DELGADO QUISPE

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a la mujer que estuvo y está ahí conmigo en todas las etapas de mi vida, la que a pesar de algunas adversidades jamás dejó de confiar en mí, mi Madre Lucía. Gracias a su guía y apoyo incondicional,

Agradezco a todos mis maestros a lo largo de esta importante carrera que compartieron sus conocimientos conmigo.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
ÍNDICE	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	2
I.1. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA:	2
Caso clínico N°1 de medicina interna:.....	2
Caso clínico N°2 de medicina interna:.....	5
I.2. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA:	8
Caso clínico N°1 de ginecología y obstetricia:	8
Caso clínico N°2 de ginecología y obstetricia:.....	11
I.3. ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL:	14
Caso clínico N°1 de cirugía general:	14
Caso clínico N°2 de cirugía general:	16
I.4. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA:	19
Caso clínico N°1 de pediatría:.....	19
Caso clínico N°2 de pediatría:.....	21
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ EL INTERNADO	24
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL.....	25
III.1. ROTACIÓN EN MEDICINA INTERNA:	25
CASO CLÍNICO N°1: ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA (EAP)	25
CASO CLÍNICO N°2: TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)	27
III.2. ROTACIÓN EN MEDICINA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA:	31
CASO CLÍNICO N°2: ABSCESO VULVAR O DE BARTOLINO	33
III.3. ROTACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL:	34
CASO CLÍNICO N°2: COLECISTITIS AGUDA CALCULOSA	37
III.4. ROTACIÓN EN PEDIATRÍA:	39
CASO CLÍNICO N°2: CONVULSIÓN FEBRIL SIMPLE	40
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	42
IV. CONCLUSIONES.....	44
V.RECOMENDACIONES	45
VI. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	46

RESUMEN

El internado médico, etapa final en la formación de médicos, se desarrolla en el Hospital Militar Central del Perú "coronel Luis Arias Schreiber" (HCM), destacado por su nivel III-1 y atención integral a la comunidad militar. La selección para el internado se basa en el promedio ponderado de los años de estudio, siendo altamente competitiva debido a la calidad docente y la alta demanda. Previamente, se imparten capacitaciones sobre bioseguridad y normativas internas, mientras que el internado ha retomado gradualmente su normalidad tras las restricciones por la pandemia de COVID-19.

Durante el internado, los estudiantes participan activamente en diversas actividades médicas y procedimientos bajo supervisión, consolidando así sus conocimientos previos. Además, se distribuyen cinco meses en el HCM y otros cinco en atención primaria, como parte de una formación integral supervisada por el Ministerio de Salud del Perú.

Palabras claves: Internado médico, casos clínicos, medicina humana

ABSTRACT

The medical internship, the final stage in the training of doctors, takes place at the "Coronel Luis Arias Schreiber" Central Military Hospital of Peru (HCM), noted for its level III-1 and comprehensive care for the military community. Selection for the boarding school is based on the weighted average of the years of study, being highly competitive due to the teaching quality and high demand. Previously, training on biosafety and internal regulations is given, while the boarding school has gradually returned to normal after the restrictions due to the COVID-19 pandemic.

During the internship, students actively participate in various medical activities and procedures under supervision, thus consolidating their previous knowledge. In addition, five months are distributed in the HCM and another five in primary care, as part of a comprehensive training supervised by the Ministry of Health of Peru.

Key words: Medical internship, clinical cases, human medicine

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DEL
PERÚ 01 DE MARZO 2023 – 31 DE DI**

AUTOR

ANTONY VALLES MUÑOZ

RECuento DE PALABRAS

12140 Words

RECuento DE CARACTERES

67621 Characters

RECuento DE PÁGINAS

56 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

233.5KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 8, 2024 8:55 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 8, 2024 8:56 AM GMT-5

● **14% de similitud general**

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

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% 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 bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



NA 618065500
Lincoln F Blácido Trujillo
MEDICO PEDIATRA
CMP 18196 RNE 11962

<https://orcid.org/0000-0002-1829-3679>

INTRODUCCIÓN

El internado médico es la última etapa del plan de estudios de las facultades de medicina humana y es una etapa imprescindible en la formación de todos los médicos (1,2). En este año, los estudiantes adjudican un establecimiento de salud para completar su aprendizaje, participando activamente en visitas médicas, realización de procedimientos médicos bajo supervisión y consolidación del conocimiento previo en las facultades (2,3).

El Hospital Militar Central del Perú “coronel Luis Arias Schreiber” (HCM) es un establecimiento de salud perteneciente al Ejército de Perú ubicado en el distrito de Jesús María, Lima, Perú. El HCM pertenece a un establecimiento de salud de nivel III-1, encargado de brindar servicios en el “Modelo de Atención Integral” a los miembros de la milicia peruana y sus respectivas familias (4). El HCM ofrece una variedad de especialidades y otros servicios médicos, incluyendo las cuatro principales especialidades: medicina interna, ginecología y obstetricia, cirugía general y pediatría.

En el 2023, el internado comenzó en el mes de marzo, para poder acceder a realizar el internado en el HCM se debe tener en cuenta el orden de mérito de acuerdo con el promedio ponderal obtenido desde el primer a sexto año de la carrera. El HCM es un hospital con gran capacidad resolutive, sede docente y buenos tutores, además de ser punto de referencia para los pacientes que pertenecen a la milicia y familiares de estos, por lo que su demanda es alta y su ingreso es competitivo. Previo al inicio del calendario académico del internado, se tuvieron capacitaciones bioseguridad, reglamento interno del nosocomio y reconocimiento de los diferentes servicios.

Finalmente, se debe tener en cuenta que el internado ha ido retomando gradualmente su vida normal debido al levantamiento de las restricciones que se establecieron durante la pandemia de COVID-19. Es importante tener en cuenta que la internación en el HCM es exclusiva, ya que se lleva a cabo en centros pertenecientes al Ministerio de Salud de Perú durante 5 meses en un establecimiento de nivel III y los otros 5 meses en el primer nivel de atención.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Los casos clínicos más frecuentes e importantes presentados durante el desarrollo del internado se mostrarán en este capítulo. Con la ayuda de los tutores, residentes y compañeros internos, se logró observar los casos actuales, comprender su evolución y gestionar su resolución.

I.1. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA:

Caso clínico N°1 de medicina interna:

Paciente de 84 años y sexo femenino, procedente de Punta Negra, acude al servicio de emergencia del Hospital Militar Central del Perú (HCM) en compañía de su nieta, la cual refiere que hace 4 días nota la aparición de máculas rojizas en la región anterior de la pierna derecha y en el 1° y 2° dedo del pie derecho, también refiere que posterior a la aparición de estos estigmas y con el transcurso del tiempo las manchas se convierten en color violáceo con aparición de sensación de frialdad en ambos miembros inferiores.

Enfermedad actual: Tiempo de enfermedad: 4 días // Inicio: Brusco // Signos y síntomas principales: Hematomas en pierna + 1° y 2° dedo de miembro inferior derecho + frialdad en miembros inferiores

Antecedentes:

Patológicos: Diabetes mellitus tipo 2 controlada (Hace 25 años), hipertensión arterial (Hace 25 años), arritmia cardíaca (Hace 10 años), diverticulitis (Intervenida en 4 ocasiones), catarata (Intervenida hace 10 años), resección de colón (Intervenida hace 15 años) y accidente cerebrovascular (21/05/2023)

Medicamentos actuales: Telmisartán 80mg VO c/24hrs // Amlodipino 5mg VO c/24hrs // Clopidogrel 75mg VO c/24hrs // Metoprolol ½ tableta

VO c/24hrs // Metformina 850mg VO c/12hrs // Atorvastatina 20 VO c/24hrs // Esomeprazol 20mg VO c/24hrs

Vacunas: COVID-19, influenza y neumococo

Familiares: Hermana: Artrosis

Hijos: Cáncer de riñón y páncreas

Alergias: Niega

Funciones vitales: PA: 102/60 // FC: 64 lat' // FR: 20 resp' // T°: 36.3°C // Sato2: 98%

Funciones biológicas: Apetito: Conservado // Sed: Conservada // Sueño: Conservado // Orina: Normal // Depositiones: Disminución en frecuencia

Examen clínico: Peso: 45kg

Estado general: Somnolienta. AREG. AREH. AMN

Piel y faneras: T/H/E. LLC<2". Palidez (+/+++). Disminución de temperatura distal en MMII con predominio derecho

Cráneo y cara: Redonda, disminución de tejido celular subcutáneo

Boca: Permeable con ausencia de algunas piezas dentales

Nariz: Permeable sin alteraciones evidentes

Faringe: Sin alteraciones evidentes

Oídos: Permeables. La audición diferida por su pérdida post ACV

Cuello: Corto, delgado y central. Sin alteraciones evidentes

Tórax: Tórax simétrico con ausencia de TCSC. Amplexación disminuida. Sin anomalías evidentes

Ap. Resp: MV pasa bien en ACP, no RA

Ap. Cardiovasc: RC arrítmicos, moderada intensidad, no RA. Disminución en pulsos periféricos a nivel poplíteo y pedio

Abdomen: Plano a escarbado. Depresible, blando, no se palpan masas. Presencia de cicatriz umbilical

Genitourinario: PPL (-) y PRU (-). Sin alteraciones evidentes

Ap. Locomotor: Tono muscular disminuido en miembros superiores e inferiores. Evidencia de lesión tipo parche plano violáceo de aproximadamente 12cm en tercio medio de región tibial y tercio distal del pie derecho asociado a dolor al contacto

Neurológico: Focalización derecha. Glasgow 8/15

Exámenes auxiliares:

Se solicita hemograma, electrolitos y uroanálisis. Encontrándose un hemograma patológico por nivel disminuido de hemoglobina (Anemia leve)

Impresión diagnóstica:

1. Enfermedad arterial periférica
2. Celulitis de miembro inferior

Manejo y evolución:

Paciente es ingresa al servicio de medicina interna donde se le procede a canalizar para la colocación de suero fisiológico 9% a razón de 30 gotas por minuto, además de monitoreo de signos vitales. En la hospitalización en medicina interna se le indica Cefazolina EV 1-2gr c/8hrs por 7 días, posteriormente se realiza una interconsulta con el servicio de cirugía cardiovascular por el diagnóstico de insuficiencia arterial de miembros inferiores.

El servicio de cirugía cardiovascular indica que la paciente requiere una intervención quirúrgica por lo que pide al servicio de medicina interna la estabilización de la paciente y los exámenes correspondientes al riesgo anestésico y quirúrgico.

Paciente evoluciona de manera favorable para intervención quirúrgica por lo que se somete a una: Angioplastia de arteria poplítea, tibial anterior,

tronco tibioperoneo + Trombo aspiración de la arteria poplítea derecha por insuficiencia arterial periférica de MMII derecha

Paciente sale con pronóstico favorable de cirugía por lo que es reingresada en el servicio de medicina interna en el cual evoluciona de manera correcta y se le indica:

1. Vigilancia de signos vitales
2. Observación de lugar de la punción
3. Anticoagulación
4. Control glicémico
5. Control de presión arterial

Caso clínico N°2 de medicina interna:

Paciente de 70 años y sexo femenino, procedente de Trujillo, acude al servicio de emergencia del Hospital Militar Central del Perú (HCM). Paciente refiere que desde hace 20 días aproximadamente presenta dolor en el miembro inferior izquierdo (EVA 8/10), además se asocia a un aumento del volumen en el mismo miembro afectado lo que incapacita su movilización. La paciente acude con un resultado de ecografía Doppler del miembro izquierdo donde se reporta una trombosis parcial a nivel de la unión safeno-femoral.

La paciente también menciona presentar episodios de disuria, polaquiuria y tenesmo vesical.

Enfermedad actual: Tiempo de enfermedad: 20 días // Inicio: Insidioso // Signos y síntomas principales: Dolor en miembro inferior izquierdo + edema en miembro inferior izquierdo

Antecedentes:

Patológicos: NM de cérvix (2018), concluyó tratamiento con radioterapia, quimioterapia y braquiterapia

Medicamentos actuales: Telmisartán 80mg VO c/24hrs // Amlodipino 5mg VO c/24hrs // Clopidogrel 75mg VO c/24hrs // Metoprolol ½ tableta

VO c/24hrs // Metformina 850mg VO c/12hrs // Atorvastatina 20 VO c/24hrs // Esomeprazol 20mg VO c/24hrs

Vacunas: COVID-19 (3 dosis)

Familiares: Hija fallecida por cáncer de mama

Hermana con cáncer de piel

Alergias: Camarones

Funciones vitales: PA: 150/80 // FC: 86 lat' // FR: 17 resp' // T°: 36.4°C // Sato₂: 97%

Funciones biológicas: Apetito: Disminuido // Sed: Aumentada // Sueño: Alterado // Orina: Polaquiuria // Deposiciones: Normal

Examen clínico: Peso: 70kg // Talla: 1.53mts // IMC: 29.9kg/m²

Estado general: RHH, RHG, RHN

Piel y faneras: T/H/E. LLC<2". Dolor a la palpación de miembro inferior izquierda

Cráneo y cara: Normocéfalo

Boca: Mucosa oral hidratada

Nariz: Permeable sin alteraciones evidentes

Faringe: Sin alteraciones evidentes

Oídos: Permeables. Audición conservada

Cuello: Corto, delgado y central. Sin alteraciones evidentes

Tórax: Tórax simétrico, no doloroso a la palpación. Amplexación adecuada

Ap. Resp: MV pasa bien en ACP, no RA

Ap. Cardiovasc: RCR, BI

Abdomen: B/D. No doloroso a la palpación profunda. RH (+)

Genitourinario: PPL (-) y PRU (-). Sin alteraciones evidentes

Ap. Locomotor: Edema en miembro inferior izquierdo (+++/+). Dolor en movilización activa y pasiva

Neurológico: LOTE. Glasgow 15/15. No signos de focalización

Exámenes auxiliares:

Se solicita hemograma, electrolitos, glucosa, perfil de coagulación, dímero D, uroanálisis y urocultivo.

Proteína C reactiva: 20mg/L // Glucosa basal: 110mg/dL // Urea: 30mg/dL // Creatinina 0.70 mg/dL // Sodio: 145mmol/L // Potasio 3.5mmoL // Cloro 106mmoL // Leucocitos: 7 ($10^3/\mu\text{L}$) // Hemoglobina: 12.3 g/dL // Examen de orina sin alteraciones // Dímero D: 5.13 $\mu\text{g}/\text{mL}$ // Tiempo de protrombina: 14.9seg// INR: 1.13 // Tiempo parcial de tromboplastina: 36.1seg

Además, en la ecografía Doppler de miembro inferior izquierdo se pudo concluir lo siguiente:

1. Hallazgos con relación a trombo parcial a nivel de la unión safeno femoral
2. Perforante insuficiente a 10cm del maléolo tibial
3. Sistema reticular venoso superficial dilatado
4. Edema difuso de la pierna izquierda
5. Adenopatías de aspecto inflamatorio en región inguinal

Impresión diagnóstica:

1. Trombosis venosa profunda
2. D/C Infección de tracto urinario

Manejo y evolución:

Se hospitaliza a paciente en el servicio de medicina interna, en el cual se le brinda el siguiente plan de trabajo:

1. Dieta blanda atraumática + LAV
2. Vía salinizada

3. Tramadol 100mg + dimenhidrinato 50mg + NaCl100mL → EV PRN dolor
4. Enoxaparina 60g SC c/12hrs
5. Control de funciones vitales
6. Reposo absoluto
7. Control de diámetros del miembro inferior izquierdo

La paciente evoluciona favorablemente por lo que es dada de alta con terapia anticoagulante en domicilio.

I.2. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA:

Caso clínico N°1 de ginecología y obstetricia:

Gestante (G1P0000) de 28 años con edad gestacional de 39ss por FUR, acude al servicio de emergencia refiriendo dolor tipo contracción esporádica desde hace aproximadamente 1 día. Además, refiere que hace 2 horas percibió pérdida de líquido de regular cantidad por lo que acude al servicio de emergencia donde es evaluada y hospitalizada.

Enfermedad actual: Tiempo de enfermedad: 1 día // Inicio: Insidioso // Curso: Progresivo // Signos y síntomas principales: Dolor tipo contracción esporádico desde hace 1 día + pérdida de líquido de regular cantidad hace 2 horas.

Antecedentes:

Patológicos: Peritonitis a los 10 años

Medicamentos actuales: No refiere

Vacunas: COVID-19 (3 dosis)

Familiares: Niega

Alergias: Niega

Gineco obstétricos: FUR: 03/06/2022 // IRS: 18 años // #Parejas sexuales: 4 // Menarquia: 15 años // MAC: Niega // PAP: 2022 (-) // URS: Hace 1 semana // RC: Irregular

Funciones vitales: PA: 110/60 // FC: 90 lat' // FR: 20 resp' // T°: 36.8°C // Sato₂: 99%

Funciones biológicas: Apetito: Conservado // Sed: Conservado // Sueño: Conservado // Orina: Conservado // Deposiciones: Conservado

Examen clínico: Peso: 76kg // Talla: 1.56mts // IMC: 31.2kg/m²

Estado general: RHH, RHG, RHN

Piel y faneras: T/H/E. LLC<2". No presenta palidez, cianosis, ni edemas

Cráneo y cara: Normocéfalo, cuero cabelludo con buena implantación

Boca: Mucosa oral hidratada

Nariz: Permeable sin alteraciones evidentes

Faringe: Sin alteraciones evidentes

Oídos: Permeables. Audición conservada

Cuello: Cilíndrico, simétrico, no se visualiza ni palpa masas

Tórax: Tórax simétrico, no doloroso a la palpación. Amplexación adecuada

Ap. Resp: MV pasa bien en ACP, no RA

Ap. Cardiovasc: RCR. BI. No RA

Abdomen: Útero grávido. AU: 35cm // SPP: LCD // DU: Contracción esporádica // Movimientos fetales: +++ // LCF: 144x' // TV: AP: -3, D:0, I:0, a la especulo copia presencia de líquido claro con olor a lejía

Genitourinario: PPL (-) y PRU (-). Sin alteraciones evidentes

Ap. Locomotor: Simétricos, sin edemas

Neurológico: LOTEPE. Glasgow 15/15. No signos de focalización

Exámenes auxiliares:

Se solicita los siguientes exámenes auxiliares:

Examen de orina: Sin alteraciones // Glucosa basal: 85mg/dL // Urea: 25.8mg/dL // Creatinina 0.35mg/dL // Hemoglobina: 12.5g/dL // VIH: NR // Sífilis: NR // VHB: NR

Impresión diagnóstica:

1. Gestación de 39ss por FUR
2. Pródromos de trabajo de parto
3. Ruptura prematura de membranas

Manejo y evolución:

Se hospitaliza a paciente en el servicio de gineco-obstetricia, siendo derivada a centro obstétrico. La gestante es monitoreada en centro obstétrico esperando contracciones efectivas para el comienzo del trabajo de parto. La gestante evoluciona hasta una dilatación de 7cm, a este punto ya se encuentra con un RPM de ± 8 horas; se espera su evolución espontánea, sin embargo, al llegar a un RPM de ± 20 horas no hay adecuada DU y al TV se observa un estancamiento en la dilatación, por lo que se decide pasar a la gestante a sala de operaciones para la realización de una cesárea transversa segmentaria, por lo que se le indica lo siguiente:

1. NPO
2. CINA 9% a 30 gotas por minuto
3. Colocación de sonda Foley
4. Monitoreo fetal
5. Control de signos vitales

La gestante es ingresada a sala de operaciones con los diagnósticos de:

1. Gestación de 39ss por FUR
2. RPM ± 20 horas
3. Trabajo de parto prolongado

Posterior a la cesárea, se obtiene a un RN de sexo masculino de 3.750kg con un APGAR de 9¹⁹⁵. Placenta y cordón umbilical sin alteraciones. Sangrado intraoperatorio 500cc.

En el post operatorio la puérpera recibe la siguiente indicación:

1. NPO
2. Dextrosa 5% (1lt) + hipersodio 1amp + oxitocina 10U + dimenhidrinato 1amp → A razón de 45 gotas por minuto
3. Ceftriaxona 1gr EV c/12hrs
4. Ketoprofeno 100mg EV c/8hrs
5. Tramadol 50mg SC c/12hrs
6. Balance hídrico estricto
7. Control de altura uterina + signos vitales
8. Retiro de sonda Foley
9. Se solicita hemoglobina/hematocrito

Puérpera y RN evolucionan favorablemente, por lo que son dados de alta al 5° día de la intervención quirúrgica.

Caso clínico N°2 de ginecología y obstetricia:

Paciente de 56 años, ingresa por emergencia manifestando que presenta un bulto a nivel del labio vaginal derecho. Esta masa presenta flogosis y signos de inflamación irradiada a la zona púbica. Además, la paciente señala que presenta escalofríos y niega la presencia de fiebre, náuseas, vómitos y disuria. Se hospitaliza a la paciente por la presencia de la masa purulenta.

Enfermedad actual: Tiempo de enfermedad: 5 días // Inicio: Insidioso // Curso: Progresivo // Signos y síntomas principales: Bulto en el labio vaginal derecho que se irradia hacia el pubis + escalofríos

Antecedentes:

Patológicos: Cesárea hace 15 años por gemelos

Diabetes mellitus tipo 2 (Metformina 850mg c/12hrs)

Medicamentos actuales: No refiere

Vacunas: COVID-19 (4 dosis)

Familiares: Padre y madre padecen de hipertensión arterial

Alergias: Niega

Gineco obstétricos: FUR: 9 años // IRS: 24 años // #Parejas sexuales: 1 // Menarquia: 12 años // MAC: Nunca // PAP: 2014 (-) // URS: Hace 1 año // RC: Irregular // G3P2204

Funciones vitales: PA: 130/90 // FC: 83 lat' // FR: 16 resp' // T°: 36.4°C // Sato₂: 96%

Funciones biológicas: Apetito: Disminuido // Sed: Aumentada // Sueño: Conservado // Orina: Normal // Deposiciones: Normal

Examen clínico: Peso: 72kg // Talla: 1.54mts // IMC: 30kg/m²

Estado general: AREG, BEN, BEH

Piel y faneras: T/H/E. LLC<2". No presenta palidez, cianosis, ni edemas

Cráneo y cara: Normocéfalo, cuero cabelludo con buena implantación

Boca: Mucosa oral hidratada

Nariz: Permeable sin alteraciones evidentes

Faringe: Sin alteraciones evidentes

Oídos: Permeables. Audición conservada

Cuello: Cilíndrico, simétrico, no se visualiza ni palpa masas

Tórax: Tórax simétrico, no doloroso a la palpación. Amplexación adecuada

Ap. Resp: MV pasa bien en ACP, no RA

Ap. Cardiovasc: RCR. BI. No RA

Abdomen: Globuloso a expensas de TCSC, a nivel umbilical se observa una hernia que protruye a la maniobra de Valsalva y es reductible manualmente. No dolor a la palpación. RH (+)

Genitourinario: PPL (-) y PRU (-). Sin alteraciones evidentes

Vagina: Labio mayor derecho con secreción purulenta y signos de flogosis que se extienden a región bulbar y púbica de 10 a 15cm aprox. En anexos no se palpan masas y útero en AVF sin dolor a la movilización.

Ap. Locomotor: Simétricos, sin edemas

Neurológico: LOTEPE. Glasgow 15/15. No signos de focalización

Exámenes auxiliares:

Se solicita los siguientes exámenes auxiliares:

Glucosa basal: 102mg/dL // T. de coagulación: 8min // T. de sangría: 1.30min

Impresión diagnóstica:

1. Absceso bulbar
2. Diabetes mellitus tipo 2

Manejo y evolución:

Se hospitaliza a paciente en el servicio de gineco-obstetricia, con el objetivo de brindar antibioticoterapia + posibilidad de cura quirúrgica; por lo que se le indica:

1. Dieta hipoglucida (1500kcal/día) + LAV
2. Vía salinizada
3. Clindamicina 600mg EV c/8hrs
4. Ceftriaxona 1gr EV c/12hrs

5. Gentamicina 80mg EV c/8hrs
6. Metformina 850mg VO c/24hrs
7. Esomeprazol 40mg EV c/24hrs
8. Celecoxib 200mg VO c/12hrs
9. Aseo de genitales 2 veces al día
10. Ácido fusídico 2%, aplicación externa en zona afectada 2 veces al día previo lavado
11. Control de signos vitales

Paciente ingresa para debridación de absceso a la sala de operaciones en el cual retiran el material purulento y continua sus antibióticos por 10 días, llegando al décimo día la paciente es dada de alta por franca mejoría.

I.3. ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL:

Caso clínico N°1 de cirugía general:

Paciente masculino de 26 años, refiere que presenta un dolor a nivel de fosa iliaca derecha (EVA: 8/10) desde aproximadamente 10 horas y que el dolor ha ido incrementando. Además, menciona que el dolor se asocia a náuseas, vómitos e inapetencia. También refiere que compro en la farmacia una pastilla para cólicos abdominales (Hioscina), sin embargo, no le ha calmado el dolor, por lo que acude a emergencia.

Enfermedad actual: Tiempo de enfermedad: ±10 horas // Inicio: Insidioso // Curso: Progresivo // Signos y síntomas principales: Dolor abdominal en fosa iliaca derecha + inapetencia + náuseas y vómitos

Antecedentes:

Patológicos: No refiere

Medicamentos actuales: No refiere

Vacunas: COVID-19 (4 dosis)

Familiares: No refiere

Alergias: Niega

Funciones vitales: PA: 110/60 // FC: 86 lat' // FR: 16 resp' // T°: 37.8°C // Sato₂: 96%

Funciones biológicas: Apetito: Disminuido // Sed: Aumentada // Sueño: Conservado // Orina: Normal // Deposiciones: Normal

Examen clínico: Peso: 68kg // Talla: 1.71mts // IMC: 23.8kg/m²

Estado general: AREG, AREN, AREH. Fascie dolorosa

Piel y faneras: T/H/E. LLC<2". No presenta palidez, cianosis, ni ictericia

Cráneo y cara: Normocéfalo, sin alteraciones evidentes

Boca: Mucosa oral hidratada

Nariz: Permeable sin alteraciones evidentes

Faringe: Sin alteraciones evidentes

Oídos: Permeables. Audición conservada

Cuello: Cilíndrico, simétrico, no se visualiza ni palpa masas

Tórax: Tórax simétrico, no doloroso a la palpación. Amplexación adecuada

Ap. Resp: MV pasa bien en ACP, no RA

Ap. Cardiovasc: RCR. BI. No RA

Abdomen: B/D. Doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. McBurney (+). No se palpan masas

Genitourinario: PPL (-) y PRU (-). Sin alteraciones evidentes

Ap. Locomotor: Simétricos, sin edemas

Neurológico: LOTEPE. Glasgow 15/15. No signos de focalización

Exámenes auxiliares:

Se solicita los siguientes exámenes auxiliares:

Leucocitos: 13500mm³ // Hemoglobina: 13.5 gr/dL // Plaquetas: 185000mm³ // PCR: 1.2mg/dL // VIH: Negativo // VHB: Negativo // Sífilis: Negativo // Examen de orina sin anormalidades

Impresión diagnóstica:

1. Apendicitis aguda sin complicaciones

Manejo y evolución:

Se hospitaliza al paciente en sala de cirugía general para intervenirlo quirúrgicamente (Apendicectomía). Se canaliza al paciente para colocación de cloruro de sodio 9% a razón de 30 gotas por minuto + metamizol 500mg EV + omeprazol 40mg EV STAT. Paciente ingresa en estado de NPO y se solicita a anestesiología riesgo operatorio.

Se procede a ingresar a sala de operaciones con el paciente catalogado con un ASA I. Paciente portador de catéter EV con cloruro de sodio a 40 gotas por minuto, a esto se le suma la indicación de ceftriaxona 2gr EV + metronidazol 500mg EV + omeprazol 40mg EV STAT.

Paciente es intervenido mediante laparoscopia, no presenta anormalidades en el intraoperatorio. El apéndice fue hallada en posición retrocecal, sin alteraciones de alarma y fue enviada a patología para su estudio.

En el post operatorio el paciente evoluciona favorablemente, donde se le indica NPO con evolución a dieta líquida y posteriormente a sólida. La paciente no presentó complicaciones y en 60 horas fue dada de alta, teniendo cita por consultorio externo en 7 días.

Caso clínico N°2 de cirugía general:

Paciente masculino de 79 años refiere que hace ±3 días presentó dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad a nivel del hipocondrio derecho, además menciona que presenta vómitos, náuseas, estreñimiento (Hace 4 días) e ictericia. Es ingresado por emergencia donde se realiza una RMN de abdomen superior sin contraste donde se encuentra signos concomitantes con colecistitis aguda litiásica asociado a escaso líquido libre en interasas, paciente queda hospitalizado para intervención quirúrgica.

Enfermedad actual: Tiempo de enfermedad: ± 3 días // Inicio: Insidioso // Curso: Progresivo // Signos y síntomas principales: Dolor abdominal + náuseas + estreñimiento

Antecedentes:

Patológicos: Hiperplasia benigna de próstata (Hace ± 3 años)

Hemorroides (Hace ± 3 años)

Arritmia cardíaca (Hace ± 10 años)

Hipertensión arterial

Medicamentos actuales: Diosmina hesperidina 450mg VO c/12hrs + clopidogrel 75mg VO c/24hrs + candesartán 16mg VO c/24hrs + atorvastatina 20mg VO c/24hrs + carvedilol 2.5mg VO c/24hrs + doxazosina 4mg VO c/24hrs

Vacunas: COVID-19 (5 dosis)

Familiares: No refiere

Alergias: Niega

Funciones vitales: PA: 120/80 // FC: 70 lat' // FR: 18 resp' // T°: 36.2°C // Sato₂: 97%

Funciones biológicas: Apetito: Disminuido // Sed: Conservada // Sueño: Disminuido // Orina: Conservada // Deposiciones: No realiza hace 4 días

Examen clínico: Peso: 68kg // Talla: 1.71mts // IMC: 23.8kg/m²

Estado general: AREG, AREN, AREH. Fascie dolorosa

Piel y faneras: T/H/E. LLC<2". No presenta palidez, cianosis, ni ictericia

Cráneo y cara: Normocéfalo, sin alteraciones evidentes

Boca: Mucosa oral hidratada

Nariz: Permeable sin alteraciones evidentes

Faringe: Sin alteraciones evidentes

Oídos: Permeables. Audición conservada

Cuello: Cilíndrico, simétrico, no se visualiza ni palpa masas

Tórax: Tórax simétrico, no doloroso a la palpación. Amplexación adecuada

Ap. Resp: MV pasa bien en ACP, no RA

Ap. Cardiovasc: RCR. BI. No RA

Abdomen: Plano. RHA (+). B/D, no doloroso a la palpación superficial, si a la palpación profunda. Murphy (+)

Genitourinario: PPL (-) y PRU (-). Sin alteraciones evidentes

Ap. Locomotor: Simétricos, sin edemas

Neurológico: LOTEP. Glasgow 15/15. No signos de focalización

Exámenes auxiliares:

Se solicita los siguientes exámenes auxiliares:

Leucocitos: 9500mm³ // Hemoglobina: 13 gr/dL // Plaquetas: 170000mm³ // VIH: Negativo // VHB: Negativo // Sífilis: Negativo // Examen de orina sin anormalidades

Impresión diagnóstica:

1. Colecistitis aguda

Manejo y evolución:

El paciente con colecistitis aguda debe ser evaluado primero en el servicio de emergencia, donde se realizó un examen diagnóstico (RMN) para confirmar el diagnóstico. Se inició el manejo médico con analgesia adecuada para controlar el dolor, con opioides y antiinflamatorios no esteroides. Para corregir deshidratación y desequilibrios electrolíticos, se administró fluidoterapia intravenosa. Se prescriben antibióticos de amplio espectro para prevenir cualquier infección secundaria potencial. Se puede considerar una colecistectomía laparoscópica urgente como procedimiento quirúrgico definitivo. El procedimiento, que se lleva a cabo bajo anestesia general,

permite la extracción de la vesícula biliar inflamada de manera mínimamente invasiva, lo que reduce el riesgo de complicaciones postoperatorias y permite una recuperación más rápida. Después de la intervención, el paciente es monitoreado, no habiendo interurrencia alguna el paciente es dado de alta al 3° día post operatorio.

I.4. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA:

Caso clínico N°1 de pediatría:

Paciente masculino de 10 años es ingresado por emergencia por sus padres, refiriendo que hace aproximadamente 6 días el niño recibió un arañazo por parte de su gato. Los padres mencionan que el niño cursó con cuadros febriles cuantificados de 37.9 a 38.2 durante estos días previos a su ingreso por emergencia, además añaden que desde el día de ayer notaron un hinchazón a nivel de la axila derecha.

Enfermedad actual: Tiempo de enfermedad: 6 días // Inicio: Insidioso // Curso: Progresivo // Signos y síntomas principales: Fiebre + malestar general + adenopatía axilar

Antecedentes:

Patológicos: Varicela (Hace 2 años)

Medicamentos actuales: Niega

Vacunas: Vacunas completas de acuerdo con su calendario

Familiares: No refiere

Alergias: Niega

Funciones vitales: PA: 100/80 // FC: 76 lat' // FR: 16 resp' // T°: 38.2°C // Sato₂: 97%

Funciones biológicas: Apetito: Disminuido // Sed: Conservada // Sueño: Disminuido // Orina: Conservada // Deposiciones: Conservada

Examen clínico: Peso: 25.8kg // Talla: 1.25mts

Estado general: AREG, AREN, AREH

Piel y faneras: T/H/E. LLC<2". No presenta palidez, cianosis, ni ictericia. Presencia de ganglio inflamado en zona axilar derecha de aproximadamente 2x3cm, de consistencia blanda y movable.

Cicatriz a nivel de mano derecha de aproximadamente 5cm de longitud

Cráneo y cara: Normocéfalo, sin alteraciones evidentes

Boca: Mucosa oral hidratada

Nariz: Permeable sin alteraciones evidentes

Faringe: Sin alteraciones evidentes

Oídos: Permeables. Audición conservada

Cuello: Cilíndrico, simétrico, no se visualiza ni palpa masas

Tórax: Tórax simétrico, no doloroso a la palpación. Amplexación adecuada

Ap. Resp: MV pasa bien en ACP, no RA

Ap. Cardiovasc: RCR. BI. No RA

Abdomen: Plano. RHA (+). B/D, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

Genitourinario: PPL (-) y PRU (-). Sin alteraciones evidentes

Ap. Locomotor: Masa en región axilar derecha de aproximadamente 2x3cm

Neurológico: LOTEPE. Glasgow 15/15. No signos de focalización

Exámenes auxiliares:

Se solicita los siguientes exámenes auxiliares:

Leucocitos: 10500mm³ // Hemoglobina: 12.5 gr/dL // Plaquetas: 160000mm³ // COVID-19: Negativo // Bartonelosis: IgG e IgM positiva

Se realizó una ecografía la cual salió compatible con una lesión de márgenes irregulares de contenido sólido con cambios inflamatorios (2x3cm).

Impresión diagnóstica:

1. Bartonelosis

Manejo y evolución:

El paciente es internado en el servicio de pediatría para administración de tratamiento EV:

1. Oxacilina 1gr EV c/6hrs
2. Clindamicina 200mg EV c/6hrs
3. Cetirizina 5mg VO c/24hrs

Paciente termina su régimen de tratamiento de antibiótico y es dado de alta por evolución favorable.

Caso clínico N°2 de pediatría:

Paciente femenina de 1 año, es traída a emergencia debido a que su madre menciona que la menor empezó a tener convulsiones, refiere que duraron aproximadamente 3 minutos, que se movió todo su cuerpo y posteriormente a la convulsión no presentó algún percance. Además, la madre señala que la menor venía cursando con un cuadro de rinofaringitis según lo catalogado por un médico de un centro de salud, sin embargo, refiere que la fiebre no se le bajaba con medios físicos ni con el medicamento que le había recetado el médico. Paciente presenta una convulsión en el tópicico de emergencia pediátrica, es admitida para su tratamiento.

Enfermedad actual: Tiempo de enfermedad: 1 día // Inicio: Insidioso // Curso: Progresivo // Signos y síntomas principales: Fiebre + convulsiones

Antecedentes:

Patológicos: No refiere

Medicamentos actuales: Niega

Vacunas: Vacunas completas de acuerdo con su calendario

Familiares: No refiere

Alergias: Niega

Funciones vitales: PA: 110/90 // FC: 98 lat' // FR: 20 resp' // T°: 38.5°C // Sato₂: 98%

Funciones biológicas: Apetito: Disminuido // Sed: Conservada // Sueño: Conservado // Orina: Conservada // Deposiciones: Conservada

Examen clínico: Peso: 11.6kg // Talla: 73cm

Estado general: AREG, AREN, AREH

Piel y faneras: T/H/E. LLC<2''. No presenta palidez, cianosis, ni ictericia

Cráneo y cara: Normocéfalo, sin alteraciones evidentes

Boca: Mucosa oral hidratada

Nariz: Permeable sin alteraciones evidentes

Faringe: Eritematosa y congestiva, ausencia de placas

Oídos: Permeables. Audición conservada

Cuello: Cilíndrico, simétrico, se palpan ganglios blandos y desplazables

Tórax: Tórax simétrico, no doloroso a la palpación. Amplexación adecuada

Ap. Resp: MV pasa bien en ACP, no RA

Ap. Cardiovasc: RCR. BI. No RA

Abdomen: Plano. RHA (+). B/D, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

Genitourinario: PPL (-) y PRU (-). Sin alteraciones evidentes

Ap. Locomotor: Simétricos, sin alteración

Neurológico: Glasgow 15/15. No signos de focalización. Reactivo a estímulos

Exámenes auxiliares:

Se solicita los siguientes exámenes auxiliares:

Leucocitos: 8500mm³ // Hemoglobina: 11.5 gr/dL // Plaquetas: 190000mm³ // COVID-19: Negativo // Test reactivo de heces: Negativo

Impresión diagnóstica:

1. Fiebre persistente
2. Convulsión febril simple

Manejo y evolución:

Paciente es ingresado a tópic de pediatría por convulsión activa. Se asegura el manejo ABCDE en el paciente:

- A: Apertura de vía aérea
- B: Colocación de pulsoxímetro
- C: Valoración de perfusión cutánea + canalización de vía periférica
- D: Examinación de pupilas
- E. Toma de temperatura + medidas generales

En el paciente no se pudo canalizar una vía por lo que se optó aplicar midazolam IM (3cc STAT). Se logra controlar el estado convulsivo del paciente, se aplica medidas generales más metamizol EV (1ml STAT), pasado 1 hora se logra controlar la temperatura y desciende a 37.1, se mantiene hospitalizado al paciente con una terapia de medidas generales + metamizol en horario por VO (250mg c/8hrs). Al tercer día la evolución es favorable, no vuelve a presentar una convulsión y su temperatura se mantiene estable, por lo que es dado de alta señalando los signos de alarma.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ EL INTERNADO

El Hospital Central Militar "coronel Luis Arias Schreiber" (HCM), ubicado en el distrito de Jesús María, Lima, es el centro médico de mayor complejidad para las fuerzas armadas y sirve como referencia para otros centros médicos relacionados con la familia militar. En el HCM se tratan los casos más complejos de la milicia peruana y sus familiares.

LA HCM se fundó bajo el mando del presidente Manuel Pardo, el 1 de diciembre de 1958, siendo remodelado y ampliado en 1974. Es un establecimiento de salud nivel III-1. El nombre de Luis Arias Schreiber se le adjudica debido al célebre médico militar que ocupó la jefatura de sanidad de la institución militar entre los años 1942 a 1945, además de ser participe para su posterior construcción e inauguración (4).

Al ser interno de medicina la rotación constaba de 10 meses repartidos en 4 bloques de acuerdo con las grandes especialidades médicas, las cuales son, cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina interna y pediatría. Durante las diferentes rotaciones se pudo observar casos en emergencia, consultorio externo, sala de hospitalización, sala de procedimientos y sala de operaciones.

Por último, el HCM viene a ser un hospital docente, ya que ofrece la formación de nuevos especialistas mediante la realización de la residencia en las diferentes especialidades, siendo esto muy beneficioso para los internos y estudiantes debido a la adquisición de nuevos conocimientos que se pueden obtener.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1. ROTACIÓN EN MEDICINA INTERNA:

CASO CLÍNICO N°1: ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA (EAP) (5-10)

1. Definición: Es la disminución del flujo sanguíneo arterial posterior al arco aórtico debido a un mecanismo obstructivo, sea intrínseco o extrínseco (Mayormente por aterosclerosis) y afectan mayormente a arterias distales tales como las que suministran sangre en las extremidades. Esta patología se debe a la acumulación anormal de partículas lipoproteicas (LDL) y tejido fibroso entre la capa íntima y muscular de la pared arterial. Sus formas de presentación incluyen claudicación intermitente, dolor en reposo, cambios tróficos en la piel e isquemia crítica de los miembros inferiores.

2. Patogénesis: La aterosclerosis, un proceso en el que se acumulan depósitos de grasa, colesterol y otras sustancias en las paredes de las arterias, formando la placa, es la principal causa de la enfermedad arterial periférica. Por otro lado, el tabaquismo, la hipertensión arterial, la diabetes, el colesterol alto, la obesidad y el sedentarismo son factores de riesgo que pueden contribuir al desarrollo de esta enfermedad.

3. Clínica: Los pacientes con enfermedad arterial periférica pueden experimentar 3 tipo de presentaciones:

a. Asintomático: En estos pacientes se ha notado que la zona más afectada es la iliaca y femoral. Diagnosticar a un paciente cuando se encuentra asintomático es de gran importancia ya que puede presentar aterosclerosis en otras zonas; al recibir terapia médica en esta situación disminuirá el paciente el riesgo de poder sufrir infarto de miocardio, accidente cerebrovascular o la muerte.

b. Claudicación intermitente: Viene a ser el malestar que se da en un grupo muscular específico, es inducido por el ejercicio y hay alivio en el reposo.

c. Isquemia crítica de miembros inferiores: Es un dolor intenso en los miembros inferiores cuando el paciente se encuentra en reposo.

d. En este punto el paciente ya cursa con un tema de cronicidad, puede presentarse con pérdida tisular, úlceras y gangrenas.

4. Diagnóstico: Para el diagnóstico de EAP, es necesaria una historia clínica adecuada que incluya un historial previo de factores de riesgo o síntomas de EAP. El diagnóstico de EAP se basa en los hallazgos de un examen físico adecuado. Los pacientes que acuden a la consulta con síntomas de obstrucción arterial y claudicación intermitente son la punta del iceberg de un gran problema epidemiológico porque suelen creer que estos síntomas se deben a problemas relacionados con su edad. Por otro lado, hay pacientes que tienen síntomas inusuales o tienen un examen de pulso incierto. Se utiliza el índice tobillo-brazo (con o sin ejercicio), que es un diagnóstico de obstrucción arterial si este es inferior a 0,9.

La prueba más utilizada para el diagnóstico de la EAP es el índice tobillo-brazo (ABI). El ABI es el resultado del radio de las presiones sistólicas sanguíneas del tobillo y el brazo. Dado que los niveles bajos de ABI están relacionados con un aumento en la incidencia de infarto de miocardio e ictus. El ABI también es un predictor de aterosclerosis generalizada. Se ha establecido tradicionalmente que valores de ABI menores a 0.90 indican un mayor riesgo, pero altos niveles de ABI superiores a 1.40 también pueden estar asociados con compresibilidad arterial reducida como resultado de la rigidez y la calcificación, lo que los coloca en mayor riesgo de eventos CV y mortalidad.

5. Tratamiento: El manejo radica en mejorar los síntomas que padecen los pacientes y además de modificar los estilos de vida que conllevan a la disminución del riesgo de la progresión de la enfermedad.

Entre los cambios de estilos de vida a procurar mejorar se encuentran; el cese del tabaquismo, realización de ejercicio, la dieta y pérdida de peso, control de enfermedades de fondo como la diabetes mellitus y cesar el consumo de alcohol.

Para el tratamiento médico se puede hacer uso de hipolipemiantes como las estatinas; terapias antitrombóticas (Aspirina o clopidogrel); terapias de anticoagulación (Warfarina o rivaroxabán), vasodilatadores periféricos.

Dentro del tratamiento quirúrgico se puede hacer uso de la revascularización,

esto se hace uso en aquellos pacientes con síntomas significativos y que no responden a los cambios de estilo de vida, ni tratamiento farmacológico. Por último, la amputación viene a ser la última opción en aquellos pacientes que no son candidatos o no responden a la terapia de revascularización.

6. Discusión: La paciente de 84 años presentaba un desafío clínico complejo con antecedentes médicos significativos y síntomas agudos en las extremidades inferiores. La aparición de máculas rojizas, el cambio hacia el color violáceo y la sensación de frío indican la posibilidad de insuficiencia arterial periférica. La diabetes mellitus y la hipertensión arterial pueden ser factores de predisposición a esta condición. Antes de la intervención quirúrgica, hubo una estabilización temporal gracias a la evaluación inicial, que incluyó un manejo médico adecuado y exámenes de laboratorio. La angioplastia y la tromboaspiración ofrecieron un pronóstico favorable, y las medidas de cuidado postoperatorio para prevenir complicaciones y promover una recuperación exitosa fueron seguidas.

CASO CLÍNICO N°2: TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP) (10–14)

1. Definición: La trombosis venosa profunda (TVP), es una patología en la cual el sistema venoso se ve interrumpido por el bloqueo con un coágulo de sangre. En el presente caso se trata de una TVP distal, esto quiere decir que no va a presentar un componente proximal, encontrándose por debajo de la rodilla y limitándose a las venas de la pantorrilla (Vena tibial anterior y peronea posterior).

2. Patogénesis: El desarrollo de esta patología se puede dar por suma de distintos agentes tales como, la longevidad, procedimiento quirúrgico mayor, antecedente de TVP, obesidad, insuficiencia cardíaca, etc. En este caso clínico la paciente tiene un cuadro de sobrepeso.

3. Clínica: Generalmente la clínica de la TVP comienza a nivel de la pantorrilla, donde se producirá una obstrucción del flujo venoso lo que conlleva a la aparición de un edema y dolor, derivando esto en la activación de la cascada de la inflamación.

Se debe tener en cuenta que el edema aparece en aproximadamente el 33 a

97% de los pacientes, el dolor en aproximadamente el 18 a 86% y la frialdad o calidez en un 48 a 72%.

En ocasiones la forma clínica de la TVP puede ser asintomática o presentarse con pesadez, calambres o dolor en el miembro afectado. Se ha observado que la inflamación local puede acompañarse de múltiples signos y síntomas.

4. Diagnóstico: En el examen clínico a menudo se no encontrarán datos que nos lleve a sospechar de esta patología de manera fehaciente; sin embargo, se debe realizar la exploración de abdomen, pelvis y miembros inferiores para poder buscar los siguientes datos:

1. Edema o hinchazón unilaterales
2. Venas superficiales dilatadas
3. Dolor y sensibilidad en el área comprometida
4. Cambio de temperatura en la zona afectada
5. Signos locales de cambios en la piel

Lo más importante para el diagnóstico de una TVP vienen a ser las pruebas auxiliares tales como; dímero D, ecografía Doppler y en algunos casos la venografía.

En esta patología también es útil el score o puntuación de Wells:

Característica clínica	Puntaje
Cáncer activo (tratamiento en curso o dentro de los seis meses anteriores o paliativo)	1
Parálisis, parecía o inmovilización reciente con yeso de las extremidades inferiores.	1
Recientemente postrado en cama por más de tres días o sometido a cirugía mayor, dentro de las cuatro semanas	1

Dolor localizado a lo largo de la distribución del sistema venoso profundo.	1
Toda la pierna hinchada	1
Hinchazón de la pantorrilla de más de 3 cm en comparación con la pierna asintomática (medida debajo de la tuberosidad tibial)	1
Edema con fóvea (mayor en la pierna sintomática)	1
Venas colaterales superficiales (no varicosas)	1
Puntaje	
Probabilidad alta	3 o más
Probabilidad moderada	1 o 2
Baja probabilidad	0 o menos
Modificación	
Este modelo clínico se ha modificado para incluir una característica clínica adicional: una trombosis venosa profunda (TVP) que se ha documentado previamente y tiene una puntuación de 1. La TVP es probable o improbable según este sistema de puntuación modificado:	
TVP probable	2 o más
TVP poco probable	1 o menos
Adaptado de:	
1. Wells PS, Anderson DR, Bormanis J, et al. Value of assessment of pretest probability of deep-vein thrombosis in clinical management. Lancet 1997; 350:1795	
2. Wells PS, Anderson,DR, Rodger M, et al. Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-vein thrombosis. N Engl J Med 2003; 349:1227.	

5. Tratamiento: El tratamiento dependerá de los diversos factores que involucran al desarrollo de la TVP. En el tratamiento el objetivo principal viene a ser aliviar los síntomas agudos y poder disminuir la recurrencia.

En estos pacientes se va a recomendar la movilización y la anticoagulación precoces. El tratamiento en esta patología se va a dividir en 3 fases:

- a. Primera fase o fase aguda (5 a 10 días) → Usar heparina de bajo peso molecular (HBPM), fondoparinux o heparina no fraccionada (HNF)
- b. Fase de mantenimiento (3 a 6 meses)
- c. Fase extendida

En casos especiales se hace uso de trombólisis por catéter, ultrasonido trombolítico o catéter de trombólisis fármaco-mecánica.

6. Discusión: La paciente de sexo femenino de 70 años ofrece diferentes perspectivas. Primero, debemos abordar la trombosis venosa profunda (TVP) en el miembro inferior izquierdo, una condición médica grave que si no se trata adecuadamente puede ser mortal. La presencia de síntomas urinarios indica que el paciente tiene una ITU, lo que complica el manejo de esta paciente. La TVP es una condición común pero potencialmente grave, especialmente en pacientes con antecedentes de cáncer, como en esta paciente que ha sido tratada con radioterapia, quimioterapia y braquiterapia en el pasado. Esto aumenta el riesgo de tromboembolismo. Los hallazgos físicos, la historia clínica y los resultados de pruebas complementarias, como la ecografía Doppler, confirman la presencia de trombosis parcial a nivel de la unión safeno-femoral para el diagnóstico de TVP.

Para prevenir la propagación del trombo y reducir el riesgo de embolia pulmonar, se utiliza una combinación de anticoagulantes en el manejo de la TVP. En este caso, se ha comenzado el tratamiento con dosis terapéuticas de enoxaparina, un anticoagulante de bajo peso molecular. Además, dos medidas importantes para reducir el riesgo de complicaciones como el síndrome de compartimento son el reposo absoluto y el control del grosor del miembro inferior izquierdo. Es fundamental abordar los factores de riesgo modificables de la paciente, como la obesidad (con un índice de masa corporal de 29.9 kg/m²) y la hipertensión arterial, además del manejo farmacológico, para reducir el riesgo de complicaciones cardiovasculares y mejorar su calidad de vida a largo plazo.

En conclusión, el manejo de esta paciente requiere un enfoque

multidisciplinario que aborde tanto la TVP como la ITU de manera integral, con un seguimiento estrecho para evaluar la respuesta al tratamiento y prevenir complicaciones a corto y largo plazo. La paciente fue dada de alta después de una buena evolución, pero se debe seguir monitoreando continuamente para mejorar su pronóstico y calidad de vida.

III.2. ROTACIÓN EN MEDICINA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA:

CASO CLÍNICO N°1: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM) (15–18)

1. Definición: La ruptura prematura de membranas (RPM), viene a ser la ruptura de las membranas ovulares previo al inicio de trabajo de parto o contracciones uterinas.

2. Patogénesis: La patogénesis de la RPM viene a ser multifactorial y se verá influenciada por varios factores, tales como:

a. Infecciones: Principalmente se verán afectadas por las infecciones genitales (> Estreptococo del grupo B), ya que estas infecciones debilitan las membranas y aumentan el riesgo de su ruptura.

b. Factores mecánicos: Al existir un aumento del estrés del útero ya sea por polihidramnios, múltiples partos o presentaciones anormales de feto van a aumentar las presiones intrauterinas disponiendo a la ruptura de membranas.

c. Factores hormonales: La disminución en los niveles de progesterona o el aumento en prostaglandinas pueden debilitar a la membrana.

d. Entre otros factores se pueden encontrar al hábito tabáquico, genéticos y hereditarios, psicológicos y emocionales.

3. Clínica: Entre la clínica más común de una paciente con RPM encontraremos a los siguientes síntomas y signos:

a. Salida de líquido vaginal: El principal síntoma del RPM es la salida de líquido amniótico a través de la vagina

b. Sensación de líquido vaginal continuo

- c. Sangrado vaginal: Puede ser de leve a moderado
- d. Contracciones uterinas: Después de la ruptura existe la posibilidad de que las gestantes experimenten sus contracciones
- e. Aumento de la presión pélvica
- f. Cambios en el color y olor del líquido amniótico

4. Diagnóstico: El diagnóstico de una RPM es netamente clínico ya que evidenciando la hidrorrea podemos definir esta patología. Si existe una duda diagnóstica, para confirmación se puede utilizar:

- a. pH vaginal (VN 3.4 a 5.5): Al medir el pH del líquido amniótico el resultado será de alcalinidad (>6.5)
- b. Ecografía fetal: Evidencia de oligohidramnios, que anteriormente no haya existido.
- c. Pruebas bioquímicas: IGFBP-1 y PAMG-1
- d. Amniocentesis diagnóstica

5. Tratamiento: El tratamiento depende de la edad gestacional y del tiempo de RPM de la paciente:

- a. Gestante con RPM de < 24 horas de evolución: La recomendación adecuada en estas gestantes es finalizar la gestación de forma activa. Los fármacos para usar en la finalización van desde misoprostol a oxitocina.
- b. Gestante con RPM \geq 24 horas de evolución: Se solicitan pruebas complementarias (PCR + hemograma).

La gestante tendrá una antibioticoterapia, se le brindará amoxicilina clavulánico 1gr/6hrs EV, independientemente si es portador de Estreptococo del grupo B.

Se programará la finalización de la gestación por medio de uso de misoprostol u oxitocina, la decisión de usar alguno de estos fármacos partirá del estado del cuello uterino.

6. Discusión: En este caso clínico, la gestante de 28 años con una edad gestacional de 39 semanas y diagnosticada con FUR presenta pródromos de trabajo de parto y una ruptura prematura de membranas, lo que dificulta su manejo. A pesar de una evolución inicial prometedora, con contracciones efectivas y dilatación progresiva, la situación se complica debido a un RPM prolongado de alrededor de 20 horas y la falta de progreso en la dilatación cervical. En este caso, se utiliza una cesárea transversa segmentaria. El manejo postoperatorio incluye controlar el sangrado, prevenir infecciones y brindar analgesia adecuada a la madre y al recién nacido. Tanto el recién nacido como la puérpera evolucionan favorablemente y son dados de alta al quinto día después de la cirugía.

CASO CLÍNICO N°2: ABSCESO VULVAR O DE BARTOLINO (19)

1. Definición: Los abscesos vulvares viene a ser un problema ginecológico de gran magnitud, ya que su evolución desfavorable puede provocar una enfermedad severa. Estos abscesos suelen aparecer por la infección de la piel o tejido celular subcutáneo. El más común viene a ser el absceso de la glándula de Bartolino.

Entre los tipos de abscesos vulvares encontramos a las infecciones de la piel y los folículos pilosos, absceso de la glándula de Bartolino, absceso de las glándulas parauretrales (Skene) e infecciones de heridas o hematomas.

2. Patogénesis: Los abscesos vulvares, incluidos los abscesos de la glándula de Bartolino se deben por una infección polimicrobiana, siendo la principal bacteria involucrada el S. Aureus resistente a meticilina, anaerobios gramnegativos entéricos y anaerobios. Entre los factores de riesgo más importantes se encuentra la obesidad, mala higiene, afeitado, inmunosupresión y gestación.

3. Clínica: Los abscesos presentarán síntomas de acuerdo con el tiempo transcurrido, donde se va a referir la presencia de una masa dolorosa, del mismo modo puede haber presión vulvar, molestar al desplazamiento, sentarse o al mantener relaciones sexuales. En las pacientes inmunosuprimidas puede darse el desarrollo de la fascitis necrotizante.

4. Diagnóstico: El diagnóstico es por medio de la clínica, teniendo en cuenta

la presencia de la masa vulvar dolorosa. Es una masa fluctuante, con edema y/o induración más eritema circundante.

5. Tratamiento: El tratamiento dependerá del tamaño de los abscesos:

a. Abscesos pequeños (<2cm): Compresas tibias + baños de asiento. Se pueden llegar a necesitar antibióticos.

En este tipo de abscesos se puede realizar una escisión siempre y cuando el paciente se encuentre inmunosuprimido.

b. Abscesos grandes (≥ 2 cm): Se recomienda la escisión + drenaje + antibioticoterapia; pero si el absceso es mayor a 5cm se recomienda que el manejo sea hospitalario.

6. Discusión: La paciente de 56 años llegó a la unidad de emergencia con un bulto en el labio vaginal derecho junto con signos de inflamación y escalofríos. Se hospitalizó porque tenía una masa purulenta. Se le diagnosticó un absceso vulvar porque tenía antecedentes de cesárea y diabetes tipo 2. El manejo completo incluyó dieta, antibioticoterapia intravenosa y cuidados locales. La paciente fue dada de alta con una mejoría significativa después de una debridación quirúrgica y diez días de tratamiento. Este caso demuestra la importancia de emplear un enfoque integral en pacientes con comorbilidades para garantizar una evolución favorable.

III.3. ROTACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL:

CASO CLÍNICO N°1: APENDICITIS AGUDA (20–26)

1. Definición: La apendicitis viene a ser la emergencia abdominal quirúrgica más común a nivel mundial. Ocurre por la inflamación del apéndice que un vestigio anatómico ubicado en la pared posteromedial del ciego.

2. Patogénesis: En los adultos comúnmente se ha observado que el principal fenómeno viene a ser la obstrucción de la luz apendicular, esto puede deberse a la presencia de fecalitos, parásitos, tumores, etc.

Ocurre en varias etapas teniendo a la inflamación como la primera de ellas, para que después aparezca la congestión vascular, isquemia y perforación.

Durante el desarrollo de sus etapas puede presentar la infección por diversas bacterias.

3. Clínica: Entre los signos y síntomas de la apendicitis encontraremos entre los más clásicos a:

- Anorexia
- Dolor temprano a nivel periumbilical
- Migración del dolor a fosa iliaca derecha (+ común, denominado punto de McBurney)
- Dolor al movimiento
- Vómitos
- Fiebre
- En casos más avanzados como en la perforación de la apéndice se encontrarán signos de irritación peritoneal, como defensa involuntaria abdominal, signo de rebote +

4. Diagnóstico: El diagnóstico es por medio de la clínica sumado a exámenes complementarios.

La sospecha clínica se da cuando un paciente presenta un dolor intenso de abdomen a nivel de la fosa iliaca derecha

Dentro de los exámenes de laboratorio podemos ver que en las pruebas sanguíneas se va a encontrar una leucocitosis con una desviación a la izquierda, además de una proteína C reactiva.

Para el diagnóstico con imágenes se ha podido ver que el desempeño de la ecografía abdominal va a depender del personal que lo realiza, no obstante, este método es accesible; por otro lado, se ha podido demostrar que el gold estándar para diagnosticar la apendicitis es la tomografía, ya que también permite ver y comparar una apéndice perforada con una no perforada.

Juntamente con los signos, síntomas y hallazgos laboratoriales se pudo crear una escala para confirmar o descartar los casos de apéndices, la cual viene a ser la escala de Alvarado, la cual comprende los siguientes ítem:

CARACTERÍSTICAS	PUNTAJE
Dolor migratorio en la fosa iliaca derecha	1
Anorexia	1
Náuseas o vómitos	1
Sensibilidad en el cuadrante inferior derecho	2
Dolor de rebote en la fosa iliaca derecha	1
Fiebre >37,5°C	1
Leucocitosis del recuento de glóbulos blancos >10 × 10 ⁹ /litro	2
TOTAL	9
Una puntuación de 0 a 3 indica que la apendicitis es poco probable y se deben buscar otros diagnósticos. Una puntuación ≥4 indica que el paciente debe ser evaluado más a fondo para detectar apendicitis	
Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. Ann Emerg Med 1986; 15:557.	

5. Tratamiento: El tratamiento de la apendicitis es un manejo quirúrgico, aunque existen algunos postulados que mencionan que puede existir un manejo conservador.

Sin embargo, la evidencia señala que la cirugía es mejor en el aspecto curativo de esta patología. La cirugía es la apendicectomía ya sea abierta o por laparoscopia, para la extracción de la apéndice.

6. Discusión: Se presenta el caso de un hombre de 26 años que ha tenido náuseas, vómitos y dolor abdominal en la fosa iliaca derecha durante 10 horas. Cuando no encuentra alivio con medicamentos de venta libre, busca atención médica. Los signos clínicos y las pruebas de laboratorio indican una apendicitis aguda sin complicaciones. Se le realizó una apendicectomía laparoscópica exitosa y después de la operación se recuperó sin problemas. A las 60 horas, fue liberado con seguimiento ambulatorio. El caso enfatiza la importancia de un diagnóstico temprano y un manejo quirúrgico oportuno de

la apendicitis aguda para evitar complicaciones.

CASO CLÍNICO N°2: COLECISTITIS AGUDA CALCULOSA (27–32)

1. Definición: La colecistitis viene a ser la inflamación de la vesícula biliar. Generalmente sucede por una obstrucción del conducto cístico, con una marcada distensión e inflamación, además de sobreagregarse una colonización bacteriana.

2. Patogénesis: Ocurre debido a la obstrucción del bacinete vesicular por un cálculo biliar. La obstrucción va a conllevar a una contracción intensa más una distensión abdominal, lo que llega a generar el dolor abdominal. Posteriormente, la obstrucción genera un edema en la pared de la vesícula, la retención de las secreciones biliares y alteraciones vasculares. El edema va a participar en los procesos inflamatorios, del mismo modo la irritabilidad del vaciamiento de la vesícula aumentará este fenómeno.

3. Clínica: Entre los signos y síntomas de la colecistitis aguda calculosa encontraremos entre los más clásicos a:

- Dolor abdominal agudo localizado en hipocondrio derecho (Punto de Murphy), el dolor es constante y punzante, generalmente mayor a 5 horas y se irradia a espalda
- Náuseas y vómitos
- En perforación de la vesícula se puede ver inestabilidad hemodinámica, fiebre alta, íleo y acidosis metabólica

4. Diagnóstico: La colecistitis cuenta con criterios diagnósticos que vienen a ser:

A. Signos locales de inflamación	Signo de Murphy Dolor, masa o sensibilidad en HCD
B. Signos sistémicos de inflamación	Fiebre Elevación de PCR (≥ 3 mg/dL) Leucocitosis

C. Hallazgos de la imagen característicos de colecistitis aguda	Signo de Murphy ecográfico: Dolor con el transductor colocado Engrosamiento de la pared vesicular >4mm Aumento del diámetro vesicular >8cm Demostración de litos
Diagnóstico definitivo: 1. Un ítem en A y un ítem en B son positivos 2. C confirma el diagnóstico de sospecha	
https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-continuada-8-pdf-S1578155011700110	

5. Tratamiento: Una vez realizado el diagnóstico al paciente se le debe colocar en dieta absoluta, brindar fluidoterapia, analgesia y antibioticoterapia. Si el cuadro presenta <7 días y tiene un cuadro de bajo riesgo se podrá realizar una colecistectomía laparoscópica; no obstante, si es de alto riesgo anestesiológico o es una litiasis acalculosa se debe realizar una colecistectomía percutánea. Por otro lado, en una colecistitis >7 días se realiza una colecistectomía electiva.

6. Discusión: La historia clínica del paciente masculino de 79 años indica un dolor abdominal similar a un cólico en el hipocondrio derecho, acompañado de vómitos, náuseas, estreñimiento e ictericia, lo que sugiere una colecistitis aguda. Para confirmar el diagnóstico, se le realiza una resonancia magnética nuclear abdominal. Después de una evaluación completa de la emergencia, se comienza el manejo médico que incluye analgesia, fluidoterapia intravenosa y antibióticos de amplio espectro. Se considera una colecistectomía laparoscópica urgente para curar definitivamente la enfermedad. El paciente es dado de alta al tercer día sin complicaciones después de una vigilancia postoperatoria y una intervención quirúrgica exitosa. Este caso demuestra lo crucial que es un diagnóstico oportuno y un manejo multidisciplinario de la colecistitis aguda en pacientes geriátricos para una buena salud.

III.4. ROTACIÓN EN PEDIATRÍA:

CASO CLÍNICO N°1: ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO (33–36)

1. Definición: Es una patología infecciosa que se caracteriza por la aparición de una linfadenopatía regional que es autolimitada, aunque en etapas agresivas puede afectar órganos viscerales, neurológicos y ocular.

2. Patogénesis: Esta enfermedad tiene como agente a la Bartonella henselae y como vector al gato. La causa de la CSD sigue siendo desconocida. Las manifestaciones de la enfermedad son el resultado de una infección local, como la linfadenopatía, o de una infección diseminada transmitida por la sangre, como la neurorretinitis o la afectación de los órganos viscerales. Los gatos son los reservorios naturales de B. henselae, que causa bacteriemia intraeritrocítica que puede durar hasta un año (en algunos casos).

3. Clínica: Suele presentarse como una afección en la piel y los ganglios linfáticos cercanos al sitio de inoculación. Sin embargo, los organismos infectan el hígado, el bazo, los ojos o el sistema nervioso central en algunas personas. Mientras que las enfermedades diseminadas pueden tener complicaciones potencialmente mortales, los pacientes con enfermedades localizadas generalmente tienen una enfermedad autolimitada.

4. Diagnóstico: Pruebas por cadena de polimerasa (PCR) o pruebas serológicas en las etapas aguda y de recuperación. biopsia de ganglios linfáticos ocasionalmente

Los títulos de anticuerpos séricos positivos (se recomienda examinar el suero en la fase aguda y en la convalecencia, con 6 semanas de diferencia) o pruebas de PCR en muestras de aspirado de ganglios linfáticos generalmente confirman el diagnóstico de la enfermedad por arañazo en gatos.

5. Tratamiento: La enfermedad se autolimita. En casos leves se puede usar analgesia y/o antiinflamatorios. Casos moderados: Azitromicina 10 mg/kg/día, posteriormente 5 mg/kg/día hasta completar 5 días. Casos graves: Tratamiento EV.

6. Discusión: Después de recibir un arañazo de su gato hace 6 días, el paciente de 10 años ingresó con fiebre y adenopatía axilar. Se diagnosticó

bartonelosis mediante serología y ecografía a una persona que tenía antecedentes de varicela. Se ingresó a un hospital para recibir tratamiento con oxacilina y clindamicina, además de cetirizina debido a su malestar. El paciente recibió el alta por mejoría después de terminar su tratamiento antibiótico. Este caso destaca la importancia de tener en cuenta la bartonelosis y otras enfermedades infecciosas en pacientes con fiebre y antecedentes de exposición animal, así como el manejo oportuno con antibióticos adecuados.

CASO CLÍNICO N°2: CONVULSIÓN FEBRIL SIMPLE (37–41)

1. Definición: Convulsión que ocurre en infantes y niños de 6 a 5 años y que tienen una temperatura mayor a 38°C en una ausencia de patología cerebral, trastorno metabólico, etc.

2. Patogénesis: Las convulsiones febriles son un fenómeno dependiente de la edad, probablemente relacionado con una predisposición genética individual y una vulnerabilidad especial del sistema nervioso en desarrollo a los efectos de la fiebre. Los factores de riesgo más comúnmente identificados, además de la edad, incluyen fiebre alta, infección viral, vacunación reciente y convulsiones febriles en la familia.

3. Clínica: Entre los signos y síntomas de la convulsión febril encontraremos entre los más clásicos a:

- Agitación motora
- Fiebre con temperatura mayor a 38°C
- Pérdida de conciencia

4. Diagnóstico: El diagnóstico es netamente clínico, mediante la evidencia de la convulsión sumada a la alta temperatura.

5. Tratamiento: El manejo en emergencia empieza con aplicar el ABC que incluye el control de vía aérea, suplemento con oxígeno, monitorización cardiorrespiratoria. Si la convulsión tiene una duración mayor a 5 minutos, se hace inicio al tratamiento con benzodiazepinas (Lorazepam, diazepam, midazolam) si continua la convulsión se debe hacer protocolo convulsivo;

posteriormente se debe buscar el foco convulsivo para poder tratarlo mientras se brinda antipiréticos.

6. Discusión: Después de una rinofaringitis y fiebre prolongada, la paciente de un año experimenta convulsiones febriles. Después de un tratamiento inicial con midazolam para controlar las convulsiones, se logra estabilizarla y disminuir la fiebre con metamizol. Se destaca la importancia de un abordaje rápido y efectivo de las convulsiones febriles en pediatría, así como de un seguimiento cercano para detectar signos de alarma y prevenir complicaciones. La resolución exitosa del caso enfatiza la importancia del manejo adecuado de las convulsiones febriles para prevenir sus recidivas y proteger al paciente.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Durante mi estadía en el Hospital Central Militar en Perú, tuve una oportunidad valiosa para adquirir conocimientos y habilidades en diversas disciplinas médicas. Debido a mi rotación por especialidades como medicina interna, ginecología, pediatría y cirugía general, tengo una comprensión amplia del campo médico. En primer lugar, el realizar el internado me ayudó a comprender la situación de la atención médica en un entorno militar. Si bien pude observar una organización disciplinada y un alto nivel de profesionalismo por parte del personal médico, también me enfrenté a limitaciones en cuanto a recursos y acceso a ciertos servicios de salud, lo que en algunos casos afectó la calidad de la atención.

Cada una de las especialidades rotadas presentó desafíos y aprendizajes únicos. Tuve la oportunidad de manejar casos complejos y aprender a tomar decisiones rápidas y efectivas en medicina interna. Sin embargo, también noté que la medicina preventiva y la atención integral de los pacientes carecen de énfasis.

Pude asistir a procedimientos quirúrgicos y consultas prenatales en ginecología, lo cual fue una experiencia valiosa para comprender la salud reproductiva de las mujeres. Sin embargo, me preocupó la falta de atención en las poblaciones vulnerables en cuanto a la salud sexual y reproductiva, así como la necesidad de aumentar el acceso a los servicios de planificación familiar.

Me encontré con la delicada tarea de cuidar a los niños pequeños en pediatría, lo cual me llenó de satisfacción y responsabilidad. Sin embargo, también vi la falta de recursos para cuidar adecuadamente a los niños, especialmente en cuanto a la alimentación y la prevención de enfermedades infecciosas.

Finalmente, en cirugía general, experimenté la adrenalina, la precisión necesaria en el quirófano y la importancia de trabajar en equipo para proteger al paciente. Sin embargo, me preocupó la falta de énfasis en la formación integral de los residentes de esta especialidad y las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas.

En resumen, mi estadía en el Hospital Central Militar en Perú fue una mezcla de emociones y enseñanzas. Aunque valoro la oportunidad de haber rotado

en diferentes especialidades y haber adquirido habilidades prácticas, también reconozco la necesidad de mejorar la calidad y la equidad en la atención médica y promover una formación integral de los futuros profesionales de la salud.

IV. CONCLUSIONES

El internado médico es un momento en el que los estudiantes de medicina deben profundizar y consolidar sus conocimientos. La participación supervisada del interno en diversas intervenciones y/o procedimientos es fundamental para la formación del futuro cirujano, por lo que la sede actual del hospital juega un papel crucial.

Ha sido una experiencia reveladora y desafiante concluir el internado en un hospital militar. Esta experiencia me ha dado una mejor comprensión de la atención médica en un entorno disciplinado y organizado, donde la profesionalidad y la eficiencia son esenciales. Esta experiencia me ha preparado para enfrentar varios escenarios y tomar decisiones rápidas y efectivas en el cuidado de los pacientes, a pesar de que enfrenté limitaciones en recursos y acceso a ciertos servicios de salud.

Mi preparación para el Examen Nacional de Medicina (ENAM) ha requerido completar el internado. Estoy mejorando mis conocimientos teóricos, mejorando mis habilidades clínicas y mejorando mi capacidad para resolver situaciones médicas complejas gracias a esta experiencia práctica en un entorno clínico real. Además, haber rotado en diferentes especialidades me ha dado una visión integral de la medicina y me ha preparado para enfrentar con confianza los problemas que pueda presentar el examen.

V.RECOMENDACIONES

Priorizar la salud mental: durante el internado, es fundamental que los internos cuiden su bienestar emocional y mental. Es importante dedicar tiempo para el autocuidado, establecer límites saludables y buscar apoyo cuando sea necesario porque el estrés y la presión pueden ser abrumadores. El uso de técnicas de relajación, ejercicio físico y tiempo libre para actividades placenteras puede ayudar a manejar el estrés y evitar el agotamiento.

Estudiar de manera efectiva para el ENAM: El internado tiene la oportunidad de consolidar los conocimientos que ha adquirido durante su carrera y desarrollar nuevas habilidades clínicas. Los internos deben aprovechar al máximo esta experiencia estudiando y revisando los temas del Examen Nacional de Medicina (ENAM). Participar en grupos de estudio, crear un plan de estudio organizado y utilizar materiales de aprendizaje adecuados puede ayudar a maximizar el tiempo de preparación y mejorar los resultados del examen.

Prestar atención a los casos clínicos: Cada caso clínico durante el internado brinda una oportunidad única para aprender y desarrollar habilidades prácticas. Es fundamental que los internos presten atención a los detalles, participen activamente en la atención de los pacientes y busquen oportunidades para aprender de los casos presentados. Hacer preguntas, solicitar retroalimentación de los supervisores y estar dispuestos a participar en discusiones clínicas contribuirá a mejorar la comprensión y el manejo de diversas patologías, preparando a los internos para una práctica médica sólida y ética.

VI. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. Arroyo-Ramirez FA, Rojas-Bolivar D, Arroyo-Ramirez FA, Rojas-Bolivar D. Internado médico durante la pandemia del COVID-19: la problemática de los practicantes preprofesionales de medicina ante la legislación peruana. *Acta Médica Peru.* octubre de 2020;37(4):562-4.
2. Taype-Rondán Á, Tataje Rengifo G, Arizabal A, Alegría Hernández S. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. *An Fac Med.* enero de 2016;77(1):31-8.
3. Asociación Peruana de Facultades de Medicina. Reglamento del comité nacional de pregrado de salud del SINAPRES. ASPEFAM; 2006.
4. Historia del Hospital Central Militar del Perú. Ministerio de Defensa del Perú. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hmc/institucional>
5. Aboyans V, Ricco JB, Bartelink MLEL, Björck M, Brodmann M, Cohnert T, et al. Guía ESC 2017 sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad arterial periférica, desarrollada en colaboración con la European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Rev Esp Cardiol.* 1 de febrero de 2018;71(2): 111.e1-111.e69.
6. Serrano Hernando FJ, Martín Conejero A. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. *Rev Esp Cardiol.* 1 de septiembre de 2007;60(9):969-82.
7. Quirós-Meza G, Salazar-Nassar J, Castillo-Rivas J, Quirós-Meza G, Salazar-Nassar J, Castillo-Rivas J. Enfermedad arterial periférica y ejercicio. *Acta Médica Costarric.* junio de 2016;58(2):52-5.
8. Bolaños Martínez I, Chaves Chaves A, Gallón Vanegas L, Ibañez Morera M, López Barquero H, Bolaños Martínez I, et al. Enfermedad arterial periférica en miembros inferiores. *Med Leg Costa Rica.* marzo de 2019;36(1):84-90.

9. Sánchez FSL, Martínez JAC, Taboada CR, García SV. Enfermedad arterial periférica. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado. 1 de septiembre de 2021;13(39):2230-42.
10. Fabián-Darío AR, Benalcázar-Domínguez SA, Bustamante-Sandoval BR, Esparza-Portilla JI, López-Andrango AE, Maza-Zambrano GT, et al. Diagnóstico y tratamiento de enfermedad vascular periférica. Revisión bibliográfica. Angiología. diciembre de 2022;74(6):292-304.
11. Sandino VM, Vega EV. Abordaje de trombosis venosa profunda en miembros inferiores. Rev Medica Sinerg. 1 de febrero de 2020;5(2): e360-e360.
12. Lim W, Le Gal G, Bates SM, Righini M, Haramati LB, Lang E, et al. American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: diagnosis of venous thromboembolism. Blood Adv. 27 de noviembre de 2018;2(22):3226-56.
13. Bates SM, Jaeschke R, Stevens SM, Goodacre S, Wells PS, Stevenson MD, et al. Diagnosis of DVT: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. febrero de 2012;141(2 Suppl): e351S-e418S.
14. Chama-Naranjo A, Becerra-Bello J, et al. Diagnóstico y tratamiento de la trombosis venosa profunda. Rev Mex Angiol. marzo de 2021;49(1):24-32.
15. Rodríguez-Bosch MR, Miranda-Araujo O, Reséndiz-Rossetti AE, Tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino (24-33.6 semanas): evidencia científica reciente. Ginecol Obstet México. 2018;86(5):319-34.
16. Vásquez MO. Ruptura prematura de membranas. Rev Medica Sinerg. 22 de noviembre de 2020;5(11): e606-e606.
17. Gutiérrez Ramos M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev Peru Ginecol Obstet. julio de 2018;64(3):405-14.

18. Meléndez-Saravia N, Barja-Ore J, Meléndez-Saravia N, Barja-Ore J. Factores de riesgo asociados con la ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes de un hospital del Callao, Perú. *Ginecol Obstet México*. 2020;88(1):23-8.
19. Ibarrola M, Benito J, Azcona B, Zubeldía N. Patología infecciosa: vulvovaginitis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedad inflamatoria pélvica, abscesos tubo-ováricos. *An Sist Sanit Navar*. 2009; 32:29-38.
20. Navarrete S, Cantele H, Leyba J, Vasallo M, Navarrete LI S. Apendicectomía por laparoscopia en la apendicitis aguda complicada. *Gac Médica Caracas*. abril de 2002;110(2):217-21.
21. Fallas González J. Apendicitis Aguda. *Med Leg Costa Rica*. marzo de 2012;29(1):83-90.}
22. Rafael P M, Quispe R K, Pantoja S LR, Rafael P M, Quispe R K, Pantoja S LR. Apendicitis aguda: Concordancia clínica, quirúrgica y anatomopatológica en un hospital de emergencias peruano. *Rev Fac Med Humana*. julio de 2022;22(3):463-70.
23. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cir Gen*. marzo de 2019;41(1):33-8.
24. Cespedes C, Costa A, Ibáñez AE, Huamanñahui J a, Cespedes C, Costa A, et al. Características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas de la apendicitis aguda en un hospital de Lima. *Rev Fac Med Humana*. abril de 2023;23(2):180-2.
25. Paredes Lascano P, Bravo Paredes A, Tamayo Viera A, Toapanta Amán M, Toscano Ponce A, Paredes Lascano P, et al. Caracterización clínica y laboratorial de la Apendicitis en la Edad Pediátrica. *Pediatría Asunción*. abril de 2022;49(1):14-20.
26. Leyva-Vázquez FY, López-Almeida S, Leyva-Vázquez FY, López-Almeida

- S. Tendencias actuales en el tratamiento de la apendicitis aguda en adultos. Rev Arch Méd Camagüey [Internet]. 2022;26.
27. Chavez-Rivaldi C, Brizuela-Bogado JD, Acosta-Fernández R, Chavez-Rivaldi C, Brizuela-Bogado JD, Acosta-Fernández R. Características clínicas y quirúrgicas de la colecistitis aguda en pacientes con diabetes mellitus tipo II en la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica - Sala X del Hospital de Clínicas de San Lorenzo entre los años 2015 y 2021. Cir paraguaya. abril de 2022;46(1):11-5.
28. Estepa Pérez JL, Santana Pedraza T, Estepa Ramos JL, Feliú Rosa JA, Estepa Pérez JL, Santana Pedraza T, et al. Caracterización clínico-quirúrgica de la colecistitis aguda en pacientes tratados en el Servicio de Cirugía General. Cienfuegos, 2017- 2019. MediSur. abril de 2023;21(2):400-11.
29. Vera-Portilla AF, Vera-Portilla W, Galdós JL, Bustinza Flores E, Cornejo Valencia D, Terrazas Díaz S, et al. Cirugía de emergencia por colecistitis aguda debido a fístula colecistocolónica. An Fac Med. abril de 2021;82(2):150-4.
30. Quevedo Guanche L. Colecistitis aguda: Clasificación etiológica, diagnóstico y tratamiento. Rev Cuba Cir. junio de 2007;46(2):0-0.
31. Guzmán Calderón E, Carrera-Acosta L, Aranzabal Durand S, Espinoza Rivera S, Trujillo Loli Y, Cruzalegui Gómez R, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la colelitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis en el Seguro Social del Perú (EsSalud). Rev Gastroenterol Perú. enero de 2022;42(1):58-69.
32. Rodas J, Roa G, Portillo G, Aguilera P, Lezcano R, Verdecchia C, et al. Manejo de colecistitis aguda litiásica y sus resultados con las colecistectomías tempranas y tardías en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Periodo 2019 - 2021. Cir paraguaya. abril de 2022;46(1):20-3.
33. Argollo P. Adenopatías en Pediatría. Rev Médica Paz. 2007;5(2):56-62.

34. Armitano R, Lisa A, Martínez C, Cipolla L, Iachini R, Prieto M. Bartonella henselae: evidencia serológica en pacientes pediátricos con sospecha clínica de enfermedad por arañazo de gato. Rev Argent Microbiol. diciembre de 2018;50(4):365-8.
35. Mesa Izquierdo O, Travieso Peña G, Ferrer Robaina H, Gámez Oliva H, Rodríguez Pereira R, Govín Gámez JF, et al. Enfermedad por arañazo de gato. Rev Cuba Investig Bioméd. septiembre de 2016;35(3):294-9.
36. Hurtado IC, Laufer M, Hurtado IC, Laufer M. Enfermedad por arañazo sistémica (infección por Bartonella henselae): una causa de fiebre prolongada que no debemos olvidar, reporte de caso. Infectio. enero de 2017;21(1):69-72.
37. Pozo Lauzán DR. Crisis febriles. Rev Cuba Pediatría [Internet]. diciembre de 2018 [citado 27 de febrero de 2024];90(4). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75312018000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
38. Berzosa López R, Ramos Fernández JM, Martínez Antón J, Espinosa Fernández MG, Urda Cardona A. Crisis febriles complejas: estudio de la patología asociada y utilidad de las pruebas complementarias. An Pediatría. 1 de junio de 2014;80(6):365-9.
39. Cerisola A, Chaibún E, Rosas M, Cibils L. Crisis o convulsiones febriles: certezas y preguntas. Med B Aires. septiembre de 2018; 78:18-24.
40. Fernández-Rojas S, Ulloa-Gutiérrez R, Avila-Aguero ML. Manejo del niño febril. Acta Médica Costarric. junio de 2004;46(2):84-7.
41. Zunino C, Botto G, Speranza N, Gamio B, Malan K, Alonso R, et al. Vigilancia activa de convulsiones febriles vinculadas a vacuna pentavalente en un hospital centinela en Uruguay. Rev Chil Infectol. diciembre de 2019;36(6):750-5.