



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
CENTRO MÉDICO NAVAL “CIRUJANO MAYOR
SANTIAGO TÁVARA”- HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO
INANUE, LIMA 2022-2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR
CARLOS EDUARDO VEGA CUADRA
MARIO DENNIS VICUÑA SOTO**

ASESOR

FERNANDO LIBERATO FELLES

**LIMA - PERÚ
2023**



**Reconocimiento
CC BY**

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

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



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
CENTRO MÉDICO NAVAL “CIRUJANO MAYOR
SANTIAGO TÁVARA”- HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO INANUE, LIMA 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
CARLOS EDUARDO VEGA CUADRA
MARIO DENNIS VICUÑA SOTO**

**ASESOR
MG. FERNANDO LIBERATO FELLES**

**LIMA- PERÚ
2022-2023**

JURADO

Presidente: Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro: Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestros padres quienes siempre nos han apoyado en cada paso de esta larga y dedicada carrera. No tenemos más que palabras de agradecimientos hacia ellos que con su motivación pudimos llegar al fin de nuestra carrera profesional.

Carlos Eduardo Vega Cuadra

Mario Dennis Vicuña Soto

AGRADECIMIENTO

Queremos dedicar este trabajo a nuestros docentes que marcaron etapas importantes durante nuestra formación como profesionales, gracias a ellos por sus conocimientos transmitidos y su paciencia.

Carlos Eduardo Vega Cuadra
Mario Dennis Vicuña Soto

ÍNDICE

PORTADA	1
JURADO	2
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	11
I.I ROTACIÓN POR CIRUGÍA	11
I.I.1 Caso clínico número 1	11
I.I.2 Caso clínico número 2	14
I.II ROTACIÓN POR MEDICINA INTERNA	17
I.II.1 Caso clínico número 3	17
I.II.2 Caso clínico número 4	20
I.III ROTACIÓN POR GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	22
I.III.1 Caso clínico número 5	22
I.III.2 Caso clínico número 6	25
I.IV ROTACIÓN POR PEDIATRÍA	28
I.IV.1 Caso clínico número 7	28
I.IV.2 Caso Clínico número 8	31
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	33
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	35
III.I. ROTACIÓN POR CIRUGÍA	35
III.I.1. Caso clínico número 1	35
III.I.2. Caso clínico número 2	36
III.II ROTACIÓN POR MEDICINA	37
III.II.1 Caso clínico número 3	37
III.II.1 Caso clínico número 4	38
III.III ROTACIÓN POR GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA	40
III.III.1 Caso clínico número 5	40
III.III.2 Caso clínico número 6	41
III.VI ROTACIÓN POR PEDIATRÍA	42
III.VI.1 Caso clínico número 7	42
III.IV:2 Caso clínico 8	43
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	45
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	48
FUENTES DE INFORMACIÓN	49

RESUMEN

El internado médico se considera como la etapa final dentro de la carrera de medicina humana para el estudiante de dicha carrera. Es el momento en el cual se consolidan y se ponen en práctica todos los conocimientos previamente adquiridos durante la etapa de pregrado, es en este rango de tiempo que los estudiantes se preparan para el examen nacional de medicina (ENAM) y también es una base que les servirá para el Servicio Rural Urbano Marginal (SERUMS).

Un estudiante de pregrado hacía anteriormente 12 meses de internado médico, en el cual se rotaba 3 meses por las especialidades de medicina interna, ginecología y obstetricia, cirugía general y pediatría. En la actualidad, han surgido modificaciones en el contexto del internado debido a la pandemia dado por la infección del COVID-19 cursada desde el 2020, en donde hubo un cese inesperado de las actividades hospitalarias de parte de los estudiantes, lo cual redujo el tiempo establecido en que un estudiante de pregrado hace su internado, lo cual redujo su tiempo de duración a 10 meses.

En este informe, se exponen algunas de las experiencias obtenidas en el internado médico que se dio desde junio del 2022 hasta marzo del 2023 realizado tanto en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” y en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, ambas instituciones de Lima. Se presentarán 8 casos clínicos separados por las especialidades ya mencionadas anteriormente, donde se describirán los casos, y cómo fueron manejados. También se expondrán las tareas a realizar por los internos y los problemas que se presentan durante la pasantía, y la forma de cómo se pudieron solucionar.

Palabras clave: Hospital, Internado, Experiencia, Diverticulitis, Apendicitis, Síndrome de Mallory-Weiss, Leishmaniasis Cutánea, Placenta Previa, Prolapso Genital Total, Gastroenteritis, Faringitis, Convulsión Febril.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO EN EL CENTRO MÉDICO NAVAL "CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA" HOSPITAL NACIONAL

AUTOR

CARLOS EDUARDO VEGA CUADRA

RECuento DE PALABRAS

12042 Words

RECuento DE CARACTERES

65099 Characters

RECuento DE PÁGINAS

49 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

109.6KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 12, 2023 10:03 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 12, 2023 10:03 AM GMT-5**● 7% de similitud general**

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

- 7% 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



Mg. FERNANDO, LIBERATO FELLES
ASESOR
DNI: 06183815
ORCID: 0009-0000-3160-8156

ABSTRACT

The medical internship is considered the final stage of the human medicine career for the student of said career. It is the moment in which all the knowledge previously acquired during the undergraduate stage is consolidated and put into practice, is in this period of time that students prepare for the national exam in medicine (ENAM) and it is also a base that will serve them well. for the Marginal Urban Rural Service (SERUMS).

An undergraduate student had previously completed 12 months of medical internship, in which 4 months were rotated through the specialties of internal medicine, gynecology and obstetrics, general surgery, and pediatrics. Currently, modifications have been presented in the context of the boarding school due to the pandemic caused by the spread of COVID-19 that has been carried out since 2020, where there was an unexpected cessation of hospital activities by the students, which reduced the established time that an undergraduate student does his internship, which reduced its duration to 10 months.

This report presents some of the experiences obtained in the medical internship that took place from June 2022 to March 2023, held both at the "Cirujano Mayor Santiago Távora" Naval Medical Center and at the Hipólito Unanue National Hospital, both institutions in Lima. 8 clinical cases will be presented separated by the specialties already mentioned above, where the cases will be described and how they were managed. The tasks to be carried out by the interns and the problems that arise during the practices will also be exposed, and how they could be solved.

Key words: Hospital, Internship, Experience, Diverticulitis, Appendicitis, Mallory-Weiss Syndrome, Cutaneous Leishmaniasis, Placenta Praevia, Pelvic Organ Prolapse, Gastroenteritis, Pharyngitis, Febrile Convulsion.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la malla de la Carrera de medicina humana de toda Universidad peruana incluye el internado medico en su séptimo año. El cual es un periodo de tiempo donde el estudiante pone a prueba todo lo aprendido durante los años anteriores, ya que toda práctica se realiza en el ámbito hospitalario. En estas prácticas es donde los alumnos de pregrado acceden a recursos metodológicos con el fin de que se vuelva el principal intérprete en los procedimientos realizados en el hospital con la adecuada observación de los docentes cuya labor será ser motivador y empuje necesario para que el estudiante se forje como un profesional competente (1).

Se sabe que la carrera de medicina humana es muy sacrificada y muy exigente y además médicos concluyen que para ser buen profesional hay que estar bien preparado, lo cual se logra con mucho estudio y además viviendo la experiencia de “estar al lado del paciente”, esto se logra es un buen internado médico. (2)

En el Perú, el internado médico comprende de 4 rotaciones que son clave en la formación profesional, estas son realizadas en las áreas de: Ginecología-Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía y Pediatría.

En los años transcurridos, el internado médico se realizaba en un tiempo total de 365 días, lo que quiere decir 12 meses, y se hacía en distintas sedes hospitalarias pertenecientes a MINSA, EsSalud, Fuerzas armadas; pero, debido a la pandemia dada por la infección del SARS-COV2, esto se redujo a un tiempo de 10 meses y siendo EsSalud quien le cerraría la puerta a los internos ingresantes del 2020 en adelante.

Durante la realización de nuestro internado, nos dimos cuenta que fue una experiencia totalmente nueva, muy diferente a la experiencia dada por las rotaciones hechas en la etapa clínica de la carrera, sobre todo porque hay nuevas y mejores obtenciones de conocimientos y prácticas; es por ello que el actual trabajo pretende exponer tanto las tareas que realizan los internos,

algunos problemas que se presentaron durante el internado; así como también, 8 casos clínicos, de las 4 especialidades mencionadas anteriormente, por las que rotamos, con el fin de explicar cómo es que se manejaron en el transcurso de nuestro internado médico realizado en el Centro Médico Naval “Cirujía Mayor Santiago Távora” y en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el 2022.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

En lo siguiente, se presentarán 8 casos clínicos de los cuales se han dividido por cada especialidad en la que se rotó durante el internado desarrollado tanto en el Centro Médico Naval “Cirujía Mayor Santiago Távara” y el Hospital nacional Hipólito Unanue, estos casos clínicos serán distribuidos en 2 por cada especialidad y se explicará que es lo que se realizó y como es que se manejó cada caso comentado.

I.I ROTACIÓN POR CIRUGÍA

La primera rotación a la que nos enfrentamos durante nuestro año en el internado médico fue la de cirugía general, dentro de esta rotación también estaban incluidas las rotaciones de poco tiempo en otras especialidades quirúrgicas como traumatología y urología, lo cual ayudó a afianzar conocimientos sobre dichas especialidades; que, por el contexto de la pandemia, no se realizaron rotaciones en hospitales en la etapa de clínicas de nuestra carrera. La rotación por el área de cirugía general empezó el 01 de junio del 2022 y tuvo una duración de 2 meses y 15 días, terminando así el 15 de agosto del 2022.

I.I.1 Caso clínico número 1

Paciente masculino de 53 años procedente del distrito de San Juan de Miraflores es traído a la emergencia del Centro Médico Naval “Cirujano mayor Santiago Távara” por sus familiares por dolor abdominal desde hace 12 horas, cuya intensidad la refiere como 8/10, familiares mencionan que el dolor abdominal es difuso, pero es más intenso a nivel de lado ífero izquierdo del abdomen y también sensación de alza térmica que no se cuantificó por falta de termómetro. Paciente refiere también que durante el camino al hospital presentó náuseas, pero no hubo vómitos.

Antecedentes:

Como antecedentes a tener en cuenta con el paciente, este menciona que sufre

de estreñimiento crónico por lo que toma laxante “Ciruelax” pero pese a esto no tiene un ritmo defecatorio frecuente, refiere también antecedente quirúrgico de colecistectomía por colecistitis aguda hace aproximadamente 20 años. Niega tener alergia a algún medicamento.

Funciones vitales:

- Presión arterial: 110/75 mmHg
- Temperatura: 38.5 C
- Frecuencia cardiaca: 90 por minuto
- Frecuencia respiratoria: 22 por minuto
- Saturación de Oxígeno: 98%

Examen físico:

Se procede a evaluar al paciente y se le encuentra en mal estado general, buen estado de nutrición y buen estado de hidratación.

Se procede a hacer un examen físico por partes:

- Piel y mucosas: Caliente, poco hidratada, elástica, llenado capilar inferior a 2 segundos. Leve palidez en piel +/-, no se aprecia cianosis ni ictericia.
- Tórax y aparato respiratorio: Tórax simétrico con leve “pectus excavatum”, el murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados como sibilantes, crepitantes o roncantes.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos de un ritmo adecuado y aumentada frecuencia, sin alteraciones en la intensidad. No se auscultan soplos cardiacos.
- Abdomen: No globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, levemente aumentados en frecuencia, buena intensidad y tono. A la palpación superficial se presenta dolor abdominal generalizado y a la palpación profunda el dolor es más marcado en fosa iliaca izquierda. Signo de la oleada negativo, Signo de Rebote positivo, Signo de Mc Burney negativo, Signo de Murphy negativo. No se logran palpar masas.
- Genitourinario: puntos renoureterales negativos, puño percusión lumbar negativo, no se evidencia presencia de globo vesical, ni es usuario de

sonda vesical.

- Sistema nervioso central: Despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, con escala de Glasgow en puntuación 15/15, no se evidencian signos meníngeos ni de focalización,

Diagnósticos presuntivos:

Una vez examinado el paciente, tenemos que pensar en cuáles son los diagnósticos que se pueden plantear antes de tomar algún plan de acción, estos fueron los siguientes:

- Síndrome doloroso abdominal
- Diverticulitis aguda complicada
- Apendicitis aguda complicada

Plan de trabajo

Se procede a preparar orden de laboratorio para pedir exámenes pre quirúrgicos que comprenden en el área de emergencia: hemograma, glucosa, urea, creatinina, tiempo de coagulación y sangría, sedimento urinario, grupo sanguíneo y factor Rh, prueba de antígeno para descartar infección por SARS – COV2, proteína C reactiva para descartar una probable infección; también se solicita una orden de tomografía computarizada con contraste para descartar por imagenología los cuadros planteados. Una vez teniendo los resultados se evidencia:

- Hemograma: leucocitos: 20000 con desviación izquierda, hemoglobina: 13.2 g/dl, hematocrito: 40%, Proteína C reactiva en 16, antígeno para SARS COV2 negativo, lo demás exámenes laboratoriales sin alteraciones. En la tomografía se evidencia proceso diverticular agudo acompañado de muchas colecciones purulentas en el abdomen y pelvis que lo podríamos traducir como una peritonitis generalizada.

Con los resultados presentados anteriormente se procede a preparar orden para sala de operaciones, se les explica a los familiares y al paciente el procedimiento que se irá a realizar y con esto se les pide firmar el consentimiento informado. Una vez teniendo todo listo se interviene quirúrgicamente al paciente donde se le opera por laparoscopia, llegando así al diagnóstico de Diverticulitis aguda

complicada “Hinchey” de grado 3 en el colon sigmoides; por lo cual se procede a reseca esta parte del intestino (sigmoidectomía) y se le procede a realizar una colostomía tipo Hartman y un lavado peritoneal, finalmente se le coloca dos drenes laminares y se termina el procedimiento. Pasa a recuperación donde luego de 2 horas aproximadamente es trasladado a sala de hospitalización de varones 4-3. Dentro de la hospitalización, se le agrega antibioticoterapia al paciente debido a que presentó una diverticulitis aguda complicada, se le indicó piperacilina- tazobactam 4,5 gramos intravenoso cada 6 horas por 1 semana y después, según evolución, evaluar si se cambia a vía oral.

Durante el postoperatorio del paciente fue tolerando vía oral de manera precoz, deambula al PO1 y elimina flatos con normalidad. Se le fue evaluando a diario el drenaje por los drenes, siendo estos serohemáticos en los primeros 3 días, cambiando a serosos a los 4 días posteriores, reduciendo en cantidad considerablemente. Se le retira el dren laminar a los 7 días de hospitalización por evolución favorable y se le da el alta médica bajo indicaciones de continuar con antibioticoterapia de forma enteral por 7 días más usando el mismo antibiótico. Paciente se va de alta después del retiro de puntos, presentando evolución favorable.

I.1.2 Caso clínico número 2

Paciente varón de 25 años procedente del distrito del Agustino es traído a la emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue por sus familiares por presentar dolor abdominal desde hace 24 horas, cuya intensidad la refiere como 7/10, el paciente refiere que el dolor inició en epigastrio, sin irradiación, que desde hace 5 horas se localizó en fosa iliaca derecho, asociado a hiporexia además de náuseas y vómitos (en 3 ocasiones), y también sensación de alza térmica que no se cuantificó por falta de termómetro. Refiere también haber tenido una infección urinaria previa aun en tratamiento. Niega haber intentado consumir medicamentos debido a que creía que era por haber consumida abundante comida condimentada el día de ayer.

Funciones vitales

- Presión arterial: 100/70 mmHg

- Temperatura: 38 C
- Frecuencia cardiaca: 115 por minuto
- Frecuencia respiratoria: 22 por minuto
- Saturación de Oxígeno: 98%

Examen físico

Se procede a evaluar a la paciente y se le encuentra en un estado general aparentemente regular, un estado de nutrición aparentemente regular y un estado de hidratación aparentemente regular.

Se procede a hacer un examen físico por partes:

- Piel y mucosas: Caliente, hidratada, elástica, con un llenado capilar inferior a 2 segundos. Se aprecia palidez leve +/-, no se aprecia cianosis ni ictericia, las mucosas están levemente deshidratadas.
- Tórax y aparato respiratorio: Tórax simétrico sin masas visibles ni palpables, no se observan tirajes; amplexación conservada, vibraciones vocales presentes, sin alteraciones; murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados como sibilantes, crepitantes o roncantes.
- Aparato cardiovascular: No choque de punta visible ni palpable, matidez cardiaca conservada, los ruidos cardiacos de un ritmo adecuado, ligeramente aumentados en intensidad y frecuencia. Ausencia a la auscultación de soplos cardiacos.
- Abdomen: Plano, ruidos hidroaéreos presentes de baja frecuencia, baja intensidad y tono. Dolor a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha (signo de Mc Burney positivo), no hay presencia de signos peritoneales, ni dolor a la palpación en otras regiones del abdomen. No se aprecian visceromegalia ni masas palpables.
- Genitourinario: puntos renoureterales negativos, puño percusión lumbar negativo, no se evidencia presencia de globo vesical, ni es usuario de sonda vesical.
- Genitales externos: de acuerdo a edad y sexo del paciente, sin lesiones.
- Sistema nervioso central: Despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, con escala de Glasgow en puntuación 15/15, no se evidencian signos meníngeos ni de focalización.

Diagnósticos presuntivos

Una vez examinado el paciente, tenemos que pensar en cuáles son los diagnósticos que se pueden plantear antes de tomar algún plan de acción, el diagnóstico sindrómico propuesto es: síndrome doloroso abdominal, y los diagnósticos presuntivos fueron los siguientes:

- Apendicitis aguda
- Perforación intestinal

Plan de trabajo

Se procede a hidratar al paciente con una vía de cloruro de sodio 0.9% a 200 cc por minuto, además de antibioticoterapia profiláctica con Ceftriaxona de 1 gr endovenoso, además se solicitan órdenes de laboratorio para descartar alteraciones en la analítica y la bioquímica que comprenden en el área de emergencia, además de ser necesarios si es que se necesita programar una intervención quirúrgica en el paciente: hemograma, perfil de coagulación, glucosa sérica, urea sérica, creatinina sérica, examen de orina, grupo sanguíneo y factor Rh, Serológicos para sífilis, VIH y VHB, y prueba de antígeno para descartar infección por SARS -COV2; también se realiza una ecografía abdominal para descartar líquido libre en cavidad abdominal. Una vez teniendo los resultados se evidencia:

- Hemograma: hemoglobina: 12 g/dl, hematocrito: 35.7%, leucocitos: 16 000, Plaquetas: 312 000, Eosinófilos: 4%, Basófilos: 2%, Linfocitos: 22%, Monocitos: 6% y Segmentados: 74%
- Perfil de coagulación: Tiempo de protrombina: 13 segundos, Tiempo de tromboplastina: 30 segundos, Tiempo de trombina: 18 segundos, Fibrinógeno: 280 mg/dl
- Glucosa sérica: 96 mg/dl, Urea sérica: 17.38 g/dl y Creatinina sérica: 0.66 mg/dl
- Antígeno para SARS COV2 negativo
- Examen de orina negativo. Serológicos para sífilis, VIH y VHB negativos.
- Ecografía abdominal: meteorismo, ausencia de líquido libre en cavidad

Con los resultados presentados se procede a realizar la escala de Alvarado,

teniendo un resultado de 9 de 10 puntos, concluyendo que es altamente certero que sea una apendicitis aguda. Se procede a intervenir quirúrgicamente al paciente con una operación propuesta de apendicetomía laparoscópica dada la ausencia de complicaciones del cuadro, se les explica a los familiares y al paciente el procedimiento que se irá a realizar y con esto se les pide firmar el consentimiento informado. En sala de operaciones se llega al diagnóstico definitivo de apendicitis aguda no complicada por lo que se procede a realizar la resección del apéndice (apendicetomía). Pasa a unidad de recuperación postanestesia donde luego de 1 hora es trasladado al pabellón E-2 correspondiente a cirugía general, estando internado por 2 días para ver su evolución, indicándole tolerancia oral por un día y al segundo día se inició dieta blanda, también estuvo con analgésicos y antieméticos condicionales, finalmente dándole de alta al tercer día de hospitalización, ya que su evolución fue favorable.

I.II ROTACIÓN POR MEDICINA INTERNA

La rotación perteneciente a la especialidad de medicina interna, a mi parecer, fue una de las más desgastantes y exigentes que había en el hospital, tanto por la cantidad de pacientes hospitalizados en cada sala, incluyendo también la cantidad de pacientes que llegaba a emergencia durante las guardias, así como la cantidad de patologías y complicaciones que presentaba cada uno. Esta rotación que se dio desde 16 de agosto del 2022 hasta el 31 de octubre del 2022, consistía en turnos en emergencia adulto con guardias de 12 horas tanto día o noche y el resto de días en piso de hospitalización, pero también se podían rotar por otras especialidades como geriatría e infectología por solo 2 semanas.

I.II.1 Caso clínico número 3

Paciente masculino de 18 años en evidente estado alcohólico procedente del distrito de La Victoria es traído a la emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue por conocidos suyo por haber presentado hematemesis (en 3 ocasiones) desde hace 2 horas, además de mareos, diaforesis, disnea, singulto, y malestar general, también refiere que horas antes habían estado consumiendo alcohol en grandes cantidades y que abruptamente comenzó a vomitar y posteriormente a

presentar el resto de la sintomatología.

Funciones vitales:

- Presión arterial: 89/60 mmHg
- Temperatura: 37.2 C
- Frecuencia cardiaca: 110 por minuto
- Frecuencia respiratoria: 16 por minuto
- Saturación de Oxígeno: 97%

Examen físico:

Se procede a evaluar a la paciente y se le encuentra en un estado general aparentemente regular, un estado de nutrición aparentemente regular y un estado de hidratación aparentemente regular.

Se procede a hacer un examen físico por partes:

- Piel y mucosas: Caliente, hidratada, elástica, con un llenado capilar inferior a 2 segundos. Se aprecia palidez leve +/-, no se aprecia cianosis ni ictericia, las mucosas están levemente deshidratadas.
- Tórax y aparato respiratorio: Tórax simétrico sin masas visibles ni palpables, no se observan tirajes; amplexación conservada, vibraciones vocales presentes, sin alteraciones; murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados como sibilantes, crepitantes o roncantes.
- Aparato cardiovascular: No choque de punta visible ni palpable, matidez cardiaca conservada, los ruidos cardiacos de un ritmo adecuado, audibles, ligeramente aumentados en intensidad y frecuencia. Ausencia de soplos cardiacos a la auscultación.
- Abdomen: Globuloso a expensas de abundante tejido adiposo, ruidos hidroaéreos presentes de regular frecuencia, buena intensidad y tono. No puntos dolorosos a la palpación superficial y profunda. No se aprecian visceromegalia ni masas palpables.
- Genitourinario: puntos renoureterales negativos, puño percusión lumbar negativo, no se evidencia presencia de globo vesical, ni es usuario de sonda vesical.
- Genitales externos: sin lesiones.
- Sistema nervioso central: No evaluable por estado etílico del paciente.

Diagnósticos presuntivos:

Una vez examinado el paciente, tenemos que pensar en cuáles son los diagnósticos que se pueden plantear antes de tomar algún plan de acción, el diagnóstico sindrómico propuesto es: hemorragia digestiva alta, y los diagnósticos presuntivos fueron los siguientes:

- Síndrome de Mallory Weiss
- Úlcera péptica

Plan de trabajo:

Se procede a hidratar al paciente con una vía de cloruro de sodio 0.9% a 200 cc por minuto, además que se solicita órdenes de laboratorio para descartar alteraciones en la analítica y la bioquímica que comprenden en el área de emergencia: hemograma, perfil de coagulación, glucosa sérica, urea sérica, creatinina sérica, examen de orina, grupo sanguíneo y factor Rh, Serológicos para sífilis, VIH y VHB, y prueba de antígeno para descartar infección por SARS-COV2; también se realiza una endoscopia diagnóstica para la confirmación del diagnóstico planteado. Una vez teniendo los resultados se evidencia:

- Hemograma: hemoglobina: 10 g/dl, hematocrito: 30.1%, leucocitos: 8000, Plaquetas: 300 000, eosinófilos: 0.5%, Basófilos: 0.2%, Linfocitos: 26%, Monocitos: 3.5% y Segmentados: 45%
- Perfil de coagulación: Tiempo de protrombina: 14 segundos, Tiempo de tromboplastina: 38 segundos, Tiempo de trombina: 16 segundos, Fibrinógeno: 303 mg/dl
- Glucosa sérica: 102 mg/dl, Urea sérica: 23.5 g/dl y Creatinina sérica: 0.5 mg/dl
- Antígeno para SARS COV2 negativo
- Examen de orina negativo. Serológicos para sífilis, VIH y VHB negativos.
- Endoscopia diagnóstica: presencia de coágulo sanguíneo adherido en la unión gastroesofágica de más o menos 3 mm sin sangrado activo

Con los resultados presentados se llega al diagnóstico de un síndrome de Mallory-Weiss, por lo que se procede a realizar una cauterización endoscópica y

se continúa con la hidratación al paciente. A la reevaluación por la mañana del día siguiente se observa mejoría de su cuadro, estabilización de funciones vitales además de una correcta evaluación del sistema nervioso central sin alteraciones dada la ausencia del estado etílico con el que ingresó el paciente, otorgando el alta médico al paciente con indicaciones de control por consultorio externo y evitar cualquier alimento o bebida que pueda afectar su patología ya tratada.

I.II.2 Caso clínico número 4

Paciente varón de 20 años, natural y procedente de Iquitos, con tiempo de enfermedad de 01 mes aproximadamente, acude a emergencia por presentar lesiones ulceradas indoloras de bordes elevados en región cervical y extremidades superiores e inferiores. Paciente refiere que en el 2020 presentó lesiones de las mismas características, y se le dio diagnóstico de Leishmaniasis cutánea, fue tratado con Anfotericina B. Actualmente acude por presentar nuevamente las lesiones; pero con aumento de tamaño de lesión en pantorrilla izquierda y brazo derecho. Cuenta con PCR para Leishmaniasis positivo y cultivo de secreción de unos 20 días anteriores positivo para *Enterobacter cloacae* complex.

Antecedentes

Paciente tenía como antecedente Leishmaniasis cutánea en el año 2020, recibió solamente una dosis de la vacuna contra Covid-19, no refiere alergias ni RAMS.

Funciones vitales:

- Presión arterial: 112/57 mmHg
- Temperatura: 36.6
- Saturación de oxígeno: 98%
- Frecuencia cardiaca: 90 por minuto
- Frecuencia respiratoria: 20 por minuto

Examen físico

Se evalúa al paciente y se le encuentra en un estado general aparentemente regular, un estado de nutrición aparentemente regular y un estado de hidratación

aparentemente regular.

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada y elástica, se evidencia lesión ulcerativa con bordes elevados de aproximadamente 5 x 6 cms, se contempla un tejido fibrótico en el centro de la herida en pantorrilla izquierda y brazo izquierdo, además presenta lesiones con centro necrótico en cuello, antebrazo izquierdo y tobillo izquierdo.
- Tórax y pulmones: amplexación conservada, ausencia de tirajes o musculatura accesoria. El murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, ausencia de ruidos agregados a la auscultación.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos de un ritmo adecuado, correcta intensidad, ausencia de soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, propulsivos, de una intensidad y frecuencia adecuada, a la palpación no hay masas, no doloroso.
- Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo, punto renoureterales negativos. No se evidencia globo vesical.
- Sistema nervioso central: Despierto, activo, ubicado en tiempo, espacio y persona, ausencia de signos meníngeos y los focales.

Diagnósticos presuntivos

- Úlcera cutánea a descartar Leishmaniasis cutánea recidivante
- Sobreinfección de herida por Enterobacter Cloacae Complex.

Plan de trabajo

Paciente se hospitaliza para manejo intrahospitalario, junto con sus resultados de laboratorio y se manda interconsulta al servicio de infectología sugiriendo evaluación y sugerencias por la especialidad. Llega el equipo de infectología quien asume al paciente. Ya hospitalizado se realizan interconsultas a servicios como dermatología por la úlcera necrótica que presenta para poder descartar etiología infecciosa, neoplásica o procesos inflamatorios, dermatología sugiere toma de biopsia de la piel previa firma de consentimiento informado. Se procedió a realizarse dicho procedimiento y se espera reevaluación con resultado. Mientras se espera resultado se le indica al paciente 05 días de tratamiento antibiótico con Sulfametoxazol/Trimetropin, paracetamol, loratadina, y

curaciones diarias en zonas ulceradas que al finalizar cada una, se indicó por cirugía plástica el uso de ácido fusídico. La biopsia salió unos días después dando como resultado Leishmaniasis cutánea por lo que se indica empezar tratamiento con Estibogluconato sódico, previo a esto se le solicita evaluación por cardiología y pruebas de laboratorio como TGO, TGP, GGTP, Fosfatasa alcalina, Urea, Creatinina, Tiempo de protrombina. Una vez que los resultados fueron sin alteraciones, se procede a iniciar el tratamiento con antimonio pentavalente por 15 días. Después del tratamiento hubo una mejoría en cuanto al paciente por lo que es dado de alta con control semanal por el área de infectología.

I.III ROTACIÓN POR GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

La tercera rotación en el Centro Médico Naval “Cirujía Mayor Santiago Távara” y la cuarta rotación en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, durante nuestro año en el internado médico corresponde a la de ginecología y obstetricia, dentro de esta rotación hay 3 subrotaciones correspondientes a las distintas patologías vistas dentro de las gestantes, puérperas y pacientes ginecológicos en general; estas 3 subrotaciones corresponden a ginecología, ARO (alto riesgo obstétrico) y puerperio. La rotación, en el Centro Médico Naval “Cirujía Mayor Santiago Távara”, por el área de ginecología y obstetricia empezó el 01 de noviembre del 2022 y tuvo una duración de 2 meses y 15 días, terminando así el 15 de enero del 2022; mientras que, en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, la rotación comenzó el 16 de enero del 2022 y finalizó el 31 de marzo del 2022.

I.III.1 Caso clínico número 5

Paciente femenino de 37 años procedente del distrito de San Juan de Lurigancho es traída a la emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue por su familiar por sangrado vaginal de inicio espontáneo en moderada cantidad de color rojo rutilante desde hace 1 hora y media, además de contracciones uterinas esporádicas, también refiere sentir movimientos fetales y niega pérdida de líquido amniótico, por lo que se decide su hospitalización en ARO (alto riesgo obstétrico) del servicio de ginecología y obstetricia.

Funciones vitales:

- Presión arterial: 105/62 mmHg
- Temperatura: 36.5 C
- Frecuencia cardiaca: 88 por minuto
- Frecuencia respiratoria: 16 por minuto
- Saturación de Oxígeno: 98%

Examen físico:

Se procede a evaluar a la paciente y se le encuentra en un estado general aparentemente regular, un estado de nutrición aparentemente regular y un estado de hidratación aparentemente regular.

Se procede a hacer un examen físico por partes:

- Piel y mucosas: Caliente, hidratada, elástica, con un llenado capilar inferior a 2 segundos. No palidez, no se aprecia cianosis ni ictericia, las mucosas están hidratadas y rosadas.
- Tórax y aparato respiratorio: Tórax simétrico sin masas visibles ni palpables, no se observan tirajes; amplexación conservada, vibraciones vocales presentes, sin alteraciones; pasaje adecuado de murmullo vesicular en ambos hemitórax, ausencia de ruidos agregados a la auscultación como sibilantes, crepitantes o roncantes.
- Aparato cardiovascular: No choque de punta visible ni palpable, matidez cardiaca conservada, ruidos cardiacos de un ritmo adecuado, audibles, de adecuada intensidad y sin alteraciones en la frecuencia. No se auscultan soplos cardiacos.
- Mamas: simétricas, turgentes, indoloras, sin masas ni secreciones.
- Abdomen: Globuloso por útero grávido, ruidos hidroaéreos presentes disminuidos en frecuencia, buena intensidad y tono. Situación: Transversal, Posición: Derecha. Latidos cardiacos fetales: 161 por minuto. Altura uterina de 24 cm. No se percibe dinámica uterina, se perciben movimientos fetales.
- Genitourinario: puntos renoureterales negativos, puño percusión lumbar negativo, no se evidencia presencia de globo vesical, ni es usuario de

sonda vesical.

- Genitales externos: estigmas de sangrado, no activo al momento de evaluación, no se evidencio perdida de líquido amniótico.
- Tacto vaginal: diferido
- Sistema nervioso central: Despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, con escala de Glasgow en puntuación 15/15, no se evidencian signos meníngeos ni de focalización.

Diagnósticos presuntivos

Una vez examinado el paciente, tenemos que pensar en cuáles son los diagnósticos que se pueden plantear antes de tomar algún plan de acción, el diagnostico sindrómico propuesto es: hemorragia en la segunda mitad del embarazo, y los diagnósticos presuntivos fueron los siguientes:

- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Rotura del seno marginal
- Vasa previa

Plan de trabajo

Se solicita órdenes de laboratorio para descartar alteraciones en la analítica y la bioquímica que comprenden en el área de emergencia: hemograma, perfil de coagulación, glucosa sérica, urea sérica, creatinina sérica, examen de orina, grupo sanguíneo y factor Rh, Serológicos para sífilis, VIH y VHB, y prueba de antígeno para descartar infección por SARS-COV2; también se realiza una ecografía obstétrica para hallar la posible causa de la hemorragia. Una vez teniendo los resultados se evidencia:

- Hemograma: hemoglobina: 11.7 g/dl, hematocrito: 33.5%, leucocitos: 7000, Plaquetas: 357 000, Eosinófilos: 1.5%, Basófilos: 0.1%, Linfocitos: 25.8%, Monocitos: 4.2% y Segmentados: 68%
- Perfil de coagulación: Tiempo de protrombina: 13.6 segundos, Tiempo de trombolastina: 33.2 segundos, Tiempo de trombina: 15.8 segundos, Fibrinógeno: 478 mg/dl
- Glucosa sérica: 92.69 mg/dl, Urea sérica: 20.03 mg/dl y Creatinina sérica:

0.4 mg/dl

- Antígeno para SARS COV2 negativo
- Examen de orina negativo. Serológicos para sífilis, VIH y VHB negativos.
- Ecografía obstétrica: Cervicometría: 42 mm, Placenta de localización anterior y con grado de madurez II, se observa placenta que cubre parcialmente el orificio cervical interno, también se observa un mioma uterino 4-5 que conecta con placenta.

Con los resultados presentados se concluye como diagnóstico definitivo a la placenta previa como causa de la hemorragia, se procede a hospitalizar en el pabellón B-2 a la paciente para su control y observación. A la reevaluación por la noche del día de su ingreso se encuentra asintomática y con escaso sangrado por vía vaginal, la paciente anteriormente había recibido maduración pulmonar por un ingreso previo por una amenaza de parto prematuro. Durante su estadía en hospitalización recibe el manejo de reposo absoluto por 3 días, ácido tranexámico endovenoso cada 8 horas en su segundo día de hospitalización y cada 12 horas en su tercer día de hospitalización, monitoreo materno fetal y conducta expectante, además se le realiza un NST donde se concluye feto activo, al tercer día de hospitalización se realiza un hemograma control donde no se evidencia alteraciones en los resultados, al cuarto día de hospitaliza se cambia de reposo absoluto a relativo, para este momento, la paciente ya no presentaba sangrado vaginal desde el tercer día de hospitalización, en su quinto día de hospitalización se decide su alta con cita para sus controles obstétricos, y observación y reconocimiento de signos de alarma.

I.III.2 Caso clínico número 6

Paciente femenino de 57 años procedente del distrito del Agustino es traída a su cita por consultorio externo emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue para su evaluación por haber presentado con anterioridad varios episodios de pérdida involuntaria de la orina desde hace unas 4 semanas asociado a una sensación de bulto en la zona genital, en su primera evaluación por consultorio externo se le diagnostica distopia genital II Ba, por lo que se decide su cirugía

para corregir su prolapso, completando en su cuarta cita por consultorio todos sus exámenes pre quirúrgicos para su intervención y haciendo efectiva su hospitalización.

Funciones vitales:

- Presión arterial: 112/73 mmHg
- Temperatura: 37 C
- Frecuencia cardiaca: 75 por minuto
- Frecuencia respiratoria: 18 por minuto
- Saturación de Oxígeno: 99%

Examen físico

Se procede a evaluar a la paciente y se le encuentra en aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición y aparente regular estado de hidratación.

Se procede a hacer un examen físico por partes:

- Piel y mucosas: Caliente, hidratada, elástica, con un llenado capilar inferior a 2 segundos. No palidez, no se aprecia cianosis ni ictericia, las mucosas están hidratadas y rosadas.
- Tórax y aparato respiratorio: Tórax simétrico sin masas visibles ni palpables, no se observan tirajes; amplexación conservada, vibraciones vocales presentes, sin alteraciones; pasaje adecuado de murmullo vesicular en ambos hemitórax, ausencia de ruidos agregados a la auscultación como sibilantes, crepitantes o roncantes.
- Aparato cardiovascular: No choque de punta visible ni palpable, matidez cardiaca conservada, los ruidos cardiacos de un ritmo adecuado, audibles, de intensidad adecuada y sin alteraciones en la frecuencia. No se auscultan soplos cardiacos.
- Mamas: simétricas, turgentes, indoloras, sin masas ni secreciones.
- Abdomen: Plano, simétrico, no circulación colateral, no lesiones, ruidos hidroaéreos presentes de regular frecuencia, buena intensidad y tono. No se palpan masas ni visceromegalia, no hay puntos dolorosos a la palpación superficial ni profunda, matidez hepática conservada y el resto sin alteraciones a la percusión, no hay signos de irritación peritoneal.

- Genitourinario: puntos renoureterales negativos, puño percusión lumbar negativo, no se evidencia presencia de globo vesical, ni es usuario de sonda vesical.
- Genitales externos: sin alteraciones, a la especuloscopia se evidencia vagina elástica, cérvix sin lesiones. A la evaluación con el POPQ, se presenta escape de orina a la maniobra de Valsalva, y se concluye una distopia de grado IIBa
- Tacto vaginal: diferido
- Sistema nervioso central: Despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, con escala de Glasgow en puntuación 15/15, no se evidencian signos meníngeos ni de focalización.

Diagnósticos presuntivos

Una vez examinado el paciente, se concluyó una distopia genital grado IIBa, por lo que se procedió a realizar su intervención quirúrgica programada.

Plan de trabajo

Se solicita órdenes de laboratorio e imagenología como parte de los exámenes pre quirúrgicos requeridos para la operación, además de descartar alteraciones en la analítica y la bioquímica: hemograma, perfil de coagulación, glucosa sérica, urea sérica, creatinina sérica, examen de orina, grupo sanguíneo y factor Rh, serológicos para sífilis, VIH y VHB, y prueba de antígeno para descartar infección por SARS -COV2; también se realiza una ecografía obstétrica para descartar cualquier anomalía. Una vez teniendo los resultados se evidencia:

- Hemograma: hemoglobina: 11.2 g/dl, hematocrito: 33.1%, leucocitos: 7100, Plaquetas: 337 000, Eosinófilos: 2%, Basófilos: 0.4%, Linfocitos: 40.5%, Monocitos: 8.6% y Segmentados: 48.3%
- Perfil de coagulación: Tiempo de protrombina: 16.8 segundos, Tiempo de trombolastina: 35.8 segundos, Tiempo de trombina: 13.3 segundos, Fibrinógeno: 364 mg/dl
- Glucosa sérica: 92.42 mg/dl, Urea sérica: 24.31 mg/dl y Creatinina sérica: 0.61 mg/dl
- Antígeno para SARS COV2 negativo
- Examen de orina negativo, Serológicos para sífilis, VIH y VHB negativos

- Ecografía obstétrica: Útero AVF de bordes regulares y parénquima homogéneo, con dimensiones de 43.8 x 19.5 cm y endometrio de 2.3 mm, ovarios normales.

Con los resultados presentados se procede a hospitalizar en el pabellón B-2 a la paciente para su operación con el objetivo de corregir su distopia. Se le realiza una cistouretopexia + TOT (cinta transobturadora) + colpoplastia, sin complicaciones, por lo que se hospitaliza para su monitoreo y observación postquirúrgica, portadora de sonda Foley por dos días y su retiro al tercer día, la paciente tiene una evolución favorable, se le solicita al tercer día controles de laboratorio para descartar cualquier anomalía, siendo los resultados normales, por lo que se le da de alta al cuarto día de hospitalización y segundo día postquirúrgico, teniendo sus controles por cita en consultorio de ginecología, además de observación y reconocimiento de signos de alarma.

I.IV ROTACIÓN POR PEDIATRÍA

La rotación en el servicio de pediatría fue una de las rotaciones más amenas, esta estaba comprendida desde 16/01/2023 hasta el 31/01/2023 y consistía tanto en pediatría como en neonatología. En esta rotación se tuvieron que atender consultorios programados para que cada día hubiera un interno esté por día, también 15 días en hospitalización y el resto de días de la rotación divididos entre guardias de una duración de 12 horas, presentes tanto en el turno diurno, como en el turno nocturno, tanto en el servicio de pediatría como neonatología.

I.IV.1 Caso clínico número 7

Paciente masculino de 06 años procedente del distrito de Los Olivos, acude a emergencia a las 15:00 hrs acompañado de su madre, la cual afirma que su hijo presenta desde hace 03 días deposiciones de características líquidas, con moco, sin sangre hasta en 20 ocasiones. Refiere cuadro febril de 38.3 que cedió con paracetamol el día de ayer y que en el momento lo trae a emergencia porque empezó con vómitos desde la mañana teniendo en total 8 las veces que vomitó

y porque hay sensación de laza térmica nuevamente.

Antecedentes

Madre del paciente niega antecedentes de importancia, refiere que hace aproximadamente 5 días el niño estuvo jugando con aves que cría su abuela en Chaclacayo, niega RAMS.

Funciones vitales

- Presión arterial: 100/81 mmHg
- Temperatura: 39.1 C
- Saturación 98%
- Frecuencia cardiaca: 110 por minuto
- Frecuencia respiratoria: 20 por minuto

Examen físico

Se evalúa al paciente y se le encuentra en un estado general aparentemente regular, un estado de nutrición aparentemente regular y un estado de hidratación aparentemente regular. Se procede a hacer el examen físico por partes:

- Piel y mucosas: Tibia, moderadamente deshidratada, elástica, llenado capilar inferior a 2 segundos, signo de pliegue positivo, palidez de piel y mucosas +/-+++
- Cabeza: Paciente normocéfalo, presenta ojos hundidos, boca y lengua secas.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, Adecuado pasaje del murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, ausencia de ruidos agregados a la auscultación.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos de un ritmo adecuado, de buena intensidad y aumentada frecuencia. No se auscultan soplos.
- Abdomen: Abdomen simétrico, ruidos hidroaéreos presentes propulsivos de buena intensidad y muy aumentados en frecuencia, blando depresible, ligeramente doloroso a la palpación superficial. No se palpan masas.
- Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos. Genitales externos adecuados para edad y sexo.

- Sistema nervioso central: Lúcido, en escala de Glasgow con puntuación de 15/15, orientado en tiempo espacio y persona, irritable, no signos meníngeos de ni focalización.

Diagnósticos presuntivos

- GECA a descartar etiología bacteriana
- Deshidratación leve-moderada

Plan de trabajo

En la emergencia se procede a preparar una orden de laboratorio solicitando reacción inflamatoria en heces, prueba para campylobacter, rotavirus, adenovirus, electrolitos en sangre, un hemograma completo y proteína C reactiva. Se le avisa a la licenciada para la colocación de una vía periférica para hidratarlo de forma parenteral con dextrosa al 5% 1000cc más NaCl 20% 40cc más KCl 20% 20cc, todo a 60 cc por hora. Se le aplica por la misma vía metamizol y dimenhidrinato endovenoso. Una vez que se obtienen los resultados, se observa en la reacción inflamatoria de heces, sangre en heces, y resultado de campylobacter positivo por lo que se inició terapia antibiótica con macrólidos. El niño pasó a observación a esperar que pudiera tolerar por la vía oral. En observación el niño vomitó 2 veces más por lo que el equipo decide hospitalizarlo. Durante hospitalización, se le fue hidratando de la misma manera y se vio que la fiebre cedió con el uso de metamizol endovenoso. Al primer día de evolución presentó funciones vitales de: Presión arterial: 110/80 mmHg, temperatura de 37.3, saturación 98%, frecuencia cardiaca de 70 por minuto y frecuencia respiratoria de 20 por minuto. El paciente refiere seguir con deposiciones sueltas, pero que ya el malestar genera había disminuido y que ya no se sentía caliente, también que náuseas aún persistían, pero en mucho menor intensidad. Enfermería reporta que paciente no ha vomitado durante su estancia en hospitalización. Durante ese día el paciente pudo tolerar vía oral por lo que se plantea el alta para el día de mañana si es que no hubiesen intercurridas durante el día. Al día siguiente el niño se encuentra con evolución favorable, por lo que se habla con la madre para dar el alta con indicaciones médicas a seguir en casa.

I.IV.2 Caso Clínico número 8

Paciente masculino de 2 años procedente del distrito de San Martín de Porres, llega a emergencia pediátrica del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" a las 03:00 horas, acompañado de sus padres quienes refieren que, durante la tarde, presenta fiebre de 38.5 por lo que se le da paracetamol y la fiebre remite. En la noche madre refiere que nota irritable a hija y cunado la toca está muy caliente por lo que le toma la temperatura, la cual estaba en 39.1 por lo que le repite la dosis de paracetamol, esta vez sin efecto. Dado que pese a tratamiento la fiebre alta persiste decide llevarla a emergencia pediátrica. Madre refiere que en la puerta de hospital niño empieza a presentar movimientos involuntarios con desviación de mirada hacia arriba que refiere 4 minutos de duración y con cese espontáneo. La madre llega agitada pidiendo ayuda con la paciente dormida en sus brazos.

Antecedentes:

Madre refiere que paciente cuenta con todas las vacunas completas según calendario de vacunación del MINSA, niega cuadro de convulsión anteriormente, y refiere que paciente es alérgico a la penicilina.

Funciones vitales

- Presión arterial: 120/75
- Frecuencia cardiaca: 130 por minuto
- Frecuencia respiratoria: 24 por minuto
- Saturación de oxígeno: 99%
- Temperatura: 39.2

Examen físico

Se evalúa al paciente y se le encuentra en un estado general aparentemente regular, un estado de nutrición aparentemente regular y un estado de hidratación aparentemente regular. Se procede a realizar el examen físico por partes:

- Piel y mucosas: Caliente, hidratada, elástica, con tiempo de llenado capilar inferior a 2 segundos, sin cambios de coloración.
- Orofaringe: Eritematosas, hipertrófica, no se observan placas exudativas.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, amplexación conservada, adecuado

pasaje del murmullo vesicular en ambos hemitórax, ausencia de ruidos patológicos a la auscultación.

- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos de un ritmo adecuado, de buena intensidad y aumentada frecuencia, no se oyen soplos a la auscultación.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, propulsivos, de buena intensidad y frecuencia, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se logran palpar masas abdominales.
- Genitourinario: no presencia de globo vesical. Genitales externos adecuados para edad y sexo del menor.
- SNC: Dormida, responde a estímulos, no signos meníngeos ni de focalización.

Diagnósticos presuntivos

- Faringoamigdalitis aguda
- Convulsión febril simple

Plan de trabajo

Cuando se terminó de evaluar al paciente, se trata de tranquilizar a la madre, quien estaba llorando y se encontraba intensamente angustiada por su hijo. Se le coloca una vía periférica al paciente por donde se le pasó Metamizol y Dexametasona, con eso bajó la temperatura llegó a 37.4 grados centígrados. Se ingresó al niño a observación con interconsulta a neurología pendiente para estudio. Ya en la mañana llega el servicio de neurología a evaluar el caso, se le realiza un encefalograma y un examen detallado de sistema nervioso. Al concluir con estos exámenes se concluyó ausencia de alteraciones a nivel del sistema nervioso central y lo diagnostica como convulsión febril. Dada la conclusión se le da de alta al paciente explicándole a la mamá lo sucedido.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”, perteneciente a la Dirección de Sanidad de la Marina (DISAMAR), es una entidad que presta servicio de Salud, está categorizado como centro de nivel III. Esta entidad fue inaugurada un 4 de julio de 1956.

La DISMAR contempla una serie de instalaciones médicas de diversos grados de complejidad, siendo el Centro Médico Naval, la principal. Este hospital está ubicado en Avenida Venezuela s/n, distrito de Bellavista perteneciente a la provincia constitucional del Callao. Este centro, al ser de nivel III-1, es responsable de recibir referencias de otros centros pertenecientes a DISAMAR, pero que son de menor complejidad (3).

El Centro médico Naval cumple con la función de otorgar una atención integral de salud de calidad a toda persona asegurada de la marina, tanto personal en actividad, como en retiro y familiares con derecho (3).

Por el motivos de la pandemia causada por la infección por el SARS-COV2 se implementaron cambios en el hospital, siendo uno que se ha mantenido hasta la fecha la colocación de la “Carpa COVID” ubicada al costado de la capilla principal del hospital, en esta carpa se encuentra un médico de guardia que atiende exclusivamente a paciente con sintomatología que previamente han salido positivos a infección por SARS-COV2. Adicional también que todo paciente adulto que acude por emergencia con sintomatología respiratoria, previamente debe acudir a la carpa a descartar la infección.

El Hospital Nacional Hipólito Unanue fue inicialmente fundado como iniciativa de la división de lucha antituberculosa del ministerio de salud, con el objetivo de realizar una atención oportuna y brindar un tratamiento a los pacientes infectados con la tuberculosis, una enfermedad que ha ocasionado una gran cantidad de muertes desde hace muchas décadas; en el año 1949 fue fundando como “hospital sanatorio nº 1 para pacientes con tuberculosis” en el fundo “bravo

chico”, que fue adquirido como propiedad del estado 5 años antes (4).

El hospital fue construido en un área de 15,161m² con inicialmente un total de 418 camas, bajo una estructura con una fuerte influencia francesa y con una construcción horizontal, durante el año de 1962 cambió su nombre al de “hospital de tórax” con la creación de varios departamentos como el de neumología, cirugía de tórax, ginecología y obstetricia, laboratorio, radiología, entre otros; en el año de 1972, diez años después, se convierte en un hospital docente, creando un convenio con la UNFV que ha durado hasta la actualidad, con el pasar de los años el hospital fue actualizándose con varias unidades únicas en ese entonces dentro del país, como el instituto nacional de cirugía de tórax y cardiovascular.

En el año de 1991 cambio su nombre al del “Hospital Nacional Hipólito Unanue” que ha conservado hasta la actualidad, con el pasar de los años se fueron creando distintos servicios y unidades que ahora son altamente conocidos dentro del hospital, como el servicio de neonatología, la creación del pabellón de emergencia, los remodelamientos constantes de los consultorios externos de distintos servicios; el hospital es de categoría III-1, siendo la cabeza de red de la DIRIS lima este y también siendo el hospital de referencia por excelencia de la misma DIRIS, atiende a la población proveniente de distintos distritos pertenecientes a la DIRIS lima este, como son la molina, ate vitarte, el agustino, Santa Anita, Lurigancho – Chosica, Cieneguilla, Pachacamac y parte del distrito de san juan de Lurigancho (4).

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.I. ROTACIÓN POR CIRUGÍA

III.I.1. Caso clínico número 1

Con respecto al primer caso descrito anteriormente de la rotación por cirugía general de llega al diagnóstico de **diverticulitis aguda complicada** Hinchey de grado 3. La Diverticulitis es una patología que afecta el colon principalmente al colon sigmoides, causada por la inflamación de divertículos presentes en esa zona (5). Los divertículos colónicos se definen como protrusiones de tejido por la capa muscular del colon, estos son más frecuentes en el sigmoides y estos aparecen generalmente a lo largo de la vida de una persona, presentándose con mayor frecuencia en personas mayores de 60 años. Dentro de los factores de riesgos para padecer de Diverticulitis aguda se encuentran: la genética, el tabaco, la obesidad y la edad, siendo estas 2 últimas, los factores principales.

Las manifestaciones clínicas del paciente mostrado en el caso número 1 de la rotación de cirugía fueron dolor abdominal de severa intensidad (8/10) que lo referían como difuso, pero más intenso en fosa iliaca izquierda, asociado también a sensación de alza térmica y fiebre sintomatología que nos da la sospecha de una Diverticulitis aguda (6).

Para el diagnóstico, la sospecha clínica va primero y luego pedimos una prueba de imagen para confirmar la sospecha, en este caso se le pidió una tomografía contrastada de abdomen, donde se confirma el diagnóstico planteado. Con la tomografía se puede clasificar por gravedad a la Diverticulitis aguda. Esta clasificación es la llamada Hinchey (7). Esta clasificación es usada para medir el grado de severidad de la enfermedad y también para optar por un manejo adecuado. En el caso del paciente se vio que era compatible con una clasificación Hinchey 3 que se traduce como peritonitis purulenta generalizada, lo cual indica manejo quirúrgico que consiste en resección del colon sigmoides y realización de una colostomía tipo Hartman con un lavado peritoneal y antibioticoterapia por al menos 10 días (6).

III.1.2. Caso clínico número 2

El segundo caso mencionado es de un paciente de 25 años que corresponde a una **apendicitis aguda**, la apendicitis aguda constituye una de las principales causas de síndrome doloroso abdominal de origen no traumático con intervención quirúrgica, teniendo una incidencia anual de 139.54 por cada 100 000 personas (8), las causas etiológicas de una apendicitis aguda pueden variar, desde fecalitos hasta parásitos (como el *Enterobius Vermicularis*), pero todas tienen en común el compromiso de la luz vesicular donde ocurren las 4 etapas de la apendicitis: simple o catarral, flemosa o fibrinosa, gangrenosa y finalmente la perforada; esta última con compromiso peritoneal por derrame de contenido en la cavidad.

El cuadro clínico de la apendicitis aguda se caracteriza por un dolor abdominal progresivo en cuanto a intensidad en un lapso de entre 12 a 24 horas aproximadamente, donde inicialmente puede ubicarse en epigastrio o mesogastrio, para luego de 6 a 12 horas, migre el dolor hasta ubicarse en fosa iliaca derecha (aunque no es patognomónico de esta enfermedad), que puede asociarse a hiporexia o anorexia, náuseas, vómitos, fiebre, cambios en el hábito defecatorio como la constipación o la diarrea (9), también puede haber sintomatología urinaria, como disuria o urgencia miccional. El cuadro de la apendicitis aguda también incluye signos patológicos, se han descrito una gran variedad de signos, algunos de los más conocidos son el signo de Rovsing, el signo del Psoas, el signo de Dunphy y el signo del obturador (8). La escala de Alvarado es útil para una aproximación diagnóstica de la enfermedad, donde al indicar un puntaje superior a 7 da con una gran certeza el diagnóstico de apendicitis aguda.

En cuanto a los exámenes auxiliares para el diagnóstico de la apendicitis aguda estos pueden incluir la imagenología de forma escalonada, que inicialmente constituye la ecografía abdominal donde patológicamente se puede encontrar un apéndice con un calibre de 7 mm o mayor a este, que puede adoptar una forma de diana debido a la presencia del edema submucoso (9); la siguiente evaluación se hace con una tomografía donde se pueden visualizar los mismos hallazgos

que en la ecografía, además que a diferencia de la ecografía, es útil para el hallazgo de una apendicitis retrocecal; el último escalón corresponde a la resonancia magnética donde además de lo antes mencionado, permite un detalle más preciso del cuadro, además de otros hallazgos y posibles complicaciones del cuadro. El laboratorio también apoya al diagnóstico cuando los resultados arrojan una leucocitosis mayor a 10 mil células/mm³ con desviación a la izquierda, además de una proteína C reactiva superior a 1.5 mg/l (8). El tratamiento principalmente es quirúrgico, y se basa en sus complicaciones, si las tiene o no, si es una apendicitis no complicada, usualmente se realiza una apendicetomía laparoscópica, como el caso de nuestro paciente; mientras que, si es una apendicitis complicada, se realiza una apendicetomía por laparotomía.

III.II ROTACIÓN POR MEDICINA

III.II.1 Caso clínico número 3

El tercer caso mencionado es el de un paciente de 18 años con diagnóstico de un **síndrome de Mallory-Weiss**, que consiste en uno o varios desgarros ocurridos en la unión gastroesofágica, siendo más común en varones, este síndrome es predispuesto por ciertos factores, como es el consumo de alcohol excesivo, ya que al menos un 50% de los casos son por esta causa, otros factores mencionados son la hiperémesis gravídica, la bulimia nerviosa, la pancreatitis, tos excesiva, consumo excesivo de cannabis y el ERGE (10), también existe la causa iatrogénica, que es consecuencia por ciertos procedimientos como son la endoscopia digestiva alta o la ecocardiografía transesofágica; este síndrome puede complicarse en los pacientes que presenten varices esofágicas o que estén diagnosticados con hipertensión portal (11).

El cuadro usual que se presenta en el síndrome de Mallory Weiss consta de epigastralgia, vómitos intensos y hematemesis, también pueden encontrarse otros síntomas como la melena o pirosis (10), algunos menos específicos como la taquicardia o el pulso filiforme, y en casos con compromiso hemodinámico se puede hallar hipovolemia o shock. En cuanto a su diagnóstico, la endoscopia

digestiva alta se considera el Gold Standard, también empleado para su tratamiento; pudiéndose encontrar a la endoscopia varios escenarios, como una costra de fibrina, presencia de un coagulo o bien un sangrado activo localizado en el desgarró, este desgarró usualmente es lineal y se ubica en la sección proximal de la curvatura menor estomacal; la angiografía esta aconsejada en los casos de difícil acceso o fracaso en el empleo de la endoscopia, para ubicar el sitio del sangrado (11).

El tratamiento del síndrome de Mallory Weiss consta de una correcta hidratación del paciente mediante un adecuado acceso endovenoso central o periférico, usando 1 o 2 vías dependiendo del estado de deshidratación del paciente, en los casos de anemia moderada a severa o incluso el shock hemorrágico esta aconsejado la transfusión de paquetes globulares; otros trastornos que también deben corregirse, de ser el caso, son los electrolitos séricos y el perfil de coagulación para la realización de la endoscopia. El tratamiento farmacológico se basa principalmente en la reducción de la acidez gástrica, mediante el uso de inhibidores de bomba de protones y bloqueadores H₂, y en el control de las náuseas y vómitos, mediante el uso de antieméticos como por ejemplo el Ondansetrón; para el tratamiento propio de la única o varias laceraciones que hay puede emplearse, a través de la endoscopia digestiva alta, la inyección local de epinefrina o de un agente esclerosante, la ligadura con banda, la electrocoagulación o la coagulación con plasma de Argón; por otra parte, puede emplearse un agente vasoconstrictor como por ejemplo la embolización transcatóter o la vasopresina mediante la angiografía en los casos de difícil acceso o sangrado activo que imposibiliten realizar la endoscopia; el último tratamiento en caso de fallo de la endoscopia y la angioterapia es el tratamiento quirúrgico, donde se realiza una sobrecostura laparoscópica de la lesión con guía endoscópica, otra alternativa es la compresión del tubo de Sengstaken-Blakemore (11).

III.II.1 Caso clínico número 4

En este caso de la rotación por medicina interna, se describe a un paciente que llega de la selva debido a aparición de úlceras con centro necrótico en áreas

expuestas. Debido al antecedente de Leishmaniasis del paciente, sospechamos de esta enfermedad, por lo que se le hace interconsulta a la especialidad de dermatología para que por medio de una biopsia se pueda llegar al diagnóstico definitivo y así poder llegar al correcto tratamiento.

Las **Leishmaniasis** se definen como las infecciones causadas por el protozoario que pertenece al género *Leishmania*. Este protozoario es transportado a los seres humanos por flebótomos del género *Lutzomya* (12).

La Leishmaniasis se puede clasificar según las manifestaciones clínicas que se presenten: Leishmaniasis cutánea se presenta con lesiones ulcerativas en piel que se dan en el lugar de la picadura por *Lutzomya*, las características de estas lesiones ulcerativas son: indoloras, con bordes elevados y eritematosos que empieza con una diminuta zona eritematosa en el punto de la picadura que tiene como evolución final, la presentación una úlcera, en la mayoría de casos, se presentan en zonas expuestas y con adenopatías. Dentro de las complicaciones que presenta la leishmaniasis cutánea, una de las más frecuentes es la sobreinfección bacteriana. Otros tipos de leishmaniasis son la mucocutánea, que es cuando comprende mucosas, y la visceral, que es cuando invade órganos internos (13).

Se puede llegar al diagnóstico mediante una biopsia de piel y generalmente se saca la muestra del borde de la lesión más activa y reciente. Con el resultado positivo, se plantea tratamiento. Para esto se emplean los antimoniales pentavalentes, en el hospital naval usamos el Estibogluconato sódico. Es importante saber que este medicamento tiene efectos adversos que son graves pero reversibles en diferentes aparatos y sistemas como a nivel cardiaco, renal, hepático y muscular (14). Por eso previamente de indicar el tratamiento es importante la evaluación por cardiología, así como también, pruebas de laboratorio que reflejen la función renal y hepática como TGO, TGP, TP, Albúmina, urea y creatinina. En el caso clínico detallado anteriormente antes de indicar el tratamiento se evaluaron la función cardiovascular con un electrocardiograma y los exámenes de laboratorio estaban sin alteraciones, por lo que se pudo dar el tratamiento de Estibogluconato sódico por 15 días. Estas

pruebas se repetían cada 5 días para monitorizar.

III.III ROTACIÓN POR GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA

III.III.1 Caso clínico número 5

El caso de la paciente de 37 años corresponde a una **hemorragia de la segunda mitad del embarazo** por placenta previa, la placenta previa es denominada a la condición donde la placenta está implantada en el orificio endocervical, su incidencia actual es de 1 por cada 200 embarazos a término a nivel mundial, existen una gran diversidad de factores de riesgo implicados en el desarrollo de la placenta previa como lo son las cesáreas previas, cirugías uterinas previas y las pérdidas previas de gestaciones; todas estas generarían una lesión endometrial continua además de una cicatrización uterina repetida, que explicaría la aparición de la placenta previa (15).

Su cuadro clínico se basa principalmente en sangrado uterino indoloro, intenso, activo y continuo que tiene su aparición en el tercer trimestre del embarazo, este sangrado no se encuentra usualmente asociado a actividad uterina, además que frecuentemente el cuadro se encuentra asociado a una situación infrecuente del feto como lo es que se encuentre en oblicuo o en transverso, la confirmación del cuadro se hace una ecografía transvaginal (16).

El tratamiento recomendado para estos casos con presencia de sangrado activo es terminar la gestación con un parto por cesárea, frecuentemente es aconsejable realizar una ecografía preoperatoria para encontrar con exactitud la ubicación placentaria y el correcto sitio de incisión uterina (15), en otras ocasiones se podría recurrir al trabajo de parto cuando la placenta se encuentra ubicada a 2 o más centímetros del orificio cervical; también existe un manejo expectante en el caso de las gestantes asintomáticas con placenta previa, donde su manejo es ambulatorio, como es el caso de nuestra paciente, este manejo extrahospitalario debe incluir una correcta comunicación y cercanía con su centro de atención, el apropiado apoyo por parte de su familia, además de un fácil transporte en caso de complicaciones (16).

III.III.2 Caso clínico número 6

Se mencionó un caso de una paciente de 57 años que es diagnosticada con **distopia genital**, el prolapso o distopia genital es definido como el descenso o desplazamiento de uno o varios órganos pélvicos, como por ejemplo la vagina o la vejiga, que es ocasionado por la falla de varios componentes suspensores y de sustentación, además que puede presentar varios grados (17). Existen varios factores que pueden permitir su aparición, como es la alteración del tejido conectivo, la multiparidad, el envejecimiento, la obesidad, que haya tenido una cirugía pélvica previa o que posea un aumento de larga data de la presión intraabdominal (18).

La clínica del prolapso varía de acuerdo al tipo de prolapso, órganos involucrados, el grado e intensidad de compromiso, por ejemplo, en los prolapsos leves, que son el grado I y a veces el grado II, vienen a ser hallazgos accidentales de rutina que solamente se acompañan de una sensación de bulto en los genitales cuando se realizan esfuerzos, sin mayor molestia; otros síntomas que podrían presentar estas pacientes podrían ser dolor en hemiabdomen inferior, dispareunia, disuria, polaquiuria, incontinencia urinaria al esfuerzo, tenesmo rectal, constipación, e incluso hemorragia, como se mencionó anteriormente, todo dependerá de los órganos involucrados en la distopia (17). En cuanto al diagnóstico se basa principalmente en una correcta y detallada anamnesis que incluya sobretodo el historial obstétrico de la paciente, una evaluación ginecológica apropiada, el uso de un sistema de clasificación, usualmente en la mayoría de ocasiones se usa el sistema POP-Q debido a su alta eficacia al evaluar estos cuadros, y también el uso de los análisis complementarios como es la analítica y la ecografía (18).

El tratamiento puede ser quirúrgico o no quirúrgico, la elección dependerá de la implicancia del estilo de vida y el cuadro clínico que presente la paciente, si es que es sintomatológica y afecta su vida, se recurrirá a la cirugía, puede ser colpoplastia anterior o a la cirugía con mallas si es que la ubicación es en el compartimento anterior, si es que es en el compartimento apical se podrá recurrir a la histerectomía vagina, la colposacropexia o la de abordaje vagina, la

operación de Manchester o a la cirugía con conservación de cérvix uterino, y si es que es en el compartimento posterior se usara la colpoplastia anterior (18).

III.VI ROTACIÓN POR PEDIATRÍA

III.VI.1 Caso clínico número 7

El presente caso describe a un niño de 06 años que llega por un cuadro de diarrea, vómitos, por eso se plantea del diagnóstico de **gastroenterocolitis aguda**. Esta enfermedad se define como un cuadro de disminución de consistencia de heces con aumento de la frecuencia defecatoria que puede también venir con fiebre y con cuadros de vómitos en un tiempo menor de 2 semanas (19). El paciente presentó toda esta sintomatología, se sabe por bibliografía que las diarreas agudas en pediatría son causadas más frecuentemente por cuadros virales, siendo el rotavirus el agente más frecuente, en segundo lugar, por bacterias, donde las más frecuentes fueron *Campylobacter*, *Salmonella* y *Echerichia Coli* y en menos frecuencia, son cuadros de parasitosis.

En el caso detallado se menciona que la madre evidencia rastros de sangre en heces, por lo cual se clasificaría como una diarrea disentérica. En el diagnóstico es importante la clasificación para poder tratarla adecuadamente, ya que, una diarrea disentérica generalmente es causada por bacterias como *Campylobacter* o *Shigella*, debido a esta clasificación se le piden pruebas de laboratorio entre ellas, prueba para *Campylobacter* ya que esta infección se asocia a crianza de aves de corral (20), encontrándose *Campylobacter* positivo. El tratamiento para esta infección de elección es Azitromicina y reposición de pérdidas, debido a que también se presentó fiebre y náuseas con vómitos se le aplicó metamizol y dimenhidrinato por esa misma vía (19).

El paciente presenta signos de deshidratación como signo de pliegue, ojos hundidos y lengua y mucosas secas, lo catalogamos como deshidratación moderada- severa y se le indica hidratación endovenosa. Debido a que no toleró bebidas ni alimentos por vía oral se procedió a hospitalizarse (21). Durante su

hospitalización tuvo una evolución favorable, llegando a tolerar vía oral, una vez esto se procede al alta del paciente.

III.IV:2 Caso clínico 8

Las **convulsiones febriles** se definen como un trastorno neurológico que parece dentro de los primeros años de vida, generalmente hasta los 5 años en donde es necesario que sea desencadenado por un cuadro febril con una temperatura mayor a 38 grados centígrados; en adición, este trastorno no debe ser causado por infecciones del sistema nervioso, anomalías neurológicas o alteraciones metabólicas. Según sus manifestaciones, estas pueden ser clasificados en simples o complejas. El caso previo detalló a un paciente febril de 2 años, que presenta movimientos involuntarios, estas manifestaciones son características son compatibles con convulsión febril ya que cuenta con características como el rango de edad que es de 6 meses a 5 años, se presentó en las primeras 24 horas desde que se presentó la fiebre, las más frecuentes son las tónico-clónicas (22). En este caso clínico se decide hospitalizar al niño y realizarle un electroencefalograma, mas, la literatura nos refiere que no existe justificación para hacerlo si es que a la exploración física y neurológica es normal. Este procedimiento se realizó para poder descartar alguna alteración neurológica.

El riesgo de recurrencias, se ha visto que aproximadamente un 40% de pacientes cursan con un nuevo cuadro de convulsión febril, la probabilidad está estrechamente relacionada con la edad ya que se ha visto más frecuencia de recurrencia en menores de 1 año, también si es que la primera convulsión febril fue causada por una temperatura menor a 38 grados centígrados, y finalmente en crisis febriles atípicas. Aunque es poco probable, pacientes que desarrollan crisis febriles pueden tener un riesgo de desarrollar epilepsia en un 2 a 10% (23).

Generalmente, como en el caso detallado, las convulsiones febriles duran poco tiempo es muy frecuente que lleguen a la emergencia cuando la convulsión ya haya cedido, en estos casos se baja la temperatura y se trata el foco febril (22).

Para el tratamiento de casos activos, dependerá si se cuenta o no con una vía

periférica, si es que en el caso no se tuviera una vía, se puede hacer uso de Midazolam transmucosa nasal, transmucosa oral o intramuscular. Si es que contamos con vía periférica, el fármaco de primera línea es el Diazepam IV (22). En el caso clínico expuesto, paciente llegó cuando ya había remitido el cuadro convulsivo, por lo que no se necesitó uso de anticonvulsivantes y se trató con un antipirético y analgésico como el metamizol y corticoide por la inflamación a nivel orofaríngeo.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico que se dio durante los años 2022-2023 trajo consigo un periodo de cambio en el que el estado de emergencia nacional ocasionado por la pandemia causada por la infección por SARS-COV2 iba llegando a su fin. Los internos trabajan todos los días incluyendo feriados y domingos en especialidades como cirugía o medicina interna, no siendo así en servicios de pediatría y ginecología. Los horarios eran distintos en cada especialidad, generalmente la salida en el servicio de cirugía era a las 18:00 horas, mientras que en ginecología-obstetricia era a las 14:00 horas. Esto se debía a la cantidad de pacientes y también de pendientes que teníamos en cada rotación.

La primera rotación que realizamos fue en el área de cirugía, la segunda fue en el área de medicina interna, luego en ginecología-obstetricia y finalmente en pediatría, este orden nos ayudó a tener más tiempo libre desde el mes de noviembre pudiendo así afianzar conocimientos y poder repasar para así prepararnos mejor para rendir el examen nacional de medicina (ENAM).

Hubo algunas dificultades durante la rotación por el área de cirugía ya que desde que empezamos el internado, la sala de operaciones del Centro Médico Naval estaba en mantenimiento y realizaban los procedimientos quirúrgicos en la sala de partos, que fue implementada correctamente como una sala de operaciones. Esto trajo complicaciones ya que solo hay dos salas de partos, por esta razón, los procedimientos quirúrgicos eran muy reducidos, cambiando este contexto en el mes de octubre cuando reabrió sala de operaciones.

Otra dificultad durante la última etapa de la carrera fue la duración del internado la cual desde el 2020 se redujo a 10 meses, con esto, se acortó el tiempo de rotación en cada rotación lo cual se pudo solucionar con un externado voluntario para los que querían aumentar la experiencia práctica.

CONCLUSIONES

El internado médico se considera como la fase más crítica de la etapa de un estudiante de medicina, aquí es donde se afianzan los aprendizajes acumulados durante toda la carrera de medicina y es obligatorio hacerlo durante séptimo año de la carrera en cualquier universidad. Este se da en diversas sedes hospitalarias y con el tiempo se ha modificado para poder adaptarse al cambio que trajo la pandemia por la infección del SARS-COV2.

Esta etapa es caracterizada porque el estudiante de medicina se relaciona directamente con cada paciente de su servicio, es testigo de su evolución y también se relaciona directamente con otros profesionales de la salud, de los cuales es importante aprender todo lo posible de ellos. También es conocida como la última etapa para aprender debido a los numerosos casos presentados en el hospital, los cuales son muy variados e individuales, es importante conocer la infraestructura de los diferentes servicios que ofrece el hospital para el respectivo aprendizaje del interno.

El internado que nos tocó cursar por este año tuvo algunos inconvenientes, estos fueron principalmente debido a la pandemia por la infección por el SARS-COV2, siendo uno de los más notorios el corto tiempo que abarcó el internado teniendo una duración de 10 meses, y que hasta el momento no se ha podido reestablecer el rango de tiempo en el que se daba anteriormente, quitándole a los internos oportunidades de afianzar correctamente los conocimientos que se aprendían en un internado médico regular de 12 meses.

En la experiencia ganada en el hospital, se ven muchos casos clínicos que incluyen diversas patologías que el personal de salud no está exento de recibirlas y manejarlas, por lo cual, durante la etapa del internado médico es esencial adquirir conocimientos y habilidades fundamentales para que el futuro médico tenga un adecuado desenvolvimiento durante el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) y también a lo largo de su vida profesional. Parte de estos conocimientos fueron reforzados mediante actividades académicas tales como discusión de casos clínicos y exposiciones programadas, ya sean

virtuales o presenciales, acerca de las patologías más comunes que veíamos durante nuestra rotación, estas actividades estaban a cargo de residentes y asistentes de los distintos servicios en los que duró nuestra pasantía.

Finalmente se concluye que, a pesar de las diversas limitaciones que se presentaron durante el desarrollo del internado médico, tales como la pandemia causada por la infección del SARS-COV2 y el tiempo reducido de la pasantía; fue una experiencia satisfactoria y conforme a nuestros objetivos planteados desde nuestro punto de vista tanto personal como profesional.

RECOMENDACIONES

Dado lo expuesto es recomendable que, el futuro interno de medicina humana tenga la resiliencia frente a los diversos obstáculos y situaciones que pueda afrontar durante su internado médico, ya que, en nuestro caso tuvimos que adaptarnos a una normalidad diferente.

Es fundamental que las distintas actividades académicas brindadas por los profesionales de la salud de cada servicio continúen, esto ayuda al futuro interno de medicina a afianzar conocimientos sobre diversos temas que no solo le ayudarán para dar un adecuado Examen Nacional de Medicina (ENAM), si no, también en su desenvolvimiento durante el SERUMS y su futura vida profesional. Esto es importante, ya que, la mayoría de las veces no se les brinda la suficiente atención ni tiempo para su realización y pasan a segundo plano debido a trámites técnicos y administrativos.

Es aconsejable que las distintas sedes hospitalarias donde se realiza el internado médico generen una mejoría en su infraestructura tanto para una correcta y adecuada atención de pacientes ambulatorios y hospitalizados, como también un adecuado ambiente para la atención que es dada por el personal de salud que labora en dichos lugares.

Finalmente, es importante reestablecer el periodo (12 meses) en el que se efectuaba el internado médico, para brindar a los internos oportunidades de rotar en otras especialidades diferentes y además afianzar correctamente los conocimientos obtenidos durante la experiencia.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Tapia R. Núñez M. Syr P. Rodríguez A. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano. *Educ Med Super.* 2007; 21 (4).
2. Sanchez A. Flores R. Urbina R. Et al. Expectativas y realidades del internado médico de pregrado. Un estudio cualitativo. *Investigación en Salud.* 2008; 10 (1): 14 - 21.
3. La Marina de Guerra del Perú. Dirección de Salud del Centro Médico Naval. 2021.
4. Hospital Nacional Hipólito Unanue. Información institucional. Reseña histórica.
5. Aller R. Enfermedad diverticular del colon. *Rev. esp. enferm. dig.* 2005; 97(6): 458 - 458.
6. Samaniego C. Rodríguez G. Rojas N. Ojeda O. Chaparro D. Retroneumoperitoneo y celulitis retroperitoneal: complicaciones inusuales de la enfermedad diverticular del colon. *Rev. Cir. Parag.* 2016; 40 (2): 31 - 33.
7. Roccatagliata N. Rodríguez L. Guardo L. Larrañaga V. Espil G. Vallejos J. Revisión de la clasificación de Hinchey (diverticulitis) y su correlación terapéutica. *Rev. argent. radiol.* 2020; 84 (4): 123 - 129.
8. Hernández J. León J. Martínez M. Guzmán J. Palomeque A. Cruz N. et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cir. Gen.* 2019; 41(1): 33-38.
9. Murúa O. González M. Apendicitis aguda: anatomía normal, hallazgos por imagen y abordaje diagnóstico radiológico. *Rev Med UAS;* 2020; 10 (4): 222 – 232.
10. Délano R. Herrera J. Vera A. et al. Síndrome de Mallory-Weiss: Reporte de caso y breve revisión de la literatura. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM.* 2019; 62 (5): 16 – 20.
11. Rawla P. Devasahayam J. Síndrome de Mallory Weiss. *StatPearls Publishing.* 2022; 1 – 5.

12. Rosal T. Baquero F. García M. Leishmaniasis cutánea. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2010; 12 (46): 263 - 271.
13. Samir W. Centeno Dercy. Arteaga K. Depaz E. Revisión clínica y epidemiológica de la leishmaniasis tegumentaria en una región central del Perú. *Rev. chil. infectol*. 2019; 36 (6): 707 - 715.
14. Cabrejos J. Lisigurski M. Briones J. Castañeda W. Paima K. Quezada E. Tratamiento de leishmaniasis cutánea andina con ketoconazol en dos zonas de alta incidencia del Departamento de Amazonas: reporte de casos. *Rev Med Hered*. 2002; 13(4): 144 - 147.
15. Silver R. Implantación anormal de la placenta: Placenta Previa, Vasa Previa, y Placenta Ácreta. *Series de Especialidad Clínica*. 2015; 126: 1 – 23
16. Avila S. Alfaro T. Olmedo J. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. 2016; 6 (3): 11 – 20.
17. Lagarejos S. Varela B. Sobrino V. PROLAPSO GENITAL. *Fundamentos de GINECOLOGÍA (SEGO)*
18. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prolapso de los órganos pélvicos. *Prog Obstet Ginecol* 2020; 63 (1): 54 – 59.
19. Gonzales C. Bada C. Rojas R. Bernaola G. Chávez C. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en pediatría Perú - 2011. *Rev. gastroenterol. Perú*. 2011; 31 (3): 258 - 277.
20. Rodríguez V. Guzmán L. Verjan N. *Campylobacter* spp. en productos aviares y su impacto en salud pública. *CES Medicina Veterinaria y Zootecnia*. 2015; 10 (2), 203 - 213.
21. Povea E. Hevia D. La enfermedad diarreica aguda. *Rev Cubana Pediatr*. 2019; 91(4): 1 - 5.
22. Ruiz M. Convulsiones febriles. *Acta pediátrica de México*. 2015; 36 (5): 424-427.
23. Leung A. Lane W. Convulsión febril. *Rev Soc Bol Ped* 2007; 46 (1): 47 – 50.