



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
SAN BARTOLOME Y EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN EN EL PERIODO 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

WILMER MARTIN CASTILLA MEDINA

ASESOR

JUAN MERCEDES JAQUE ALONSO

LIMA - PERÚ

2023



**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 SAN BARTOLOME
Y EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN EN EL PERIODO 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
WILMER MARTIN CASTILLA MEDINA**

**ASESOR
DR. JUAN MERCEDES JAQUE ALONSO**

LIMA-PERÚ

2023

JURADO

PRESIDENTE: Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

MIEMBRO: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

MIEMBRO: Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

En primer lugar, agradecer a Dios por haberme puesto en este camino y permitirme culminar esta hermosa carrera. Asimismo, dedicarles este trabajo a mis padres Wilmer y Patricia y a mi hermano Víctor agradecerles por estar conmigo siempre, por su amor incondicional, por sus consejos y motivación constante. Gracias a mi familia, amigos y a mis docentes por el apoyo y la comprensión durante estos años de estudio. Dedicarles también a mis abuelos en el cielo, a mi abuela Lilia Aparcana y de manera especial a mi abuelo Faustino Castilla, gracias por inculcarnos el amor por la medicina y por dejarnos este gran legado, “el que estudia, triunfa”.

WILMER MARTIN CASTILLA MEDINA

AGRADECIMIENTO

Agradecer especialmente a la Facultad de medicina humana de la Universidad San Martín de Porres, por el compromiso con sus alumnos durante todos estos años de estudio, por brindarnos conocimientos no solo científicos sino, también formarnos con valores y ética profesional para nuestra futura práctica Médica y para la vida.

Agradecer también a la Clínica Universitaria por haber sido mi sede principal y permitirme formar parte de tan honorable institución. La cual juntamente con la universidad gestiono rotaciones externas en las cuales pude adquirir conocimientos que complementaron mi formación en el internado.

Del mismo modo agradecer al Hospital Nacional docente Madre Niño san Bartolomé y al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión por los conocimientos brindados en cada una de las áreas y tópicos en las cuales me desarrollé como interno de medicina, también por permitirme desarrollar capacidades y valores que contribuyeron a mi formación.

INDICE

Índice

JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
INDICE	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	viii
INTRODUCCION	xi
CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
ROTACION POR GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.....	1
ROTACION POR PEDIATRIA.....	4
ROTACION POR CIRUGIA GENERAL.....	7
ROTACION POR MEDICINA INTERNA.....	11
CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	15
CAPITULO III: APLICACION PROFESIONAL	17
ROTACION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	17
ROTACION DE PEDIATRIA.....	18
ROTACION DE CIRUGIA GENERAL.....	20
ROTACION DE MEDICINA INTERNA	23
CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.....	25
CONCLUSIONES.....	26
RECOMENDACIONES	27
FUENTES DE INFORMACIÓN	28

RESUMEN

El desarrollo del internado médico se da en el último año de la carrera de medicina humana, es considerado quizás la etapa más importante de la carrera ya que es el periodo en el cual el alumno aplica todas las bases prácticas y teóricas aprendidas en los 6 años anteriores.

El internado médico se divide en 4 grandes especialidades como son: Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía General y Medicina interna, especialidades que contribuyen con conocimientos fundamentales para el perfil de un médico cirujano.

En el presente trabajo de suficiencia profesional, se da a conocer parte de las experiencias vividas en el internado médico por parte del autor. Así mismo describe casos clínicos que se presentaron en las 4 especialidades ya mencionadas en los hospitales: San Bartolomé y Hospital Daniel Alcides Carrión en el periodo 2022 – 2023.

Objetivo: describir las experiencias y la forma adecuada de enfocar y afrontar los diferentes casos clínicos presentados en el internado médico.

Metodología: se describieron las experiencias obtenidas, así como los casos clínicos presentados en cada rotación durante el internado médico.

Resultados: Caso 1: paciente mujer de 21 años presenta sangrado por vía vaginal y dolor en hipogastrio, impresión diagnóstica: aborto incompleto. Caso 2: paciente femenina de 23 años presenta flujo abundante blanquecino, dispareunia y prurito en zona vaginal, impresión diagnóstica: vulvovaginitis por *Candida albicans*. Caso 3: paciente varón de 6 años 4 meses presentó fiebre y movimientos tónico-clónicos, impresión diagnóstica: convulsión febril simple. Caso 4: paciente de 8 meses 11 días presentó deposiciones líquidas sin sangre, ni moco, fiebre y malestar general, impresión diagnóstica: enfermedad diarreica aguda. Caso 5: paciente mujer de 35 años presentó dolor intenso en hipocondrio derecho, acompañado de náuseas y vómitos, impresión diagnóstica: colecistitis crónica calculosa. Caso 6: paciente varón de 60 presentó masa en región inguinal izquierda, dolor e incomodidad para deambular, impresión diagnóstica: hernia inguinal mixta. Caso 7: paciente mujer de 27 años presentó tenesmo, disuria y fiebre, acompañado de dolor lumbar de moderada intensidad, impresión diagnóstica: ITU. Caso 8: paciente varón de 20 años presentó lesión en cara interna de pierna izquierda, aumento de volumen, signos de

flogosis, dolor al caminar, impresión diagnóstica: celulitis de miembro inferior izquierdo.

Conclusiones: El internado médico es la etapa fundamental para consolidar y completar los conocimientos adquiridos durante la carrera de medicina humana.

Palabras clave: internado médico, experiencia, conocimientos.

ABSTRACT

The development of the medical internship occurs in the last year of the human medicine career, it is considered perhaps the most important stage of the career since it is the period in which the student applies all the practical and theoretical bases learned in the 6 years previous. In addition, it is the stage in which different competencies are developed, such as a good doctor-patient relationship, medical decision-making in hostile scenarios or being able to reach accurate diagnoses based on the patient's clinical history and with the support of complementary tests.

The medical internship is divided into 4 major specialties such as: Obstetrics and Gynecology, Pediatrics, General Surgery and Internal Medicine, specialties that contribute with fundamental knowledge for the profile of a surgeon.

In the present work of professional sufficiency, part of the experiences lived in the medical internship by the author is disclosed. It also describes clinical cases that occurred in the 4 specialties already mentioned in the hospitals: San Bartolomé and Hospital Daniel Alcides Carrión in the period 2022-2023.

Objective: to describe the experiences and the appropriate way of approaching and dealing with the different clinical cases presented in the medical internship.

Methodology: the experiences obtained were described, as well as the clinical cases presented in each rotation during the medical internship.

Results: Case 1: a 21-year-old female patient presented vaginal bleeding and hypogastric pain, diagnostic impression: incomplete abortion. Case 2: a 23-year-old female patient presented abundant whitish discharge, dyspareunia and itching in the vaginal area, diagnostic impression: vulvovaginitis due to candida albicans. Case 3: male patient aged 6 years 4 months presented fever and tonic-clonic movements, diagnostic impression: simple febrile seizure. Case 4: a patient of 8 months and 11 days presented liquid stools without blood or mucus, fever and general malaise, diagnostic impression: acute diarrheal disease. Case 5: a 35-year-old female patient presented intense pain in the right upper quadrant, accompanied by nausea and vomiting, diagnostic impression: chronic calculous cholecystitis. Case 6: a 60-year-old male patient presented a mass in the left inguinal region, pain and discomfort when walking, diagnostic impression: mixed inguinal hernia. Case 7: a 27-year-old female patient presented tenes, dysuria and fever, accompanied by low back pain of moderate intensity, diagnostic impression: UTI. Case 8: a 20-year-old male patient presented a

lesion on the inside of the left leg, volume increase, signs of phlogosis, pain when walking, diagnostic impression: cellulitis of the left lower limb.

Conclusions: The medical internship is the fundamental stage to consolidate and complete the knowledge acquired during the human medicine career.

Keywords: medical internship, experience, knowledge.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOME Y EL
HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**

AUTOR

WILMER MARTIN CASTILLA MEDINA

RECuento DE PALABRAS

9577 Words

RECuento DE CARACTERES

54253 Characters

RECuento DE PÁGINAS

41 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

84.2KB

FECHA DE ENTREGA

May 19, 2023 8:42 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 19, 2023 8:47 AM GMT-5

● **17% de similitud general**

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

- 17% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



DR. JUAN MERCEDES JAQUE ALONSO

DNI:06855034

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-0702-042X>

INTRODUCCION

La fase final de la carrera de medicina humana es el internado médico, periodo en el cual el alumno a puertas de convertirse en Médico – cirujano pone en practica todos los conocimientos teóricos y prácticos aprendidos en los años anteriores en el ámbito nosocomial. Además, es la etapa en la cual se desarrollan diferentes competencias como una buena relación médico-paciente, la toma de decisiones medicas ante escenarios hostiles o el poder llegar a diagnósticos certeros en base a la clínica del paciente y apoyándose en los exámenes complementarios.

El internado medico es parte fundamental en la formación académica, no solo en la parte medica sino también en la parte humana, en donde se desarrolla empatía y respeto por el paciente. Así mismo en la convivencia diaria con el personal de salud se aprende a trabajar en equipo, respetando y valorando el trabajo de cada uno, trabajando unidos bajo los principios de ética profesional por el bien de los pacientes a pesar muchas veces de no contar con los recursos necesarios. Pero es ahí donde se forjan habilidades para afrontar diferentes adversidades en el ámbito hospitalario.

Ahora bien, en el contexto de la pandemia por el COVID – 19 trajo consigo la perdida de prácticas hospitalarias durante los años anteriores al internado, teniendo así que adecuarse a las nuevas modalidades de estudio de tipo virtual. del mismo modo, el acortamiento del internado a solo 10 meses reduciendo así también nuestras horas de práctica, pero a pesar de todo, se aprovecharon al máximo las horas de internado para poder complementar, concretar y desarrollar los conocimientos y destrezas necesarias para un Médico – cirujano en la practica medica diaria.

El presente trabajo es una recopilación de cada experiencia vivida por el autor, así como la descripción de 8 casos clínicos presentados durante el periodo de su internado medico desarrollado en las 4 grandes especialidades médicas. En el Hospital Nacional madre Niño San Bartolomé en las áreas de ginecología y obstetricia y Pediatría; y en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en las áreas de Cirugía General y Medicina interna.

CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

Este capítulo se relatarán 8 casos clínicos, los cuales se presentaron durante la estancia del autor, en cada una de las cuatro grandes especialidades en el Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé y el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

ROTACION POR GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

La rotación por esta especialidad se dio en el Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé, empezó el 1 de junio del 2022 y culminó el 15 de agosto del 2022, en el cual cada interno pasaba por áreas como emergencia, sala de operaciones, alojamiento conjunto, sala de alto riesgo y centro obstétrico. El horario de asistencia era de 5:30 am a 6:30pm, con guardias que se realizaba cada 3 días, las comprendían desde las 2:00pm del día anterior hasta las 8:00 am del día siguiente.

Caso clínico N° 1

Paciente mujer de 21 años procedente del distrito de Rímac, con un tiempo de enfermedad de +/- 6 horas, quien refiere haber notado sangrado abundante de color rojo intenso, sin mal olor por el conducto vaginal acompañado de dolor intenso tipo cólico (EVA 8/10) en hipogastrio, por lo cual acude a emergencia del hospital San Bartolomé.

Niega antecedentes personales y quirúrgicos relevantes.

Antecedentes ginecológicos: menarquia: a los 13 años, IRS: 17 años, número de parejas sexuales: 3, fecha de última regla: no refiere, no es usuaria de métodos anticonceptivos.

Examen físico:

Aparente regular estado general, de hidratación y nutrición

Funciones vitales: PA: 118/75 FC: 88x' FR: 22x' SAT:98% peso:68kg T°:36.3

Piel y tejido celular subcutáneo: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 segundos, no lesiones, no adenopatías.

Sistema respiratorio: tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Sistema cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, con buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: blando/depresible, RHA (+), doloroso a palpación profunda en hipogastrio. No signos peritoneales

Genito – urinario: PRU (-) PPL (-)

Examen ginecológico: se evidencia sangrado activo en gran cantidad con presencia de coágulos, en cuanto al tacto vaginal se encontró el orificio cervical tanto interno como el externo abierto.

Ecografía transvaginal: se realiza una ecografía transvaginal a la paciente en donde se evidencia: un útero de 84 x 63 x 68 mm, en posición antero-flexión, un endometrio de 33 mm con contenido heterogéneo, ovario derecho de 32 x 33 x 29, ovario izquierdo de 34 x 28 x 30, en fondo de saco de Douglas presencia de líquido libre de 23 mm.

Exámenes de laboratorio: grupo y factor: o+, leucocitos: 13 000, plaquetas: 190 000, Hemoglobina :8.4 gr/dl, glucosa: 88, creatinina: 0.7, urea: 20, examen de orina: normal.

Impresión diagnóstica:

- Aborto incompleto
- Anemia moderada

Plan de trabajo:

Se transfundió 1 paquete globular y se preparó a la paciente para legrado uterino en sala de operaciones.

Se realizó el legrado uterino hallando: útero de 8.7 cm, restos Endouterinos de 140cc aprox. Sin olor fétido.

14 horas de realizado el legrado uterino, se procede al alta de la paciente y se le emiten indicaciones médicas. Se le receta ketoprofeno 100mg vía oral cada 8 horas por 3 días, doxiciclina 100mg vía oral cada 12 horas por 5 días, consulta en 1 semana por consultorio externo de Ginecología.

Caso clínico N° 2

Paciente de sexo femenino de 23 años natural del Cercado de Lima, con tiempo de enfermedad de +/- 25 días, quien relata que presenta flujo vaginal de color blanquecino en moderada cantidad, además refiere que desde hace 5 días presenta dolor al momento de tener intimidad con su pareja acompañado de ardor y escozor su área genital que va en aumento diariamente, refiere no haber tomado medicación para ello, por lo cual asiste a consultorio de ginecología en el Hospital San Bartolomé.

Niega antecedentes personales, antecedentes quirúrgicos: COLELAP (hace 2 años)

Antecedentes ginecológicos: menarquia: a los 11 años, IRS: 18 años, numero de parejas sexuales: 2, RC:6/30, FUR: hace 15 días refiere (no recuerda la fecha), usuaria del método del ritmo.

Examen físico:

Paciente en regular estado general, de hidratación y nutrición

Funciones vitales: PA:120/75, FC:98x', FR:20x', SAT:98%, T°:37.0, peso:76.3 kg

Piel y tejido celular subcutáneo: piel tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundo, palidez (-), no lesiones

Tórax y pulmones: amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Sistema cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, con buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: blando/depresible, RHA (+), no doloroso ala palpación. No signos peritoneales

Aparato genito urinario: PPL (-) y PRU (-)

Examen ginecológico: genitales externos de apariencia eritematosa, conducto vaginal amplio, elástico, presencia de fluido vaginal abundante de color blanquecino de consistencia grumosa, sin mal olor. Cuello uterino: consistencia fibromuscular, móvil, doloroso ala movilización, de posición antero-flexión.

Especuloscopia: secreción blanquecina de tipo placas distribuidas y adheridas a cuello uterino.

Impresión diagnostica:

Vulvovaginitis candidásica

Plan de trabajo:

Se requirió un cultivo de secreción vaginal en medio Nikerson y test de Whiff. se indico para el tratamiento clotrimazol en crema al 2% por 3 días e itraconazol 200mg por 3 días. Sacar cita por consultorio externo de ginecología en 1 semana con resultados de cultivo.

ROTACION POR PEDIATRIA

Del mismo modo que la primera esta rotación también se realizo en el Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé, inició el 16 de agosto del 2022 y culmino el 31 de octubre del 2022. El horario de asistencia era de 6:00 am a 2:00 pm, únicamente se realizaban guardias diurnas (12 horas en emergencia pediátrica) de acuerdo con el cronograma establecido. En esta especialidad el interno rotada por tópicos como emergencia pediátrica no COVID, hospitalización de niños, hospitalización de adolescentes. Además, contaban con la subespecialidad de Neonatología, la cual contaba con áreas como: atención inmediata (donde se realizaban las guardias de 12 horas al igual que en emergencia pediátrica), alojamiento conjunto y cuidados intermedios.

Caso clínico N°3

Paciente de sexo femenino de 6 años y 4 meses, proveniente del distrito de san juan de Lurigancho, quien es traída por su madre, quien refiere que su hija presentó fiebre valorada en 39.2 °C hace 48 horas y que la fiebre se mantuvo, por lo cual la madre refiere que le administro paracetamol en 2 oportunidades (refiere 1 pastilla blanca en cada ocasión). Refiere también que hace aproximadamente 40 minutos la menor presentó bruscamente movimientos involuntarios tipo tónico – clónicos, los cuales tuvieron alrededor de 8 minutos de duración. Por lo cual la madre decide traer a su menor hija por emergencia del hospital Nacional San Bartolomé.

Antecedentes personales: nacida por parto vaginal, eutócico, a las 39.2 ss., sin complicaciones. lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses, esquema de vacunación completo, niega RAMs.

Niega antecedentes familiares patológicos.

Niega antecedentes quirúrgicos.

Funciones biológicas:

- Apetito: disminuido
- Sed: conservada
- Diuresis: conservada
- Deposiciones: conservada
- Sueño: disminuido

Examen físico:

Aparente regular estado general, de hidratación y nutrición

Funciones vitales: PA:121/ 82mmHg,: FC:111x' FR:20x' SAT:98% T°:38.9 °C.

Piel: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar <2 seg, no ictericia, no cianosis, no palidez, no lesiones, no adenopatías.

Tórax y pulmones: tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos con buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: simétrico, plano, blando / depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, ruidos hidroaéreos (+), sonoridad conservada. No visceromegalia

SNC: despierto, LOTEP, Glasgow 15/15, no signos de focalización, no signos meníngeos.

Impresión diagnóstica:

- Convulsión febril a d/c simple vs compleja.

Plan de trabajo:

- se administró Metamizol 1gr. EV diluido y lento, medios físico y control de temperatura.

- paciente en observación

Seguimiento:

El paciente no presento alguna otra convulsión al estar en el área de observación, la temperatura se normalizo y se da de alta con indicaciones médicas.

Caso clínico N°4

Paciente de sexo masculino de 8 meses y 11 días, quien es llevada a emergencia del Hospital Nacional San Bartolomé por su madre, por presentar desde hace 3 días deposiciones líquidas de 4 a 5 cámaras por día aproximadamente, sin sangre y sin moco. Acompañado de malestar general. No refiere náuseas ni vómitos. Asimismo, la madre refiere que su hijo presentó fiebre cuantificada en 38.7 °C el día de ayer por la noche y le administro paracetamol en gotas.

Antecedentes personales: 9 controles prenatales, nacido por parto vaginal, eutócico a las 38 ss., sin complicaciones, peso al nacer:3500gr, talla al nacer:55cm. Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, esquema de vacunación completo para la edad.

Niega antecedentes familiares patológicos.

Niega antecedentes quirúrgicos.

Niega hospitalizaciones previas.

Funciones biológicas:

Apetito: disminuido

Sed: aumentada

Diuresis: disminuida

Deposiciones: aumentada

Sueño: disminuido

Examen físico:

Aparente regular estado general, de hidratación y nutrición

Funciones vitales: PA:122/81 mmHg,; FC:119 x' FR:45 x' SAT:98% T°:38.9 °C.

Piel: tibia, deshidratada, signo del pliegue positivo, llenado capilar <2 seg, leve palidez, no lesiones, no adenopatías.

Tórax y pulmones: amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos con buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: simétrico, plano, blando / depresible, leve dolor a palpación profunda en mesogastrio, ruidos hidroaéreos (+), sonoridad conservada. No visceromegalia

SNC: despierto, LOTEP, no signos de focalización, no signos meníngeos.

Impresión diagnóstica:

- EDA a d/c bacteriana vs viral
- Deshidratación moderada

Plan de trabajo:

Se administra suero de rehidratación oral de 50 a 100ml/kg peso en 3 a 4 horas y paciente en observación.

Se solicita reacción inflamatoria en heces

Seguimiento:

El resultado de la reacción inflamatoria revela 9 – 10 leucocitos, siendo un resultado negativo y evidenciando una etiología Viral. Paciente presenta mejoría, reversión de signos de deshidratación, buena tolerancia oral y disminución de cámaras. Se procede a alta con indicaciones medicas como continuar con la lactancia materna y se indica que de presentar signos de alarma acuda nuevamente al nosocomio por emergencia.

ROTACION POR CIRUGIA GENERAL

Esta rotación se dio en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, la cual inicio el 1 de noviembre del 2022 y finalizo el 15 de enero del 2023. El horario que se manejaba era de lunes a domingo de 5:30 am a 6:30 pm. El interno rotaba en el área de hospitalización, la cual estaba dividida en ala A y ala B, el ala A que era donde fue asignado el autor por ende tenía como días operatorios los jueves y sábados por lo que los pacientes programados debían estar debidamente preparados y con todos sus exámenes preoperatorios e interconsultas completos. Se realizaban guardias diurnas (de 6:30 am a 8:00pm) y guardias nocturnas (de 6:30pm a 8am) en tópico de emergencia.

Caso clínico N°5

Paciente de sexo femenino de 35 años, la cual manifiesta que desde hace 3 años ha tenido episodios de dolor en cuadrante superior derecho, de tipo cólico, con EVA 7/10, acompañado de náuseas y vómitos, justo luego de comer una cena o almuerzo copioso. Refiere que hoy en el desayuno comió pan con chicharrón y café, inmediatamente luego de ello empezó nuevamente el dolor, pero esta vez mas intenso

con EVA 9/10 por lo cual decide acudir por emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión.

Antecedentes personales: litiasis vesicular (hace 3 años)

Antecedentes familiares: padre: DM2, Madre: rinitis alérgica, hermanos: aparentemente sanos.

Niega antecedentes quirúrgicos

Examen físico:

Apaciente en aparente regular estado general, de hidratación y nutrición

Funciones vitales: PA:119/80 mmHg, : FC:90 x' FR:19 x' SAT: 98%

Piel: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar <2 seg, no lesiones, no adenopatías.

Tórax y pulmones: tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos con buena intensidad, pulsos periféricos presentes, no soplos audibles.

Abdomen: simétrico, globuloso, blando / depresible, doloroso a palpación profunda en hipocondrio derecho, ruidos hidroaéreos (+), sonoridad conservada. Murphy (-)

SNC: despierta, LOTEP, no signos de focalización, no signos meníngeos.

impresión diagnostica:

- Colecistitis crónica calculosa

Plan de trabajo:

se solicitó exámenes de laboratorio: hemograma, perfil de coagulación + GYF, hepático, ecografía abdominal y examen de orina completo.

El paciente queda en observación con manejo de dolor por vía periférica. A espera de resultados de exámenes para posibilidad de manejo quirúrgico.

Exámenes de laboratorio:

Hemograma: leucocitos 9800/mm³, plaquetas: 225 000/mm³, hemoglobina:12.6gr/dl. Perfil de coagulación, examen de orina y perfil hepático dentro de los rangos normales y sin alteración.

En la ecografía abdominal se observó una vesícula biliar de 7x 4 cm, con paredes engrosadas y presencia de litos.

Manejo quirúrgico:

Se reafirma el diagnóstico de Colecistitis calculosa crónica, el paciente permanece en NPO y recibe cefazolina 1gr. EV. Asimismo, indicación de completar sus exámenes prequirúrgicos para ingreso a sala de operaciones y realizar una colecistectomía laparoscópica.

En el reporte operatorio se halló una vesícula biliar de 8 x 5 cm, con paredes gruesas de 1.5 cm aproximadamente, conteniendo litos y bilis, el lito más grande de 1.5 cm., Conducto cístico dilatado.

Se finalizó la cirugía sin ninguna intercurencia y el paciente pasa a sala de recuperación en donde se le administran medicamentos:

- NaCl 20%(1 amp), kCl 20% (1 amp), dextrosa 5% (1amp) a 46 gotas x min.
- Dimenhidrato 50mg. ev
- Omeprazol 80mg. ev
- Ketoprofeno 100mg. Ev

Luego de 3 horas paciente pasa a hospitalización.

Evolución:

Paciente post operado 1 día, refiere leve dolor en sitio de herida operatoria, presenta buena tolerancia oral, realiza deambulacion y elimina flatos. Se da el alta con indicaciones medicas, dieta baja en grasas y lácteos, no realizar esfuerzos durante 1 mes y acudir por consultorio externo de cirugía general en 1 semana.

Caso clínico N°6

Paciente varón de 60 años, proveniente del distrito de bellavista, quien refiere que hace 4 meses evidencio la presencia de una masa de 3 x 3 cm aprox. en región inguinal izquierda al cargar peso, pero que no acudió al hospital hasta 15 días después, una vez en la consulta le diagnostican hernia inguinal izquierda, lo programan para cirugía y le indican iniciar con los exámenes prequirúrgicos. Los cuales no completo en ese tiempo por motivos personales. hace 10 días nota aumento de la masa que genera incomodidad, acompañado de dolor al caminar.

Por lo cual, acude a consultorio externo de cirugía general del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Niega antecedentes personales. no alcohol. No drogas. Niega conducta de riesgo. Niega RAMs.

Antecedentes familiares: padre: ca de próstata (fallecido), madre y hermanos: aparentemente sanos

Niega antecedentes quirúrgicos.

Examen físico:

Apaciente en aparente regular estado general, de hidratación y nutrición

Funciones vitales: PA:118/85 mmHg,,: FC:87 x' FR:18 x' SAT: 97%

Piel: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar <2 seg, no lesiones, ictericia (-) no adenopatías.

Tórax y pulmones: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, vibraciones vocales presentes, no ruidos agregados

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, pulsos periféricos presentes, no soplos audibles.

Abdomen: simétrico, globuloso, blando / depresible, no doloroso a palpación superficial ni profunda, ruidos hidroaéreos (+), sonoridad conservada.

Región inguinal: se evidencia masa de 6 x 6 cm al realizar la maniobra del Valsalva

Genitourinario: PPL (-), PRU (-),no globo vesical

SNC: LOTEP, no signos de focalización, no signos meníngeos.

Impresión diagnóstica:

-Hernia inguinal mixta

Plan de trabajo:

Se hospitaliza al paciente para completar exámenes prequirúrgicos, se requiere una ecografía de región inguinal y se programa a paciente para sala de operación para realizar hernioplastia.

Exámenes de laboratorio:

Hemograma: leucocitos:8000/mm³, plaquetas:200 000/mm³, hemoglobina: 13.2gr/dl

Glucosa: 98gr/dl, urea:28mg/dl, creatinina: 0.84mg/dl, hematocrito:43.8%, grupo y factor: O+, tiempo de protombina 14.5.

Riesgo neumológico, riesgo cardiológico y riesgo anestesiológico: sin alteraciones y aptos.

En la ecografía se evidencia defecto de 6 x 5 cm en región inguinal izquierda.

Manejo quirúrgico:

Se realiza en sala de operaciones una hernioplastia para solucionar el defecto en región inguinal izquierda

El Reporte operatorio evidenció hernia inguinal mixta , presencia de un saco herniario de tipo indirecto de 6 x 5.5 cm además, debilidad y presión de la pared posterior.

Evolución:

Paciente post operado día 01, refiere leve dolor en zona inguinal al realizar movimientos, niega fiebre, niega nauseas ni vómitos. elimina flatos, pero no realiza deposiciones. Herida operatoria afrontada, sin signos de flogosis, leve dolor. Buena tolerancia oral a líquidos. Se procede al alta con indicaciones medicas y acudir a consultorio externo de cirugía general.

ROTACION POR MEDICINA INTERNA

La rotación por medicina interna fue la ultima especialidad por la cual curso el autor, esta rotación inicio el 16 de enero del 2023 y finalizo el 31 de marzo del 2023. El horario era de 6:00 am hasta las 7:00 pm, en el cual el interno rotaba por el área de hospitalización en 7mo y 6to piso , ambos tenia lado A y lado B, en donde nos encargábamos de pacientes crónicos, aportando el diagnostico , la toma de exámenes de laboratorio como los Agas, exámenes de orina, muestras de sangre, etc. Se realizaban guardias diurnas de 6:00 am a 8:00pm en el área de emergencia tópico 1 y tópico 2.

Caso clínico N°7

Paciente mujer de 27 años, proveniente del distrito de la perla, quien acude a consultorio de medicina interna del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión,

refiriendo que desde hace 10 días presenta dolor y ardor al orinar (disuria) y tenesmo vesical acompañado de dolor a nivel lumbar de moderada intensidad. Hace 3 días cursa con fiebre cuantificada en 38.8 °C, tratándose únicamente con medios físicos para bajar la fiebre. Niega vómitos, niega náuseas.

Antecedentes personales: niega alergias, no alcohol, no drogas, niega conducta de riesgo. Pareja única, tiempo de relación 2 años.

Antecedentes familiares sin importancia

Niega hospitalizaciones previas

Examen físico:

Aparente regular estado general, de nutrición e hidratación

Funciones vitales: PA:115/ 79 mmHg,: FC:92x' FR:20x' SAT:97%

Piel: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar <2 seg, no palidez, no lesiones, no adenopatías.

Tórax y pulmones: tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos con buena intensidad, choque de punta negativo, no soplos audibles.

Abdomen: simétrico, plano, blando / depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, ruidos hidroaéreos (+), sonoridad conservada.

Genitourinario: PPL (+), PRU(-), no globo vesical.

SNC: despierto, LOTEP, no signos de focalización, no signos meníngeos.

Impresión diagnóstica:

-Infección de tracto urinario

Plan de trabajo:

Se solicitó examen de orina completo y urocultivo.

Ante la sospecha diagnóstica se inicia tratamiento ambulatorio con ciprofloxacino 500mg cada 12 horas por 5 días y paracetamol de 1g PRN temperatura >38°C.

Acudir a consultorio en 3 días con resultados de urocultivo.

Caso clínico N°8

Paciente varón de 20 años, proveniente del distrito de Chucuito, quien refiere que hace 4 días se cayó de la bicicleta generándose un “raspón” a nivel de la cara interna del muslo izquierdo. Hace 3 días notó aumento de volumen en sitio de la herida acompañado de dolor EVA 6/10 y dificultad para caminar, el cual trato aplicándose mentol. Hace 1 día curso con fiebre cuantificada en 38.9°C y aumento del dolor en zona de lesión, por lo cual acude a emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Niega antecedentes personales. no alcohol, no drogas.

Niega antecedentes familiares.

Niega antecedentes quirúrgicos.

Examen físico:

Aparente regular estado general, de hidratación y nutrición

Funciones vitales: PA:122/ 80mmHg,; FC:98x' FR:20x' SAT:97% T°:38.7 °C.

Piel: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar <2 seg, no ictericia, no cianosis, no palidez, no lesiones, no adenopatías. Lesion de 7 x 6 cm aproximadamente , con presencia de flogosis, edema y cambio de coloración a a nivel de cara interna de pierna izquierda

Tórax y pulmones: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos con buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: simétrico, plano, blando / depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, ruidos hidroaéreos (+), sonoridad conservada.

SNC: despierto, LOTEP, Glasgow 15/15, no signos de focalización, no signos meníngeos.

Impresión diagnóstica:

-infección de partes blandas: celulitis de miembro inferior izquierdo.

Exámenes auxiliares:

Hemograma: leucocitos: 20 500/mm³, hemoglobina:12.5mg/dl, plaquetas: 235 000/mm³. Glucosa :88gr/dl, GYF:O+

Plan de trabajo:

Dieta completa. Empezar antibioticoterapia con clindamicina de 300mg VO cada 8 horas por 5 días más ciprofloxacino de 500mg VO cada 12 horas por 5 días, tramadol 100mg PRN dolor intenso, Metamizol 1gr EV PRN T° >38 °C. realizar ecografía de partes blandas e interconsulta con cirugía general.

CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Esta experiencia se realizó en 2 grandes hospitales de la capital del Perú, el primero fue el Hospital Nacional Madre-niño San Bartolomé, creado por Bartolomé Vadillo, actualmente ubicado en la Av. Alfonso Ugarte N°825, Lima. Este hospital en un principio solo dedicaba su atención a negros esclavos o libres. Fue reconstruido en 2 ocasiones, manteniéndose la actual edificada en 1756. En 1826 incursionó como Hospital Militar, donde también eran atendidos aquellos soldados heridos de guerra. En 1958 es finalmente trasladado al local remodelado como Hospital Materno infantil San Bartolomé (1). hoy en día es un nosocomio enfocado en la atención reproductiva y sexual de la mujer, así como también en la atención integral en todas las etapas del menor de edad (neonato, el lactante, niño, púber y adolescente) (2).

Este hospital recibió la categoría III-E, el 5 de julio de 2019, recibiendo así el reconocimiento como un hospital de atención especializada (3).

En el contexto de la pandemia por el COVID 19 se establecieron nuevas medidas, una de ellas fue dividir el Hospital en atención COVID Y NO COVID, implementando así mismo áreas de triaje en donde los pacientes antes de su atención u hospitalización se realizaban la prueba antigénica y de encontrarse positiva se les trasladaba al área COVID. El interno rotante únicamente se desplazaba por el área NO COVID por disposición de Ministerio de Salud y la dirección general del hospital. No obstante, en los servicios de pediatría y neonatología nos brindaban equipos de protección personal para ingresar a las diferentes áreas y tópicos de la especialidad.

El segundo gran hospital fue el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, el cual cuenta con 82 años de funcionamiento, direccionado en Av. Guardia Chalaca 2176 - Bellavista – Callao. Se creó en 1941 el hospital Daniel Alcides Carrión de varones, para luego unirse al Hospital San Juan de Dios de mujeres en 1970 y formar unidos el complejo Hospitalario Daniel Alcides Carrión. Finalmente fue nombrado Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en 1991(4). Actualmente es estimado como un hospital de referencias a nivel nacional, así mismo es considerado sede docente de muchas universidades en etapas de pre y post grado.

El hospital Nacional Daniel Alcides Carrión cuenta con la categoría III – 1 en cuanto a nivel de atención (5), es uno de los hospitales con mayor cantidad de unidades

productoras de servicios de salud. Durante el contexto de la pandemia por COVID 19, se implementaron triajes en donde se realizaban pruebas antigénicas a los pacientes con o sin síntomas respiratorios, para su posterior hospitalización. Así mismo, se dividió el área de hospitalización en área COVID y área NO COVID. Los internos solo estaban permitidos trabajar en el área no COVID y poder preparar a los pacientes para sus cirugías.

CAPITULO III: APLICACION PROFESIONAL

ROTACION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Caso clínico N°1: aborto incompleto

Este caso clínico trata de un aborto incompleto, el cual se define como una evacuación incompleta del producto de la concepción de una gestación la cual debe ser menor a 22 semanas, estos casos el aborto no llega a completarse en su totalidad permaneciendo así restos fetales dentro del útero de la gestante, trayendo como consecuencia hemorragias y graves infecciones.

Estos casos representan alrededor de 50% de las complicaciones asociadas al aborto. En nuestro país, se considera que el aborto incompleto es una de las primeras causas de mortalidad materna (6).

Dentro de los signos y síntomas mas importantes, hallamos presencia de hemorragia de una cantidad considerable y sobre todo persistente, en forma de coágulos, acompañado de dolor pélvico intenso. Así mismo, es de suma importancia tener en cuenta la anamnesis en cuanto a el grupo etario, los antecedentes, si la paciente es una persona sexualmente activa, si hace uso de métodos anticonceptivos, la fecha de ultima regla. En el examen físico se puede evidencia el útero de gran tamaño, así como los orificios externo e interno en dilatación.

En cuanto al diagnóstico, clínicamente se evidencia la expulsión de restos fetales y hemorragia persistente, encontramos también un útero acorde con el tiempo de embarazo o quizás menor, cuello dilatado. Podemos echar mano también de exámenes de laboratorio como la Beta-hCG, para poder evidenciar el progreso del aborto o si se mantienen igual los valores, también podemos utilizar la ecografía transvaginal. Y tener en cuenta siempre que debe ser una edad gestacional < 22 ss.

El tratamiento de elección para este caso sería realizarle una aspiración manual Endo uterina (AMEU). El cual se lleva a cabo a través de la especuloscopia con una jeringa de 60cm³ que esta compuesta por 7 piezas (embolo, tapa, cilindro, aro de seguridad, anillo del embolo, válvula, y revestimiento) (7).

La aspiración Endo uterina tiene como base su cualidad de trasladar presión negativa en a la cavidad uterina, lo cual permite el retiro de los restos fetales y material Endo uterino (8). Existen fármacos que promueven la eliminación de los restos Endo uterinos, el más usado es el misoprostol, el cual se administra por vía oral, vaginal y también rectal, es un equivalente de la prostaglandina E1. (9)

Caso clínico N°2: vulvovaginitis candidiásica

En este caso la paciente cursa con el diagnóstico de vulvovaginitis por *Candida albicans*, esta patología afecta principalmente a mujeres en edad fértil, dentro de los agentes etiológicos más probables encontramos la tricomoniasis, vaginosis bacteriana y candidiasis. Los síntomas que a menudo presentan esta patología son: dispareunia, disuria, dolor pélvico, prurito vaginal, flujo blanquecino abundante (con aspecto de queso ricota) y con olor a levadura (10).

La *Candida albicans* es el agente más común y frecuente, dentro de los factores de riesgo para producir la candidiasis tenemos la mononucleosis, el estrés, uso prolongado de antibióticos, uso prolongado de corticoides, el VIH/SIDA, la diabetes mellitus, desnutrición crónica, quimioterapia y el embarazo (11).

El diagnóstico se realiza básicamente por la clínica de la paciente, hacer una buena anamnesis y examen físico, donde podemos evidenciar el flujo vaginal de aspecto grumoso adherida al canal cervical y eritema a nivel vulvovaginal, en la candidiasis. Por otro lado, en la tricomoniasis, se nota flujo abundante de color amarillo – verdoso, con aspecto espumoso, se puede observar el cuello uterino con múltiples petequias que dan aspecto de frambuesa acompañado de genitales externos eritematosos. También encontramos flujo vaginal, con mal olor de color blanquecino, pero sin presencia de eritema genital, en la vaginosis bacteriana (12).

En cuanto a el manejo, la mayoría de los tratamientos para las vulvovaginitis son empíricos y se indican los azoles (metronidazol, itraconazol, miconazol) o fármacos de tipo polienos. Para la tricomoniasis se recomienda el metronidazol, al igual que en la vaginosis bacteriana, pero en esta a su vez se puede utilizar la clindamicina.

En el caso de la vulvovaginitis por *Candida* no complicada, se decidió utilizar uno de los esquemas de tratamiento el cual fue clotrimazol en crema al 2% e itraconazol 200mg. El tratamiento también debe darse a la pareja y restringir las relaciones sexuales durante el tratamiento (12).

ROTACION DE PEDIATRIA

Caso clínico N°3: convulsión febril simple

En este caso las convulsiones febriles hacen referencia a actividad convulsiva o tipo de convulsión la cual se da en niños de 6 meses a 5 años que presentan fiebre repentina por lo general $> 38^{\circ}\text{C}$, la cual no ha sido generada por una infección del

sistema nervioso centrales y que de forma previa no ha presentado convulsiones febriles (13).

Las convulsiones febriles se dan en un 2 a 5 % de niños que van desde los 6 meses a los 5 años, con mayor frecuencia entre los 12 -18 meses. Estas convulsiones febriles se dividen en simples y complejas. Las convulsiones simples: duran <15 minutos, son generalizadas, no se repiten en un periodo de 24 horas, y no presentan alteraciones post crisis. por otro lado, las convulsiones complejas: duran > 15 minutos, son focalizadas, tiene n recurrencia en un periodo de 24 horas, presentan alteración es post crisis como la parálisis de Todd.

Algunos factores de riesgo que pueden producir convulsiones febriles son: infecciones que producen altas temperaturas, sea de cualquiera de los sistemas, problemas neurológicos como podría ser el retraso del desarrollo o epilepsia.

Los signos y síntomas van desde movimiento involuntarios y bruscos de las piernas y brazos hasta la perdida del conocimiento, sin respuesta alguna durante la convulsión. También pueden darse alteraciones en la respiración o dificultad para realizarla, por lo cual la piel del niño puede tornarse pálida o de color azulado.

En estos casos el diagnostico se da por la clínica presentada y el examen físico del paciente. En la anamnesis se harán preguntas importantes como si ha tenido picos febriles recientemente, si sufre de algún problema neurológico.

También se pueden pedir exámenes de laboratorio como hemograma completo y examen de orina completo para descartar alguna infección de fondo que puedan estar causando la fiebre y por ende las convulsiones, dependiendo de el rumbo que tome el diagnostico se puede adicionar exámenes de imagen como una TAC o una resonancia magnética de cerebro para descartar algún mal de tipo estructural. Así mismo se puede solicitar análisis de LCR para descartar meningitis o encefalitis en lactantes menores (14).

En cuanto al tratamiento de las convulsiones febriles simples es sintomático como controlar la fiebre con antipiréticos y medios físicos, por otro lado, las convulsiones complejas el tratamiento podría requerir fármacos como Lorazepam IV, diazepam rectal o midazolam intranasal y en caso de persistir usar acido valproico o levetiracetam IV, fenobarbital. Así mismo monitorizar el estado respiratorio y circulatorio, en ocasiones es necesario entubar al paciente (14).

Caso clínico N°4: enfermedad diarreica aguda

La enfermedad diarreica aguda, esta caracterizada por el aumento de la frecuencia de las deposiciones, también por el cambio en su consistencia la cual puede tornarse acuosas o hasta líquidas. Esta consistencia se puede evaluar con a la escala de Bristol, la cual nos da 7 tipos de van desde la mas dura y compacta (la tipo 1) hasta la mas liquida e inconsistente (la tipo 7) (15).

La etiología más frecuente en pacientes de este grupo etario (pediátricos) es de origen viral producido por rotavirus, adenovirus o norovirus, pero del mismo modo pueden estar producidos por parásitos y bacterias. Actualmente en el Perú, la EDA es una causa notable de mortalidad y morbilidad en pacientes pediátricos menores de 4 años y se evidencia mas frecuentemente en el área rural. Dentro de los factores de riesgo encontramos las condiciones sanitarias, socioeconómicas y la higiene personal.

La clínica es inespecífica, no obstante, hay síntomas que nos pueden sugerir esta enfermedad como la falta de apetito, la fiebre, el malestar general y decaimiento, diarreas, dolor abdominal, náuseas, vómitos y signos de deshidratación. El diagnostico esta basado en una buena anamnesis del paciente, así como, un minucioso examen físico, en algunos casos se puede solicitar exámenes complementarios como un hemograma completo o reacción inflamatoria de heces, esta ultima se toma como positiva cuando hay mas de 50 leucos por campo y se afirma que es de etiología bacteriana.

En cuanto al tratamiento, en la parte de antibióticos podemos usar eritromicina o eritromicina, así como clotrimazol, pero esto va a depender del tipo de agente que este provocando el cuadro. La otra parte del tratamiento es dar terapia de rehidratación oral y haciendo hincapié en las medidas de higiene y alimentación (16).

ROTACION DE CIRUGIA GENERAL

Caso clínico N°5: colecistitis crónica calculosa

El cuadro de colecistitis crónica calculosa, esta definido como la inflamación de la pared de la vesícula biliar de manera crónica, la etiología más común es la litiasis biliar, así mismo existen condiciones y factores que predisponen a que la enfermedad progrese y se empeore, con son la duración de la obstrucción y el grado de obstrucción.

En EE. UU la población portadora de cálculos asintomáticos son del 10 – 15 % y de este porcentaje solo el 10 – 18% es la población que ha desencadenado dolor en el cuadrante superior derecho, así mismo de este último porcentaje solo requerirán intervención quirúrgica el 7% (17). En el Perú la población en cuanto a sexo que con más frecuencia presenta litiasis vesicular asintomática es la de mujeres, los factores de riesgo enlistados son, la edad avanzada, la obesidad, el embarazo, entre otros más. (18)

La clínica de este cuadro suele ser muy variada y en muchas ocasiones es asintomática, pero encontramos síntomas y signos que podrían orientarnos al diagnóstico como el dolor persistente en el hipocondrio derecho, el cual podría irradiar a zona lumbar, podría estar también asociado a fiebre mayor de 38°C, náuseas, mareos y vómitos. En el examen físico podríamos encontrar hipersensibilidad, resistencia muscular, el signo de Murphy (+) que es cuando se observa dolor a la compresión en hipocondrio derecho durante la inspiración del paciente.

Para el diagnóstico, debemos utilizar los criterios mencionados en las guías de TOKYO18, en las cuales nos describen:

- ✓ Signos locales de inflamación: dolor o masa palpable en cuadrante superior derecho, defensa, Murphy (+)
- ✓ Signos sistémicos de inflamación: leucocitosis, PCR elevada; fiebre)
- ✓ Hallazgos de imágenes: vesícula distendida, líquido peri vesicular, pared engrosada >5mm.

Aquí un signo sistémico de inflamación mas un signo local es considerado sospecha diagnóstica de colecistitis y basta 1 signo de cada criterio para que sea considerado un diagnóstico definitivo (19). también podemos ayudarnos de examen de laboratorio como el hemograma completo, perfil hepático, PCR y una ecografía abdominal.

En cuanto al manejo de esta patología, es necesario hospitalizar al paciente para monitorizarlo, así mismo administrarle antibioticoterapia, fluidoterapia y analgesia respectivamente, así como una dieta adecuada. Una parte importante del manejo es también poder fijar el grado de severidad, el grado 1 (leve), en este caso el manejo se daría con una colecistectomía temprana o de emergencia; si es de grado 2 (moderada), se evaluaría con los criterios de ASA agregando así, el índice de comorbilidad del paciente y el manejo sería con una colecistectomía diferida y el grado

3 (severa) está asociado a daño de órgano blanco y necesario realizar un drenaje percutáneo previo a una COLELAP (19).

Caso clínico N°6: hernia inguinal mixta

La hernia inguinal se considera como la protuberancia que se forma a partir de una zona de debilidad o desgarró en la región inguinal, que puede tener de contenido: tejido graso, intestinos, epiplón. La hernia inguinal mixta se da cuando aparece de manera simultánea la hernia inguinal indirecta con la hernia inguinal directa. Para la clasificación de Nyhus estas hernias inguinales pertenecen al tipo IV – D.

Para describir la hernia inguinal indirecta, debemos decir que es consecuencia de una debilidad en la pared abdominal la cual deja que el tejido abdominal pase o se deslice a través del canal inguinal. Por otro lado, la hernia inguinal directa se da cuando el tejido abdominal protruye por un área debilitada en la pared abdominal cerca de la ingle, esta área es conocida como el triángulo de Hesselbach (20).

La prevalencia de hernias inguinales en el territorio peruano es de 2.5 % para hombres y 0.2% para mujeres, esto se da debido a las variaciones anatómicas entre el hombre y la mujer. Por ello es más frecuente en hombres (21).

Existen factores de riesgo asociados como sexo masculino (por lo mencionado anteriormente), la edad avanzada (con el tiempo pueden debilitarse los tejidos), predisposición genética (esta aumenta el riesgo de desarrollar hernias inguinales), estreñimiento (puede aumentar la presión intraabdominal), excesivo escuezo físico (también pueden aumentar la presión intraabdominal de manera brusca y producir hernias inguinales), obesidad, tabaquismo, etc.

Dentro de los signos y síntomas existen una amplia variedad, que se modifican en cuanto a la presentación e intensidad como son: abultamiento o sensación de bulto en zona inguinal, dolor y malestar en la región inguinal, así como, incomodidad al deambular, toser y hacer esfuerzo físico, dolor o ardor al tener relaciones sexuales. también debemos tomar en cuenta que algunas hernias inguinales pueden ser asintomáticas, para ello debemos realizar un buen examen físico ya que en algunos casos se podría complicar presentando la hernia un estrangulamiento o encarcelarse.

El pilar del diagnóstico es un buen examen físico, pero también podríamos utilizar exámenes de imágenes como la ecografía, resonancia magnética tomografía para ayudarnos a fijar el diagnóstico (21).

El manejo definitivo para las hernias inguinales es quirúrgico, ya seas mediante cirugía abierta o laparoscópica, el tipo de cirugía va a estar dado por diferentes factores como la ubicación y el tamaño de la hernia, el estado general del paciente, la edad y la afinidad del cirujano. así mismo es indispensable un cambio en los estilos de vida para minimizar la recidiva de la hernia o la aparición de nuevas hernias.

ROTACION DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico N°7: infección de tracto urinario

La infección del tracto urinario esta definida como la presencia de microorganismos patógenos, con la presencia o no de síntomas. Las ITU están compuestas por cistitis, pielonefritis y bacteriuria asintomática. En cuanto a la etiología el agente mas frecuente es la E.coli, no obstante, pueden presentarse Klebsiella Pneumoniae, Staphylococcus Saprophyticus, Proteus Mirabillis, o hongos como la Candida spp.

Está relacionado al sexo femenino, debemos tener sumo cuidado con las gestantes ya que si no se tratan a tiempo podría significar algún riesgo obstétrico. Los factores de riesgo mas predisponentes son las infecciones de transmisión sexual, cálculos renales, historia familia de infecciones de tracto urinario, malformaciones urogenitales, pacientes inmunosuprimidos por enfermedades como el VIH/SIDA o por tratamientos como la quimioterapia (22).

En cuanto al diagnostico y tratamiento va a ser diferente para cada tipo de ITU.

En la pielonefritis tendremos síntomas como fiebre, nauseas vómitos, dolor lumbar, PPL (+) y disuria, el diagnostico este dado por el urocultivo mayor a 100,000 UFC, tomado en un chorro medio previa asepsia, el tratamiento se realiza con antibióticos como cefuroxima, ciprofloxacina, cefalexina, trimetoprima o según sea el caso con amikacina, de no presentar tolerancia oral se puede administrar los antibióticos vía endovenosa (22).

La cistitis nos dará síntomas como polaquiuria, tenesmo vesical, disuria, el diagnostico se da mediante urocultivo positivo con >100,000 UFC, se puede evidenciar también hematuria, piuria, bacteriuria y proteinuria. El tratamiento de primer peldaño es nitrofurantoina de 100mg VO cada 6 horas por 7 días (23).

En la bacteriuria asintomática, su mismo nombre lo indica no se va a presentar síntomas, el Gold estándar únicamente es el urocultivo el cual para considerarse

positivo debe tener < 100,000 UFC luego de tomar 2 muestra consecutivas. (23) El tratamiento puede darse con cefalexina, nitrofurantoina, amoxicilina.

Caso clínico N°8: celulitis de miembro inferior

la celulitis es una patología inflamatoria de tipo agudo que se origina a nivel del tejido celular subcutáneo, excluyendo el tejido muscular (24). Los agentes etiológicos mas frecuentes son los estreptococos beta-hemolíticos del grupo A como son: el *Streptococcus pyogenes* y el *Staphylococcus aureus*. Tambien en menos frecuencia pueden presentarse los estreptococos del grupo B. como *S. agalactiae*, bacilos Gram negativos como *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas* o *aspergillus*, etc. (25).

Dentro de los síntomas más resaltantes tenemos el eritema, calor inflamación y dolor local, en ocasiones la piel toma aspecto como piel de naranja. En el caso de infecciones más complicadas o graves, encontraremos linfangitis y adenopatías regionales (26). El diagnostico de la celulitis se da por examen físico, pero este debe ser minucioso ya que en algunas ocasiones la lesión suele confundirse con dermatitis de contacto o dermatitis de estasis, los cultivos de secreción pueden ser de ayuda en cuanto al tratamiento, así como también los hemocultivos que son de mas aporte en paciente inmunodeprimidos o con signos de infección a nivel sistémico como leucocitosis o fiebre.

El tratamiento se basa en la antibioticoterapia y la elección del antibiótico va a depender de la presencal o no de secreción purulenta y otros factores de riesgo.

La celulitis no complicada se trata con terapia antibiótica empírica contra los agentes etiológicos mas frecuentes como son los estreptococos del grupo A, con cefalexina de 500mg o dicloxacilina de 250mg vía oral cada 6 horas, también con levofloxacina de 500mg o Moxifloxacino de 400mg 1 sola vez por día

La celulitis complicada es considerada de alto riesgo y debemos incluir cobertura para SARM, el tratamiento empírico se da con trimetoprima/sulfametoxazol (160mg/ 800mg) VO cada 12 horas, Doxiciclina 100mg VO cada 12 horas o Linezolid 600 mg VO cada 12 horas (26).

CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La etapa del internado médico no solo es el último peldaño de la carrera médica en el Perú sino, que también es la etapa más enriquecedora en cuanto a conocimientos, desarrollo de destrezas y aptitudes para el posterior desarrollo de la práctica médica. Es una parte fundamental para consolidar conceptos y desarrollar criterios al momento de atender a un paciente o ejercer en un establecimiento de salud, aplicando lo aprendido durante los años anteriores de la carrera manteniendo el respeto y la ética profesional.

El internado médico también nos forma como parte de un equipo multidisciplinario en cargo de velar por la salud de los pacientes, cada Hospital y cada área en la que se desarrolló el interno pudo adquirir diversos manejos y estrategias, ubicándose en el contexto de la realidad Nacional con sus fortalezas y debilidades creando capacidades de resolución ante escenarios hostiles y la toma de decisiones de manera inmediata para salvaguardar a los pacientes.

A pesar de cargar en los hombros una pandemia que trajo consigo una serie de limitaciones y cambios en cuanto a la formación profesional, se aprovecharon cada rotación, cada guardia, cada hora y cada minutos dentro de los grandes nosocomios que nos brinda el territorio nacional, esto no hubiera sido posible sin la ayuda de grandes maestros, doctores y residentes comprometidos arduamente con la docencia y el transmitir su experiencia adquirida durante años de labor. Así mismo el personal de salud enfermeras, obstétricas, técnicas, los cointernos de medicina y de otras carreras de salud que trabajando en equipo día a día sacábamos adelante a los pacientes, en especial a los más críticos.

Finalmente, esta etapa fue de gran crecimiento profesional y adquisición de experiencia para el futuro como médicos- cirujanos, no solo en el ámbito profesional sino también, en valores y como persona, para llevar la empatía, el respeto, la solidaridad y amor de la mano con la ciencia y así forjarnos como los grandes médicos que merece nuestra patria.

CONCLUSIONES

1. El internado medico es la etapa fundamental para culminar con la carrera de medicina humana en el Perú, etapa donde se consolidan conocimientos y aptitudes para la práctica profesional.
2. A pesar de carencia en infraestructura o materiales médicos, estamos preparados para afrontar cualquier escenario o situación que amerite la toma de decisiones. No obstante, debemos velar por cubrir esas brechas y poder dar un mejor servicio de salud a la población.
3. El apoyo de los docentes, tutores, residentes resulta indispensable para la formación del alumno, brindando su experiencia en la práctica, así como en las clases teóricas y exposiciones. Permitiendo con ello tener mayor alcance y preparación de los futuros médicos.
4. El nivel alcanzado al realizar prácticas en el internado medico en el Perú, nos pone delante de muchos otros estudiantes de países de primer mundo y nos impulsa a abrir mas puertas rumbo al éxito profesional.

RECOMENDACIONES

1. Seria muy favorable el hecho de ampliar la duración y el horario del internado, pudiendo así tener más horas de aprendizaje y de experiencia Enel ámbito hospitalario.
2. Tomando en cuenta la realidad de muchos alumnos en cuanto a problemas psicológicos como depresión o ansiedad, brindar la ayuda correspondiente a estos alumnos mediante profesionales correspondientes.
3. Implementar también más horas académicas dentro de los hospitales o centros de salud para así poder complementar con las diferentes fuentes cada patología que vemos durante las rotaciones en los diferentes tópicos.
4. Una sugerencia importante seria implementar la documentación digital y la mayoría de los hospitales a nivel nacional, generando así mayor premura y organización con los tramites de los pacientes, recetas, historias clínicas, etc.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Sandoval JE. Reseña histórica. Cienc Poder Aéreo [Internet]. 2004 [citado el 31 de marzo de 2023];1(1):2. Disponible en: <https://www.sanbartolome.gob.pe/index.php/institucion/resena-historica>
2. Misión - Visión [Internet]. Gob.pe. [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.sanbartolome.gob.pe/index.php/institucion/mision-vision>
3. Gob.pe. [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://sieval.sanbartolome.gob.pe/transparencia/Publicacion2020/Direccion/OFI%20CIO%20N988-DG-DIRIS-LC,%20Categoria%20III-E.pdf>
4. Historia – Hospital Nacional [Internet]. Gob.pe. [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.hndac.gob.pe/historia/>
5. Visión y Misión – Hospital Nacional [Internet]. Gob.pe. [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.hndac.gob.pe/vision-y-mision/>
6. Gutiérrez Ramos M, Guevara Ríos E. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto: AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. Rev Peru Ginecol Obstet. 2015;61(1):57–64
7. Bombin Maritchu, Mercado Javiera, Zúñiga Javiera, Encalada Diego, Ávila Joaquín. Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2019 Dic [citado 2023 Mayo 18] ; 84(6): 460-468. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600460&lng=es.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600460&lng=es) [http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000600460.](http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000600460)
8. Ponce, M. Factores asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil del Centro Materno Infantil Juan Pablo II. Villa El Salvador. Primer semestre 2016[Tesis]. Universidad de San Martín de Porres; 2018. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/3685>
9. Lozano, B. Prevalencia de aborto incompleto en mujeres de 15-35 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a noviembre del 2016

[Tesis]. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2017.
<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/4852>

10. Regidor PA, Thamkhantho M, Chayachinda C, Palacios S. Miconazole for the treatment of vulvovaginal candidiasis. *In vitro*, *in vivo* and clinical results. Review of the literature. <https://doi.org/101080/0144361520232195001> [Internet]. 2023 Dec 1 [citado 10 Abr 2023];43(1):2195001. Disponible: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01443615.2023.2195001>
11. Pedro Antonio Regidor, Manopchai Thamkhantho, Chenchit Chayachinda & Santiago Palacios (2023) Miconazole for the treatment of vulvovaginal candidiasis. *In vitro*, *in vivo* and clinical results. Review of the literature, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 43:1, DOI: 10.1080/01443615.2023.2195001
12. Huang S-H, Hsu H-C, Lee T-F, Fan H-M, Tseng C-W, Chen I-H, et al. Prevalence, Associated Factors, and Appropriateness of Empirical Treatment of Trichomoniasis, Bacterial Vaginosis, and Vulvovaginal Candidiasis among Women with Vaginitis. Hung YP, editor. *Microbiol Spectr* [Internet]. 2023 Abr 09 [cited 10 Abr 2023];XX. Disponible en: <https://journals.asm.org/doi/10.1128/spectrum.00161-23>.
13. Alba-Domínguez M, Jiménez-Álvarez L, Sánchez-Betancourt I, et al. Convulsión febril en niños: características clínicas y factores de riesgo. *Acta Pediatr Mex*. 2020;41(4):199-205
14. Subcomité de Convulsiones Febriles; Academia Americana de Pediatría. Evaluación neurodiagnóstica del niño con convulsión febril simple. *Pediatría*. 2011;127(2):389-394. doi: 10.1542/peds.2010-3318.
15. Mínguez Pérez M., Benages Martínez A.. Escala de Bristol: ¿un sistema útil para valorar la forma de las heces?. *Rev. esp. enferm. dig*. [Internet]. 2009 Mayo [citado 2023 Mayo 18] ; 101(5): 305-311. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082009000500001&lng=es
16. Gob.pe. [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C_2_B0

17. Knab LM, Boller AM, Mahvi DM. Cholecystitis. *Surg Clin North Am.* 2014 Apr;94(2):455-70. doi: 10.1016/j.suc.2014.01.005. Epub 2014 Feb 18. PMID: 24679431.
18. Gpc-peru.com. [citado el 5 de abril de 2023]. Disponible en: https://gpc-peru.com/wp-content/uploads/2021/08/GPC_Colelitis Version Corta.pdf
19. Costanzo ML, D'Andrea V, Lauro A, Bellini MI. Acute Cholecystitis from Biliary Lithiasis: Diagnosis, Management and Treatment. *Antibiotics (Basel).* 2023 Feb 28;12(3):482. doi: 10.3390/antibiotics12030482. PMID: 36978349; PMCID: PMC10044554.
20. Torrico Camacho JA, Mejia Camacho G, Torrico Vilte JP, Torrico Vilte mf. Técnica de lichtenstein modificada para el tratamiento quirúrgico de las hernias inguinales, cruales y recidivantes. *Gac médica boliv.* 2007;30(1):41–9.
21. Durán y Dr. Elvis Pardo Olivares, Ernesto Casamayor Callejas, Dr Jorge Legrá Legrá, Dra Maineris Danger. Características clínicas y epidemiológicas en pacientes operados de hernias inguinales. *MEDISAN.* junio de 2018;22(16).
22. Urinary tract infection, antibiotic treatment. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico [Internet]. *Org.pe.* [citado el 5 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n1/a06v23n1>
23. Extensa GENV. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO NO COMPLICADA [Internet]. *Gpc-peru.com.* [citado el 5 de abril de 2023]. Disponible en: <https://gpc-peru.com/wp-content/uploads/2021/06/GPC ITU Vers Extensa.pdf>
24. Bystritsky RJ. Cellulitis. *Infect Dis Clin North Am.* 2021;35(1):49–60.
25. Rrapi R, Chand S, Kroshinsky D. Cellulitis: A Review of Pathogenesis, Diagnosis, and Management. *Med Clin North Am.* 2021;105(4):723–35.
26. Rosa Perelló-Alzamora M, Santos-Durán JC, Fernández-López E. Celulitis moderada-grave que requiere ingreso hospitalario. Criterios de ingreso y antibioterapia empírica Moderate and severe cellulitis admitted to hospital.

Hospitalization criteria and empirical antibiotic therapy. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2014;42(3):12–7.