



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA PROFESIONAL CONSEGUIDA DURANTE EL INTERNADO
MÉDICO, REALIZADO EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN EN EL PERIODO 2022-2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR
LUIS AYRTON MERZTHAL LINARES**

**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/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA PROFESIONAL CONSEGUIDA DURANTE EL INTERNADO
MÉDICO, REALIZADO EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN EN EL PERIODO 2022-2023**

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

PRESENTADO POR:

LUIS AYRTON MERZTHAL LINARES

ASESOR

Mg. FERNANDO LIBERATO FELLES

LIMA – PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

INDICE	
TITULO	i
JURADO	ii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de medicina interna	1
1.2 Rotación de Cirugía general	5
1.3 Rotación de Pediatría	8
1.4 Rotación de Ginecología y obstetricia	12
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	15
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	16
3.1 Rotación medicina interna	16
3.2 Rotación cirugía general	19
3.3 Rotación de Pediatría	21
3.4 Rotación de Ginecología y obstetricia	22
CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	26
CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES	30
FUENTES DE INFORMACIÓN	31

RESUMEN

Durante el último año de la carrera de medicina humana, el internado médico es importante porque reflejan tus habilidades como médico. Es la etapa más importante en el desarrollo profesional y el periodo en donde uno pone en práctica las habilidades adquiridas durante los últimos 6 años de la carrera. El internado médico está constituida por cuatro rotaciones donde cada una abarca las siguientes, principales especialidades que son cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría y medicina interna. Estas especialidades son importantes para un médico general porque entregan un enfoque global de las principales anomalías que un médico general atenderá durante el servicio rural y durante su atención en el primer nivel.

Objetivo: Reseñar las vivencias y el desenvolvimiento, junto con un desarrollo humanista e informativo dentro del internado médico durante la etapa entre junio del 2022 a marzo del 2023.

Metodología: Se realizó una reseña de casos clínicos vividos dentro de internado médico realizado en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Resultados: Sexo masculino de 33 años, motivo de ingreso dolor en miembro inferior derecho y diagnóstico final celulitis. Varón de 54 años, motivo de ingreso dolor bilateral en miembros inferiores y diagnóstico final neuropatía periférica. Varón de 60 años, motivo de ingreso síndrome doloroso abdominal y diagnóstico final sepsis punto de partida abdominal. Varón de 54 años con diagnóstico final de policontuso. Mujer de 9 años con motivo de ingreso dolor lumbar no identificado y con diagnóstico final de pielonefritis complicada. Varón de 4 meses que ingresa por síndrome obstructivo bronquial y diagnóstico final bronquiolitis. Gestante de 24 años ingresa por contracciones uterinas esporádicas y con diagnóstico final de amenaza de parto prematuro. Puerpera de 27 años ingresa por enfermedad hipertensiva en el embarazo y con diagnóstico final de preeclampsia.

Conclusiones: El periodo más importante para el desarrollo de un médico es el internado médico. Una formación conjunta donde abarca los conocimientos aprendidos y la práctica diaria dentro de un establecimiento de salud.

Palabras clave: Rotación, internado médico, experiencia, hospital peruano

ABSTRACT

During the last year of the human medicine major, the medical internship is important because it reflects your skills as a doctor. It is the most important stage in professional development and the period in which one puts into practice the skills acquired during the last 6 years of the degree. The medical internship is made up of four rotations where each one covers the following main specialties that are general surgery, gynecology and obstetrics, pediatrics and internal medicine. These specialties are important for a general practitioner because they provide a comprehensive approach to the main anomalies that a general practitioner will attend to during rural service and during their care at the first level.

Objective: To review the experiences and development, along with a humanistic and informative development within the medical internship during the period between June 2022 and March 2023.

Methodology: The experiences of the medical internship held at the Daniel Alcides Carrion National Hospital were described.

Results: 33-year-old male, reason for admission pain in the right lower limb and final diagnosis of cellulitis. A 54-year-old man, reason for admission, bilateral pain in the lower limbs and final diagnosis of peripheral neuropathy. 60-year-old male, reason for admission abdominal pain syndrome and final diagnosis of sepsis abdominal starting point. A 54-year-old man with a final diagnosis of poly contusion. A 9-year-old woman with unidentified low back pain on admission and a final diagnosis of complicated pyelonephritis. A 4-month-old male admitted due to bronchial obstructive syndrome and a final diagnosis of bronchiolitis. A 24-year-old pregnant woman was admitted due to sporadic uterine contractions and with a final diagnosis of threatened preterm labor. A 27-year-old puerperal woman was admitted due to hypertensive disease in pregnancy and with a final diagnosis of preeclampsia.

Conclusions: The most important period for the development of a doctor is the medical internship. A joint training where it covers the knowledge learned and daily practice within a health establishment.

Keywords: Rotation, medical internship, experience, Peruvian hospital

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA PROFESIONAL CONSEGUI
DA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO, R
EALIZADO EN EL HOSPITAL NACIONAL
DA

AUTOR

LUIS AYRTON MERZTHAL LINARES

RECUENTO DE PALABRAS

9495 Words

RECUENTO DE CARACTERES

52672 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

38 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

115.6KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 14, 2023 10:59 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME


Apr 14, 2023 11:00 PM GMT-5**● 19% de similitud general**

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

- 18% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 6% 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



Mg. FERNANDO, LIBERATO FELLES

ASESOR

DNI: 06183815

ORCID: 0009-0000-3160-8156

INTRODUCCIÓN

El año más esperado por todos los estudiantes de medicina es el internado médico. Es considerado la etapa más importante en la formación de todo médico, porque mezcla las destrezas y conocimientos de cada uno y las manifiesta dentro del ámbito laboral. Durante este periodo, previo a convertirse en profesional de la salud, el futuro médico está en contacto con el paciente aprovechando la oportunidad de evaluarlo y ganando experiencia médica y humana. Para muchos docentes, el internado médico te forma, no solamente en la parte médica, sino en la parte humana llenándote de valores, respetando a tus superiores y volviéndote empáticos con tus pacientes. En esta etapa uno aprende a trabajar en equipo con tus colegas internos o con los mismos médicos del servicio. También la toma de decisiones basadas en evidencia te ayudan a ganar un juicio clínico, ser más racional y en base a los errores, uno aprende de la frustración para evitar volver a cometerlos a futuro. El internado médico te ayuda a comprender mejor las deficiencias que ocurren en nuestro país y los distintos matices que la realidad peruana te ofrece.

El sistema de salud peruano te enseña a trabajar con poco y a lograr mucho, utilizando nada más que el juicio clínico. Esta experiencia llega a ser satisfactoria porque utilizando la clínica y la razón se puede solucionar algunos problemas que en otros sitios es mucho más sencillo de resolver. Estas habilidades, de manera indirecta, serán de mucha ayuda al momento de realizar el servicio rural porque uno culmina su internado médico con la experiencia de trabajar con lo que tienes a la mano dentro de un sistema de salud colapsado y desigual. Por último, el internado médico está lleno de desafíos y al final se convierte en una bonita etapa que todo profesional de la salud quisiera volver a vivir.

A continuación, se relatarán 8 casos clínicos de algunas patologías que comúnmente se podrían encontrar en un centro de salud manejado por un médico generalista. Además, en base a la experiencia relatada podrá reflejar las competencias y destrezas ganadas durante los 10 meses de rotación dentro del Hospital Daniel Alcides Carrión.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Rotación de medicina interna

Caso clínico n.º 1 Celulitis

Anamnesis:

Paciente varón de 33 años llega a emergencia refiriendo dolor en pierna derecha (EVA 6/10), aumento de volumen y dificultad para deambular. Refirió que hace cuatro días sufrió caída en las escaleras generándole una lesión cutánea en cara anterior de la tibia tratándose con medicina natural, recomendado por un vecino de su zona. Dos días después estuvo con picos febriles y aumento progresivo del dolor en miembro inferior derecho.

Antecedentes patológicos: Negó antecedentes patológicos, pero en los exámenes de laboratorio realizados en emergencia se encontró glucosa en 133 g/dl. Niega antecedentes familiares.

Examen físico:

Funciones vitales: presión arterial: 110/70 frecuencia respiratoria: 19x' frecuencia cardiaca: 86 lpm, saturación de oxígeno: 99 % temperatura corporal: 37°C

Piel y tejido celular subcutáneo: tibio, hidratada, elástica, llenado capilar <2". Miembro inferior derecho: Cambio de coloración, signo de flogosis, edema y aumento de volumen. Dolor a la palpación profunda.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación.

Sistema nervioso central: despierta, lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica:

1. Celulitis de miembro inferior derecho

2. Descartar: Fascitis necrotizante

Exámenes auxiliares:

Se solicita:

- Hemograma: Del cuál resalta los leucocitos de 21, 700, segmentados 93 %, hemoglobina 12, plaquetas 233,000

- Examen de orina: leucocitos 0-3 x campo, eritrocitos 0-1 x campo, nitritos negativos y ausencia gérmenes.

- Radiografía de miembro inferior derecha: Se descarta proceso infeccioso que comprometa hueso.

Plan de trabajo:

1. NaCl 0.9 % 1000 cc EV
2. Dieta hiposódica
3. Antibioticoterapia: Piperacilina/tazobactam 4g/0,5g cada 6 horas por 7 días
4. Tramadol 50 mg condicional al dolor
5. Metamizol 1 gr condicional a temperatura >38°
6. Interconsulta a traumatología

Respuesta de la interconsulta de traumatología: Refiere que lesiones en miembro inferior solo limitan a esa extremidad y no comprometen glúteos ni genitales. Se descarta fascitis necrotizante por no cumplir con algunos criterios generales que son flictenas, crepitaciones, taquicardia he hipotensión.

Caso clínico n.º 2 Pie diabético

Anamnesis:

Paciente varón de 54 años, refiere que hace 4 días, antes de su ingreso por emergencia, presentó dolor en ambos pies de manera intensa. Por este motivo decidió automedicarse con tramadol de 50 mg via oral. Un día antes del ingreso sufrió caída de nivel generándole aumento de dolor e impotencia funcional. Paciente como antecedente menciona que hace 1 mes presenta

“bulto” con eritema y calor en 1/3 distal en pierna (cara anterior) por lo cual utilizando una hoja de bisturí drenó una secreción amarillenta. También menciona haber presentado desde hace 20 días una úlcera en región de maléolo externo del pie izquierdo.

Antecedentes patológicos: hipertensión arterial diagnosticada en el 2007 medicándose de forma irregular con losartan de 50 mg, diabetes mellitus diagnosticado en el 2007 y medicándose de manera irregular con insulina 20 UI. neuropatía periférica y lumbalgia crónica medicándose con gabapentina 300 mg cada 8 horas de forma irregular.

Antecedentes quirúrgicos: apendicetomía en 1994, amputación de dedos de los pies en los años 2014, 2016 y 2018.

Examen físico:

Funciones vitales: presión arterial: 140/90 frecuencia respiratoria: 19x' frecuencia cardíaca: 76 lpm, saturación de oxígeno: 98 % temperatura corporal: 37°C

Piel y tejido celular subcutáneo: Tibia, hidratada y elástica, cambios tróficos en ambos miembros inferiores. Miembro inferior derecho presenta úlcera en tercio distal cara anterior con tejido cicatricial necrótico 2x2 cm, úlcera en dorso del pie cara lateral con tejido en degeneración. Miembro inferior izquierdo en la cara del maléolo externo presenta úlcera 2x2 cm con signos de flogosis. Aumento de volumen perilesional y doloroso a la palpación. Pulso pedio y tibiales: 0+ / 3+. Pulso poplíteo 1+ / 3+ en ambos miembros inferiores.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: simétrico, plano, no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible. No masas palpables.

Osteomuscular: Ausencia de falanges en 2do y 5to dedo en miembro inferior derecho y en miembro inferior izquierdo ausencia de falange en el 5to dedo.

Sistema nervioso central: despierto, lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. Dolor de tipo mixto (nociceptivo, neuropático y nociplástico) en ambos miembros inferiores. Presencia de alodinia, parestesias y disestesias en ambos miembros inferiores. Personalidad catastrófica y hipervigilancia a movimientos que desencadenen dolor.

Impresión diagnóstica:

1. Infección de partes blandas
 - 1.1. Pie diabético bilateral infectado
 - 1.2. Pie Charcot
2. Diabetes Mellitus con complicaciones tardías
3. Neuropatía diabética sensitivo distal
 - 3.1. Descartar enfermedad arterial periférica
 - 3.2. Descartar retinopatía diabética
4. hipertensión arterial por historia clínica
5. consumidor de psicoactivos

Exámenes auxiliares:

Hemograma: hemoglobina 10.3 gr/dL, hematocrito 31 %, Leucocitos 16000, Plaquetas 334000, PCR 17.5 gr/dL

Perfil de coagulación: INR 1.12, tiempo de tromboplastina activa 54 seg, tiempo trombina 15.9 segundos, fibrinógeno 673

Perfil hepático: bilirrubina total 0.49, bilirrubina directa 0.26, bilirrubina indirecta 0.23, albumina 3, 2 gr/dL

Plan de trabajo:

1. Ecografía doppler arterial para miembros inferiores.
2. Exámenes de laboratorio de control: Hemograma, perfil hepático, perfil de coagulación, perfil lipídico, Hb1c, PCR, VSG
3. Gabapentina 300 mg cada 24 horas.
4. Losartan 50 mg cada 12 horas.
5. Tramadol 100 mg condicional al dolor.
6. Interconsulta para traumatología, para solicitar evaluación y posible amputación de ambos miembros inferiores.

7. Interconsulta para oftalmología y fondo ojo.
8. Interconsulta a psiquiatría.

1.2 Rotación de Cirugía general

Caso clínico n.º 3 Sepsis punto de partida abdominal

Anamnesis:

Paciente de 60 años que refirió hace \pm 2 semanas, luego de retiro de catéter pigtail por radiografía intervencionista, comenzó con náuseas sin llegar a los vómitos. Siete días después presentó dolor abdominal tipo cólico en cuadrante inferior derecho de intensidad EVA 8/10. Refiere que hace tres días se agregan vómitos, \pm 5 veces por día de contenido salival, por tal motivo acude a emergencia donde le realizan una ecografía abdominal hallando pequeñas colecciones intrabdominales. Durante ese tiempo le indicaron pasar por consultorio externo, dándole de alta y con tratamiento. El dolor persiste con mayor intensidad, añadiéndose alza termina y decidiendo volver por emergencia donde es internado por el servicio de cirugía general.

Antecedente médico: Psoriasis diagnosticado en el 2019 y sin tratamiento.
Antecedentes quirúrgicos: Postoperado de angiodisplasia de íleon agosto del 2022. Postoperado de peritonitis generalizada por bridas y adherencias a los 5 días después de la cirugía por la angiodisplasia. Postoperado de absceso de pared e ileostomía en el año setiembre del año 2022.

Examen físico:

Funciones vitales: presión arterial: 110/60 frecuencia respiratoria: 24x' frecuencia cardíaca: 110 lpm, saturación de oxígeno: 98 % temperatura corporal: 36°C

Piel y tejido celular subcutáneo: Tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar <2", lesión discontinua en región abdominal correspondiente a antecedente.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos y pulsos periféricos presentes.

Abdomen: Simétrico, plano, ileostomía en cuadrante inferior izquierdo funcionando, cicatriz antigua supra e infraumbilical de \pm 12 cm, solución de continuidad de \pm 3 cm en el centro de cicatriz con secreción serosa, ruidos hidroaéreos presentes, conservados en tono y frecuencia, dolor a la palpación profunda en cuadrante inferior derecho, no signos peritoneales y sonoridad conservada.

Genitourinario: No globo vesical.

Sistema nervioso central: Despierto, orientado y lucido en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

1. Sepsis punto de partida abdominal
 - 1.1 Descartar colección intrabdominal
2. Psoriasis por historia clínica

Exámenes auxiliares:

Hemograma: Leucocitos 24.87, abastionados en 01 %, hemoglobina 10.6 g/dL, plaquetas 508000

Bioquímica: TGO 72 U/L, TGP 114 U/L, Bilirrubinas totales 5.36 mg/dL, Bilirrubina indirecta 1.31 mg/dL, bilirrubina directa 4.05 mg/dL, albumina 3.4 g/dL, urea 111 mg/dL, creatinina 1.93 mg/dL, PCR 25.6 mg/dL

Perfil de coagulación: Tiempo de protrombina 62 % 1.37 INR, TTPA 47.8 segundos, fibrinógeno 647 mg/dL, tiempo de trombina 18.4 segundos.

Examen de orina: leucocitos 40 – 50 por campo, hematíes 2 – 3 por campo y células granulosas 1 – 2 por campo.

Plan de trabajo:

1. Antieméticos: Dimenhidrinato 50 mg condicional a náuseas y vómitos.
2. Antibioticoterapia: Piperacilina/tazobactam 4g/0,5g cada 6 horas por 7 días
3. Tramadol 50 mg condicional al dolor

4. Prequirúrgicos (hemograma, glucosa, urea y creatinina), PCR, perfil de coagulación, AGA y grupo factor.
5. Solicitud de dos paquetes de plaquetas.
6. Ecografía abdominal
7. I/C cardiología para riesgo quirúrgico.

Caso clínico n.º 4 Policontuso

Anamnesis:

Paciente de 47 años, es traído por SAMU refiriendo caída por precipitación de \pm 3 metros, cayendo sobre región dorsal y sufriendo contusión en región occipital, columna y cadera. Paciente niega pérdida de conciencia, niega náuseas y vómitos. Al momento refiere dolor en cabeza y hombro derecho de moderada intensidad.

Antecedentes médicos. Niega

Antecedentes quirúrgicos: Rafia del bazo a los 6 años por traumatismo abdominal cerrado (Hospital del niño de Breña).

Examen físico:

Funciones vitales: presión arterial: 100/60 frecuencia respiratoria: 16x' frecuencia cardíaca: 70 lpm, saturación de oxígeno: 98 % temperatura corporal: 36°C

Piel y tejido celular subcutáneo: Solución de continuidad de \pm 3 cm en región occipital del lado derecho. Bordes irregulares y sangrado activo escaso.

Tórax y pulmones: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no hay ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos y pulsos periféricos presentes.

Abdomen: Globuloso, simétrico, cicatriz transversa infraumbilical de \pm 15 cm, ruidos hidroaéreos presentes y conservados en tono y frecuencia. No doloroso a la palpación profunda. No signos peritoneales.

Genitourinario: No se palpa globo vesical.

Sistema osteomuscular: Moviliza extremidades superiores e inferiores.

Neurológico: Despierto, orientado en espacio, tiempo y persona. No signos meníngeos. Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica:

1. Policontuso por precipitación
 - 1.1 Traumatismo encéfalo craneano
 - 1.2 Descartar traumatismo abdominal cerrado
 - 1.2.1 Descartar lesión de víscera solida versus visera hueca
 - 1.3 Descartar traumatismo de tórax cerrado
 - 1.3.1 Descartar hemo neumotórax versus fractura costal
 - 1.4 Descartar traumatismo vertebro medular
 - 1.5 Descartar fractura de pelvis
 - 1.6 Herida en cabeza

Plan de trabajo:

1. Analgesia
2. Antibioticoterapia
3. Interconsulta a traumatología
4. Interconsulta neurocirugía
5. Se solicita hemograma, examen de orina
6. Se solicita radiografía de cráneo, columna cervical, dorsal, lumbar y coxis.
7. Se solicita ecografía abdominal

1.3 Rotación de Pediatría

Caso clínico n.º 5 Pielonefritis

Anamnesis:

Paciente mujer de 9 años, con tiempo de enfermedad de 1 día, ingresó a emergencia por dolor lumbar a predominio izquierdo EVA 3/10. 5 horas después el dolor se torna intenso asociado a nauseas e hiporexia y dolor disminuye de intensidad con analgésico (madre refiere automedicarla con "anaflex" y que el dolor calmó por 30 min). Madre de la paciente refiere que acudieron al hospital de Ventanilla, 12 horas antes del ingreso a emergencia,

donde le administran ketoprofeno por probable cólico renal y dolor desaparece momentáneamente. 5 horas antes del ingreso, retornó el dolor lumbar con mayor intensidad EVA 10/10, que incrementa con el movimiento, irradiado a flanco izquierdo, cursando con vómitos biliosos en 8 oportunidades (aproximadamente 1 taza ½) y asociado a mayor hiporexia. Madre nota que durante el día solo orino en 2 oportunidades.

Antecedente médico: Infección urinaria a repetición y asma diagnosticado a los 5 años.

Antecedente familiar: padre con antecedente de asma.

Examen físico:

Funciones vitales: presión arterial: 110/70 frecuencia respiratoria: 20x' frecuencia cardiaca: 92 lpm, saturación de oxígeno: 99 % temperatura corporal: 36.7°C

Piel y tejido celular subcutáneo: Tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar <2".

Tórax y pulmones: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no hay ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos y pulsos periféricos presentes.

Abdomen: Globuloso, simétrico, no doloroso a la palpación. Conservado en tono y frecuencia. No signos peritoneales.

Genitourinario: Puño percusión lumbar izquierdo positivo y puntos renoureterales positivo.

Neurológico: Despierto, orientado en espacio, tiempo y persona. Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica:

1. Infección del tracto urinario
2. Pielonefritis
3. Descartar reflujo vesicoureteral

Exámenes auxiliares:

Ecografía renal: Riñón izquierdo con aumento de dimensiones, algunas irregularidades en sus bordes, así como distorsión de la arquitectura colectora, probables secuelas inflamatorias no recientes. No imágenes litiasicas. Conclusión: Nefromegalia izquierda.

Examen de Orina: Leucocitos 60- 70 por campo, hematíes 40-50 por campo, Fosfato triple 1+, gérmenes: +++. Proteínas +, PH: turbio

Hemograma: Leucocitos 19000, hemoglobina 11.5, plaquetas 367000

Bioquímica: Creatinina: 0.80 mg/dL, Urea: 27 mg/dL, PCR; 6.52 mg/dL, PCR: 20.1 mg/dL, TFG: 81/m/mim/sc, albumina 4g/dL

Perfil de coagulación: Tiempo de protrombina 62 % 1.2 INR, TTPA 39 segundos, fibrinógeno 536 mg/dL, tiempo de trombina 15.5 segundos.

Plan de trabajo:

1. Antibioticoterapia: Amikacina 760mg endovenoso cada 8 horas por 5 días.
2. Se solicita urocultivo
3. Proteinuria 24 horas
4. Interconsulta a nefrología

Caso clínico n.º 6 Bronquiolitis

Anamnesis:

Paciente de sexo masculino, con edad cronológica de 4 meses y 2 semanas, con tiempo de enfermedad de 1 día, ingresa con su madre a emergencia por presentar rinorrea, congestión y tos seca. 6 horas antes de ingresar inició con dificultad respiratoria, taquipnea y agitación, durante la lactancia. Continuando con la tos, cornaje y rinorrea.

Antecedentes médicos: Prematuro de 28 ss, con un peso al nacer de 1024 gr y producto de una 5ta gestación. Estuvo 41 días en UCI neonatal recibiendo ventilación mecánica por 2 semanas, CPAP por 2 semanas y cabezal de O2 con blender. Los diagnósticos de alta fueron: Displasia broncopulmonar,

sepsis nosocomial, enfermedad de membrana hialina, PCA en cierre y hemorragia de la matriz germinal grado I, ictericia neonatal, incompatibilidad OA, anemia multifactorial y prematuro extremo. Estuvo hospitalizado por tres días a los 3 meses por bronquiolitis y displasia broncopulmonar.

Antecedentes familiares: COVID (-) Hermana de 5 años con síntomas respiratorios (tos, rinorrea y fiebre) estuvo en contacto con la paciente 3 días antes del ingreso a emergencia.

Examen físico:

Funciones vitales: presión arterial: 110/60 frecuencia respiratoria: 48x' frecuencia cardiaca: 174 lpm, saturación de oxígeno: 96 % temperatura corporal: 36°C

Piel y tejido celular subcutáneo: Tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar <2".

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bajo en ambos hemitórax, sibilantes presentes con la espiración, tirajes ++/+++, cornaje +++/+++ y tos ++/+++.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos y no soplos.

Abdomen: Simétrico y globuloso.

Sistema nervioso central: Tendencia al sueño

Impresión diagnóstica:

1. Bronquiolitis.
2. Displasia bronquiopulmonar.
3. Infección viral.
4. Descartar: enfermedad pulmonar crónica del prematuro.

Plan de trabajo:

1. Salbutamol 3 puff cada 3 veces al día por 5 días.
2. Budesónida 1 puff cada 24 horas.
3. Radiografía de tórax.
4. Interconsulta a neumología pediátrica.

5. Interconsulta a rehabilitación.
6. Interconsulta a neurología.

1.4 Rotación de Ginecología y obstetricia

Caso clínico n.º 7 Amenaza de parto pretérmino

Anamnesis:

Primigesta de 24 años acude a emergencia por presentar contracciones intermitentes desde hace 1 días, negando perdida de liquido y sangrado vaginal. Niega cefalea, niega nauseas y vómitos, niega escotomas y niega dolor abdominal.

Antecedentes médicos: Niega

Antecedentes quirúrgicos: Diagnosticada de ano imperforado y fue portadora de una bolsa de colostomía. A los 17 años tuvo reconstrucción del orificio anal y anastomosis de la colostomía.

Alergias: Niega

Fórmula obstétrica: G1P0000

Edad gestacional por ecografía del primer trimestre: 34 semanas y 3 días.

Longitud del cérvix: 17 mm.

Examen físico:

Funciones vitales: presión arterial: 110/60 frecuencia respiratoria: 20x' frecuencia cardiaca: 80 lpm, saturación de oxígeno: 99 % temperatura corporal: 36°C

Piel y tejido celular subcutáneo: Tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar <2".

Mamas: blandas, no dolorosas y no presenta masas.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax y no se auscultan ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos y no soplos.

Abdomen: Simétrico, ocupado por producto de la gestación, altura uterina 36 cm, situación posición y presentación: feto 1: lateral cefálico izquierdo y feto 2: lateral cefálico derecho, latidos cardiacos fetales: feto 1: 148 lpm y feto 2: 150 lpm, ponderado fetal: feto 1: 2129 gr y feto 2: 1974 gr y movimientos fetales: feto 1: ++ y feto 2: ++.

Genitourinario: al tacto vaginal: cérvix central, dehiscente 1 dedo, incorporado 70 %, membranas integras y altura presentación -2.

Sistema nervioso central: Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica:

1. Primigesta de 34 semanas y 3 días por ecografía del primer trimestre.
2. Amenaza de parto prematuro
3. Embarazo gemelar monocoriónica biamniótico.

Exámenes auxiliares:

Hemograma: leucocitos 9000, hemoglobina 11.9 g/dL, plaquetas 239000

Bioquímica: glucosa 78 mg/dL, creatinina 0.59 g/dL y creatinina 10 g/dL

Plan de trabajo:

1. Tocolisis: dosis de ataque 20 mg de nifedipina y dosis de mantenimiento 10 mg cada 6 horas.
2. Corticoterapia para maduración pulmonar: Dexametasona 6 mg IM cada 12 horas por 4 dosis.
3. Control de funciones vitales y monitoreo de movimientos fetales.

Caso clínico n.º 8 Preeclampsia

Anamnesis:

Paciente de 27 años con antecedente de parto eutócico, presento presiones elevadas durante sus controles gestacionales y durante el puerperio de 2 horas y presento un pico febril durante esa estadía. No presentó cefalea y tampoco escotomas.

Antecedentes médicos: Niega

Antecedentes quirúrgicos: Niega

Alergias: Niega

Fórmula obstétrica: G4P3013

Neonatología: Sexo: varón, peso: 3520 gr, talla: 48 cm y APGAR 9´ 9´

Examen físico:

Funciones vitales: presión arterial: 110/70 frecuencia respiratoria: 19x´
frecuencia cardiaca: 80 lpm, saturación de oxígeno: 99 % temperatura corporal: 36°C

Piel y tejido celular subcutáneo: Tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar <2”.

Mamas: blandas, no dolorosas y secretoras de calostro.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax y no se auscultan ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos y no soplos.

Abdomen: globuloso, simétrico, no puntos dolorosos, útero contraído a 1 cm por debajo de cicatriz umbilical.

Genitourinario: Loquios hemáticos escasos y sin mal olor.

Sistema nervioso central: Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica:

1. Puérpera múltipara post parto eutócico.
2. Enfermedad hipertensiva del embarazo: Descartar preeclampsia versus hipertensión crónica.
3. Anemia moderada asintomática.

Exámenes auxiliares:

Hemograma: Leucocitos 10.950, Hemoglobina 10.5 g/dL, plaquetas 219 000

Bioquímica: TGO 20 g/dL, TGP 21 g/d, DHL 214, urea 21 U/l, creatinina 0.61 U/l y bilirrubinas totales 0.12 g/dL

Plan de trabajo:

1. Sulfato ferroso tab 300 mg cada 24 horas por 30 días.
2. Ibuprofeno 400 mg tab cada 12 horas por 3 días y luego condicional al dolor.
3. Proteinuria en 24 horas.
4. Antihipertensivo condicional a presión alta >140/100
5. Antipirético condicional a temperatura alta >38°

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

La experiencia ocurrió en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Considerado un hospital nivel III-1, es la institución de referencia de salud con la mayor complejidad en toda la región Callao. Este establecimiento ofrece servicios de salud de todo tipo, con una alta calidad de profesionales en la

salud y una inclusión variada de patologías complejas. El hospital se encuentra en la avenida Guardia Chalaca 2176, Bellavista, Callao. Su inauguración fue el 30 de diciembre de 1941, durante el gobierno del entonces presidente Manuel Prado, bautizándolo como Hospital de Varones Daniel Alcides Carrión y en honor a nuestro mártir y principal exponente de la medicina peruana Daniel Alcides Carrión (1). Cuenta con 547 camas y 143 consultorios externos para ofrecer atención a toda la región del Callao (2).

El Hospital Daniel Alcides Carrión ofrece una variedad de servicios y se caracteriza por ser un hospital docente. El Hospital cuenta con guías de práctica clínica desarrolladas en diversos servicios y esto se refleja a la hora de tomar decisiones tanto en los diagnósticos como en los tratamientos. Esta practica refleja el buen uso de la medicina basada en evidencia y en la cantidad de publicaciones científicas que el hospital ofrece a la comunidad científica mundial. Por esta razón, el cual el Hospital Carrión dispone de un departamento de apoyo a la docencia e investigación, conformado por médicos investigadores y maestros de diferentes especialidades (2). No solamente el hospital es investigación (3), sino también en la calidad de su infraestructura donde cuenta con 10 salas quirúrgicas bien equipadas, unidad de quemados y tomógrafo helicoidal multicorte, arco en C, resonador magnético, cámara gamma, etc.

El internado medico abarcó el periodo junio del 2022 hasta marzo del 2023, dentro de una etapa de transición donde las medidas de bioseguridad frente a la pandemia fueron disminuyendo progresivamente. La atención de los servicios de los diferentes departamentos retornó a su productividad habitual de pacientes, pero con algunas medidas aun conservadas para evitar contagios por COVID-19 y el colapso del sistema intrahospitalario. Aun así, el Hospital Daniel Alcides Carrión continúa cumpliendo con su principal meta que es mejorar la calidad de vida con eficiencia y calidad.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación medicina interna

Caso clínico n.º 1 Celulitis

La celulitis es una enfermedad inflamatoria aguda del tejido celular subcutáneo sin compromiso de planos musculares (4). Se caracteriza por la

presencia de dolor, eritema, inflamación y calor local. Es una enfermedad que puede generar muchas complicaciones y a su vez costos severos en algunos países. Estas complicaciones pueden deberse según la etiología del patógeno, la condición inmunológica del huésped y el correcto diagnóstico y manejo del caso. Entre las principales causas tenemos al *Staphylococcus aureus* (51 %) y el *Staphylococcus pyogenes* (27 %) y si el paciente es diabético o inmunodeprimido los patógenos cambian a *Clostridium*, *Pseudomonas aeruginosa* o *Aspergillus* (5).

Cuando la celulitis se complica con un acceso bacteriano (corte, quemadura, picadura de insecto, etc) no solamente permitiría que la bacteria migre hacia otro plano corporal, sino que el manejo se volvería mucho más complicado y en algunos casos fatal para la integridad física del paciente. En nuestro caso, el paciente se complicó con un corte en la pierna producto de una caída. En el caso de descartar una fascitis necrotizante primero tiene que cumplir con algunos criterios como edema endurecido, necrosis cutánea, crépitos, parestesia y leucocitosis (6). Nuestro paciente cumplió con algunos de estos criterios y sumándole el antecedente reciente de una glucosa elevada, nos hacía pensar que podría ser portador de diabetes *mellitus* tipo 2 reciente diagnóstico. En un comienzo esto podría dirigirnos hacia una fascitis necrotizante y por este motivo se utilizó el score LRINEC (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fascitis score), que es una calculadora que ayuda a diferenciar si es un episodio de fascitis necrotizante o no (7). El paciente obtuvo una puntuación de 2 puntos que significa bajo riesgo de fascitis necrotizante, así que la clínica era compatible con una celulitis complicada.

La indicación del paciente fue hospitalización y se trató con Piperacilina/tazobactam 4g/0,5g cada 6 horas por 7 días por ser una celulitis moderada a grave. La hospitalización se basa en tres criterios mayores que son sepsis, comorbilidad de base e inmunodeprimido (8). El paciente presentó un punto de entrada en la pierna derecha por la caída, el pico febril previo a su ingreso a medicina interna y el riesgo de ser portador de diabetes *mellitus* tipo 2.

Caso clínico n.º 2 Pie diabético

Una de las principales enfermedades emergentes en el último siglo es la diabetes mellitus. Se estima que 8,8 % de la población global la padece y se estima que para el 2040 esta cifra aumente tres veces más (9).

Las principales complicaciones de la diabetes *mellitus* pueden ser macrovasculares y microvasculares. Las macrovasculares son las afectaciones de grandes vasos que causan accidente cerebro vascular, infarto cardiaco e isquemia de miembros inferiores. Las microvasculares son complicaciones que afectan los riñones, los ojos y el sistema nervioso (10). La neuropatía periférica es una lesión crónica de los nervios periféricos causado por una desmielinización progresiva que genera alteraciones periféricas como centrales. Se sabe que afecta el 50 % de los pacientes con mas de 10 años portando la enfermedad y se estima que un 20 % de los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 lo padecen en la actualidad. Actualmente no existe un tratamiento que genere reversibilidad a la desmielinización, pero si se puede manejar el dolor y la hipersensibilidad anómala que padecen los pacientes. Se sabe que el tipo de dolor que los pacientes padecen es de tipo mixto (nociceptivo, neuropático y nociplástico) y esto es causado por la sensibilización central refleja por la cronicidad del dolor y por los diversos eventos gatillo que los pacientes padecen a la hora de afrontar estos síndromes dolorosos (11). Estos casos de dolor crónico periférico desmielinizante pueden generar trastornos psiquiátricos como hipervigilancia y personalidad de catastrofización. Esto, en cierta parte, complica mucho mas la manera en como el paciente se siente con el mundo externo y consigo mismo. En el caso de nuestro paciente, el consumo de drogas pesadas era habitual en por qué el dolor que padecía no le calmaba con ningún analgésico comercial y si había alguno en el mercado que podría hacerles frente a sus padecimientos, él no podría conseguirlo por los escasos recursos económicos. Esto generó en el paciente un efecto de bola de nieve donde la discapacidad y el disconfort estarían afectando drásticamente su integridad física y mental, sin contar con la enfermedad de fondo (10).

El manejo inicial por parte del departamento de medicina interna era controlar su diabetes, curar sus úlceras y manejar el dolor. Pero al evaluar la pobre irrigación en el miembro inferior derecho se decidió enviar una interconsulta a

traumatología para evaluar el caso y si era posible una amputación supracondílea del miembro inferior afectado. Al final, se realizó la amputación con éxito y el paciente salió de alta con gabapentina tabletas de 300 mg, tramadol tabletas de 50 mg, cita por traumatología para curaciones, cita por endocrinología para control de la diabetes *mellitus* tipo 2 y cita para rehabilitación para evaluación y futura adquisición de prótesis de miembro inferior.

3.2 Rotación cirugía general

Caso clínico n.º 3 Sepsis punto de partida abdominal

La sepsis intrabdominal es un cuadro clínico caracterizado por la reacción del cuerpo humano frente a una colonización de bacterias provenientes de un foco infeccioso localizado dentro de la cavidad abdominal. Pueden ser por causas preoperatorias como perforación de apendicitis, diverticulitis, pancreatitis, etc. También pueden ser complicaciones postoperatorias como abscesos, dehiscencias, necrosis, etc (12). En el caso del paciente, el tuvo tres intervenciones quirúrgicas previas a su último ingreso por emergencia. El paciente debutó con una angiodisplasia de íleon causándole bridas y adherencias, donde a los 5 días postoperado volvió a ser intervenido quirúrgicamente por una peritonitis generalizada. Ese mismo año lo operaron por un absceso de pared y en su último ingreso por emergencia, le encuentra dos microabscesos intrabdominales.

El manejo de estos casos es soporte hemodinámico, nutricional, antibioticoterapia y cirugía. La toma de decisiones se basa en el tamaño y contenido del absceso. En este caso, medicina intervencionista realizó un estudio del absceso que consistió en drenaje, limpieza y mandó la muestra a anatomopatológico para ser estudiado. Este estudio fue para analizar el origen del líquido y el tipo de bacterias presentes.

Un buen soporte nutricional basado en proteínas es indispensable para evitar la deficiencia calórica que el paciente podría padecer a causa de la infección bacteriana presente (13). Por último, la cirugía es dependiendo el tamaño del absceso y ubicación de esta. En el caso del paciente, el absceso era de 10x8 cm donde solo necesitaba antibioticoterapia y lavado, por medio del trocar,

dos veces al día. El tratamiento antibiótico elegido fue Piperacilina/tazobactam 4g/0,5g cada 6 horas por 7 días y también se indicó manejo del dolor con tramadol 50 mg subcutáneo.

Caso clínico n.º 4 Policontuso

En el caso de los policontusos su manejo tiene que ser multidisciplinario donde debe de intervenir cirugía general, traumatología, cirugía de tórax y neurocirugía. Primero es el manejo en el área del accidente donde paramédicos realizan el A, B, C, D, E, maniobras de reanimación y traslado del paciente hacia un centro de salud. Dentro del nosocomio, se realizó una evaluación minuciosa para definir como policontuso, politraumatizado o polifracturado. La definición de policontuso es >1 contusión que puede ser un traumatismo cerrado, sin fallo sistémico y no representa un riesgo en la vitalidad. Politraumatizado se define como riesgo vital por lesiones traumáticas y hay afectación en, por lo menos, 2 órganos o sistemas. Por último, un polifracturado es cuando ocurre mas de un segmento óseo fracturado (14).

En el caso de nuestro paciente, padeció caída de gravedad de 3 metros causándole policontusiones en diversas áreas del cuerpo. Lo primero que se realizó dentro del tópico de cirugía fue suturar la solución de continuidad en la región occipital con puntos simples y continuos. Luego de estabilizar al paciente y colocarle una ampolla de diclofenaco de 75 mg intramuscular, se realizó una radiografía de cráneo, de columna cervical, dorsal, lumbar y coxis. Junto con las imágenes, se envió tres interconsultas a traumatología, neurocirugía y cirugía de tórax. En las tres interconsultas refirieron no haber encontrado anormalidades y le indicaron su alta correspondiente. Por parte de cirugía general, se solicitó una ecografía abdominal para descartar liquido libre. Según el reporte ecográfico no se encontró colecciones liquidas o lesión de órgano hueco u sólido. Por último, se indicó tabletas de cefalexina 500 mg cada 8 horas por 5 días, ibuprofeno de 400 mg tabletas cada 12 horas y si el dolor era muy intenso, aplicarse ketoprofeno 100 mg intramuscular. También se indicó curaciones con agua y jabón; y retiro de puntos en siete días.

3.3 Rotación de Pediatría

Caso clínico n.º 5 Pielonefritis

La pielonefritis aguda ocurre por una infección bacteriana dentro de la pelvis y parénquima renal. El principal agente etiológico es la *Escherichia coli* y los principales síntomas son fiebre elevada, escalofríos, vómitos, dolor abdominal, dolor lumbar o puño percusión positiva y hematuria. La clasificación de las pielonefritis se basa en su grado de complejidad. Las no complicadas ocurre sin alteraciones anatómicas o con anomalías del tracto urinario. Las complicadas desarrollan alteraciones estructurales o funcionales como litiasis, malformaciones congénitas, neoplasias, estenosis, etc. El diagnóstico se basa en la anamnesis donde el paciente resalta principalmente el dolor que es de tipo somático a nivel lumbar, de intensidad moderada, acompañado de fiebre intensa y disuria (15).

En el caso clínico, la paciente presentó una infección del tracto urinario y como antecedente de importancia presentó estos cuadros a repetición. Las infecciones urinarias son comunes en la edad pediátrica. Se sabe que un 10 % de las niñas y un 7 % de niños tendrán una infección del tracto urinario en los primeros 7 años de vida (16). La clínica y los antecedentes de la paciente fueron evidentes para pensar en una pielonefritis. Se indicó manejo intrahospitalario donde se cambió el antibiótico amikacina 760 mg por ceftriaxona 1 gr intramuscular por 7 días. Durante el tiempo que estuvo recibiendo el antibiótico, tuvo una respuesta favorable con respecto al dolor y negó episodios de fiebre. Con respecto a las infecciones urinarias a repetición, se solicitó un urocultivo donde se aisló *Escherichia coli* resistente a ácido nalidíxico y ampicilina. También se solicitó una proteinuria 24 horas donde se encontró un volumen de orina 3080 ml y proteinuria total 819 mg/24 horas. Por estos resultados se envió una interconsulta a nefrología donde le indicaron un Urotem y los resultados se evaluarían por consultorio externo, previo a culminar tratamiento antibiótico y al alta correspondiente.

Caso clínico n.º 6 Bronquiolitis

La bronquiolitis es el debut, de un menos de 2 años, de un síndrome obstructivo causado por una reactividad viral. Esta obstrucción bronquial

ocurre por una acumulación de edema y moco, generando un déficit en el intercambio normal de gases y causando hipoxemia. Los principales síntomas son rinorrea serosa, congestión, tos, fiebre, retracción, espiración prolongada, sibilantes y taquipnea. Un 70 % de los casos es por el Virus sincicial respiratorio humano y un 15 % por Parainfluenza (17). Los principales factores de riesgo para contraer bronquiolitis son edades de 2 a 6 meses, no lactancia, madre fumadora, etc. Pero para los casos de bronquiolitis grave son prematuros, portadores de cardiopatía congénita, enfermedad pulmonar y metabólica congénita, inmunodeficiencia y enfermedades neuromusculares. Nuestro caso representa un prematuro extremo con antecedente de dos hospitalizaciones donde recibió ventilación asistida por mas de un mes y la segunda estuvo con inhaladores. Este caso resulta interesante y complicado por la fragilidad del sistema inmunitario del paciente y el pobre desarrollo sistémico que presentó. Como antecedente de importancia, la displasia broncopulmonar complicó su cuadro de bronquiolitis. Esta anomalía ocurre cuando el prematuro permanece mas de 28 días en ventilación asistida. También contaba con el antecedente de enfermedad de membrana hialina, riesgo de osteopenia, anemia multifactorial, sepsis nosocomial y problema social como hacinamiento, clima frío y la falta de servicio básicos. Resulta que con una infección viral que un recién nacido sano podría superarla de manera exitosa, no podría ser lo mismo que un paciente, con las características del caso, que requirió de un manejo cuidadoso y de un buen control en el ambiente familiar (18).

El paciente se fue de alta el séptimo día de hospitalización con las indicaciones de Mucovit 1cc todos los días, Fosfato tricalcico 2cc cada 12 horas y Ferramin 25 mg 12 gotas cada 24 horas.

3.4 Rotación de Ginecología y obstetricia

Caso clínico n.º 7 Amenaza de parto pretérmino

La amenaza de parto pretérmino es un conjunto de anomalías provocadas por el útero que desencadenan contracciones inusuales antes de tiempo. Esto provoca dolor, cambio cervical progresivo y amenazan con el nacimiento fuera de tiempo, entre las 20 y 37 semanas de gestación. Las contracciones tienen que estar acompañadas con un tacto vaginal compatible con modificaciones

cervicales y con una frecuencia de 1 cada 10 minutos y 30 segundos de duración en un lapso de 60 minutos. Su etiología es multifactorial y puede ser desencadenado por la madre, por el feto u ovulares. Los factores maternos pueden ser infecciones urinarias, pielonefritis, infección genital baja, anemia o enfermedad periodontal. Las infecciones, al ser procesos que generan una respuesta inflamatoria por parte del cuerpo van a liberar prostaglandinas que compiten con los receptores del mismo tipo que se encuentran en el útero. A consecuencia de esto, desencadenan contracciones esporádicas por su inusual activación (19). También las enfermedades autoinmunes, estrés y otros factores socioeconómicos van a desencadenar liberación de prostaglandinas E2 y oxitocina, desencadenando contracciones uterinas dolorosas. Por parte del feto, la macrosomía y los embarazos gemelares son las principales causas que amenazan con un parto pretérmino (20). El caso de nuestra paciente fue un embarazo gemelar. Ingresó a emergencia solamente por contracciones, borramiento del cérvix uterino < 50 %, sin pérdida de líquido y de sangrado. Esto nos ayudó en tomar la decisión de realizar una maduración pulmonar con corticoides e implementar tocólisis a las contracciones, con el fin de desencadenar el trabajo de parto y, a su vez, la prematuridad del feto. El mejor medicamento para calmar las contracciones es el nifedipino. Este medicamento es un bloqueador de los canales de calcio y la dosis implementada son tabletas de 20 mg cada 6 horas. La tocólisis genera una ventana de tiempo para la corticoterapia. Los medicamentos utilizados para la maduración pulmonar son la betametasona y la dexametasona. La betametasona se utiliza 12 mg intramuscular cada 24 horas por 2 dosis y la dexametasona se emplea de 6 mg intramuscular cada 12 horas por 4 dosis (21).

En el caso de nuestra paciente, culminó con sus 4 dosis de dexametasona y con la tocólisis. Llegó a cumplir 35 semanas y 0 días por ecografía del primer trimestre y tomó la decisión de realizarse una cesárea. Se envió una interconsulta al departamento de neonatología para el conocimiento del caso y disponibilidad de incubadoras.

Caso clínico n.º 8 Preeclampsia

Las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal y materno son las enfermedades hipertensivas en el embarazo y la preeclampsia. Estas anomalías hipertensivas en el embarazo generan desregularización sistémica y orgánica, llegando al punto de generar convulsiones, anemia hemolítica y otro tipo de anomalías. La hipertensión gestacional aparece antes de las 20 semanas de gestación y debe de existir la presencia de presiones elevadas mayor o igual a 140/90 y en ausencia de proteinuria. La preeclampsia ocurre después de las 20 semanas de gestación, presiones elevadas mayores de 140/90, acompañada o no de proteinuria. A su vez, tiene que existir cefalea, escotomas, edemas, dolor abdominal y alteraciones laboratoriales. Y, por último, la hipertensión crónica es preexistente al embarazo o que se agrega en la primera mitad y persiste después del parto (hasta 12 semanas postparto) (22).

El principal tratamiento en la preeclampsia es culminar con el embarazo rápidamente. La toma de decisiones varía según la edad gestacional, por ejemplo, si es < 34 semanas se debe de optar por la tocolisis y maduración pulmonar. Luego de 48 horas recién puede realizarse la cesárea correspondiente. Si la gestación es de 34–37 semanas se puede considerar el parto vaginal si cumple con un puntaje BISHOP > o igual a 6 puntos. Si la edad gestacional es mayor o igual a 37 semanas se deberá culminar la gestación y tener en cuenta la vía vaginal si cumple con las condiciones obstétricas y una puntuación BISHOP de superior a seis puntos. Esto debe ocurrir independientemente de la edad gestacional, si existe la presencia un aumento mayor de 160 de presión arterial sistólica, eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta o edema agudo de pulmón. (23). El antihipertensivo alfa metil dopa fue de elección para la hipertensión crónica y el nifedipino es el más barato y disponible en el MINSA.

El caso de nuestra paciente ingresó por emergencia, en trabajo de parto y con 38 semanas y 3 días por ecografía del primer trimestre. Se evaluó las funciones vitales y se encontró presiones elevadas de 140/90 en cuatro oportunidades. La paciente refirió que en su anterior gestación también le encontraron presiones elevadas sin llegar a padecer escotomas, cefalea o dolor abdominal. Se realizó exámenes de laboratorio encontrándose valores

laboratoriales dentro de los rangos normales y una proteinuria para su evaluación postparto. Durante el puerperio, la paciente dejó de hacer picos de presiones elevadas y tampoco fue necesario el uso de antihipertensivos por el personal de enfermería. Se indicó el alta médica correspondiente con las indicaciones de tabletas de 300 mg de sulfato ferroso cada 24 horas por 30 días, ibuprofeno de 400 mg tabletas cada 12 horas por 3 días y luego condicional al dolor y nifedipino de 10 mg tabletas condicional a presiones elevadas. El resultado de la proteinuria se evaluaría dentro de una semana en su próximo control por consultorio de ginecología y obstetricia.

CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado medico es el último escalón en el aprendizaje de los estudiantes de medicina. Una etapa importante para la formación y desarrollo del futuro profesional de salud que está a punto de servir a su comunidad, ofreciendo la mejor atención sanitaria. El internado médico no solamente debe de formar académicamente a los futuros médicos, sino de manera práctica inculcando habilidades que cada uno de los internos debe de aprender por sus propios medios. Esas habilidades como la empatía o el juicio que se obtiene interactuando con los pacientes y colocándose en los zapatos de cada uno de ellos. El sentimiento de humanidad en cada rotación es sumamente importante, porque nos ayuda a darnos cuenta de lo frágil que podemos ser, nosotros los seres humanos, frente a cualquier enfermedad. Ya seas niño, joven o anciano, el miedo a lo desconocido y el misterio que puede causar su padecimiento puede sacar desde lo más profundo del ser, una faceta irreconocible. Una de las cosas más duras de este inicio a la vida médica es batallar contra la muerte. Siendo uno tan joven y enfrentando cara a cara este destino, podría helar la piel a cualquier persona. Pero cuando uno reconoce su deber y el motivo por el cual está de pie frente a un paciente que suplica ayuda y por su vida, uno mismo se convierte en esa luz de esperanza para cada uno de ellos. La esperanza que nosotros ofrecemos, gracias a nuestros conocimientos y valores, genera resiliencia a nuestros pacientes. Este poder, que es puro y solamente humano, es de suma responsabilidad para quien lo obtenga y debe de ser utilizado de la mejor forma posible. Por este motivo, la responsabilidad durante el internado medico te enseña a ser disciplinado con tus deberes y agradecido con tus mentores.

El internado medico te ayuda a identificar los errores y a realizar un juramento en no volver a cometerlos. Muchas veces estos errores pueden ser fatales y, en la mayoría de los casos, puede marcarte de por vida. La idea del internado medico es aprender de los errores y evitar entrar en falacia, no solamente problemas judiciales, sino también desgracia y desdicha a pacientes y familiares, sabiendo que pudo ser prevenible.

La falta de infraestructura y de equipos básicos es común en los hospitales manejados por el ministerio de salud. Esta deficiencia puede generar demoras

en la atención y molestias en los pacientes. La gestión pública en los hospitales son un desastre, donde se ha visto que en los laboratorios pueden faltar reactivos de AGA, perfil de coagulación o hasta hemogramas, que son de suma importancia. Esto genera fastidio y gastos extra en los pacientes, desarrollando disconfort y hasta abandono del establecimiento. Los únicos beneficiados son los laboratorios o farmacias que trabajan al frente del hospital. Muchos de los insumos o medicamentos que la mayoría de los tratamientos necesitan no están en stock. Esto resulta incomprensible porque, en algunos casos, son medicamentos básicos como meropenem o ketoprofeno. No solamente con los insumos, sino con la falta de equipos como resonadores magnéticos o camas UCI en el servicio de neonatología. En estos casos se tiene que realizar referencias a otros hospitales, generando demoras en el estudio de la enfermedad del paciente, llegando a complicar la enfermedad que padecen.

La experiencia ganada en las cuatro principales especialidades fue interesante y muy fructífera. Una ventaja que aporta el Hospital Carrión es la complejidad de los casos que se presentan en las distintas emergencias. Uno mismo experimenta casos extraños y roza con la realidad cultural del Callao al ser una comunidad donde la violencia es algo cotidiano. No solamente lo experimentas con los familiares, sino con los mismos pacientes que al sentirse vulnerables, piensan que con violencia se puede solucionar las cosas. Por ejemplo, fue común recibir heridos por arma de fuego durante las guardias de noche en el tópico de cirugía o policontusos por grescas de fin de semana. Al inicio resulta sorprendente, pero con el pasar del tiempo uno gana experiencia y nervios de acero. Tuve la oportunidad de rotar un mes por traumatología, donde manejé casos de amputaciones y desmembramientos. Esto fue lo más cercado a lo grotesco y bizarro que un ser humano puede experimentar. Lo grandioso de esta rotación fue aprender a ser independiente a la hora de realizar mis evoluciones, indicaciones médicas y controlar la situación durante un evento durante la emergencia. En la rotación de pediatría, uno aprende a interactuar con los niños y a deducir sus males camuflados en el llanto. Las infecciones urinarias eran de rutina y las enfermedades de tracto respiratorio fueron casos que debía de manejarse con cuidado, porque uno no quería

contagiarse por COVID-19 o por cualquier otra enfermedad. El área de medicina interna me presentó pacientes curiosos en conocer al médico que lo está atendiendo. Si iniciaba una buena conversación con uno de estos pacientes se ganaban tu confianza y al ser pacientes crónicos, un buen dialogo con ellos también los ayudaba anímicamente. No todo era color de rosa en esta rotación, porque experimenté estar al lado de la muerte en 10 oportunidades donde algunos de ellos fallecieron en mis manos. Esto me enseñó evitar ser emocional y trabajar siempre con la razón. Por último, mi rotación en ginecología y obstetricia fue un mundo lleno de misterio al inicio y comprensible al final. Logré realizar partos de manera exitosa en 5 oportunidades, obviamente con la supervisión de mis médicos residentes y asistentes. Conocí el sufrimiento de las gestantes y el dolor que emiten durante la labor del parto. Puede ser desgarrador al inicio, pero cuando culmina, el ambiente se llena de paz y del llanto de un bebé que se pronuncia con energía.

A lo largo de estos 10 meses, el aprendizaje y adaptación a una nueva rutina fue posible gracias a las enseñanzas de los médicos asistentes y de algunos residentes, que gracias a su experiencia y paciencia lograron guiarnos hacia una formación de calidad. Esta etapa te forma carácter y en algunos casos frustraciones. Hay veces que desea renunciar y tirar la toalla, pero estos momentos son cuando uno se vuelve mucho más fuerte, porque reconoces que el esfuerzo que inviertes es por amor a la ciencia y a los pacientes.

CONCLUSIONES

Un médico no puede decir que su formación fue satisfactoria sin haber pasado por el internado médico. Muchos tienen historias y experiencias distintas a cerca de su trabajo en esta etapa. Trabajar con diferentes especialistas te vuelve parte de ese engranaje complejo y en algunos casos, si te gusta la especialidad, te haces pasar por residente por unos segundos. Considero que alucinar de esta forma ayuda a amar más tu carrera y en analizar mejor cuál de las distintas especialidades uno quisiera elegir a largo plazo. Ser un líder de tus decisiones es importante porque aprendes a tomar la batuta y a comprender que pronto uno será médico especialista y las decisiones que tomes tendrán peso y valor para otros. Por esta razón el internado medico es una fuente de sabiduría invaluable y entrañable en la mayoría de los casos.

Las enseñanzas aprendidas durante estos 10 meses han sido de mucha utilidad para comprender como se ejecutan las ordenes en un hospital, como esta desarrollado jerárquicamente, como un departamento es de suma importancia para cualquier actividad y como el trabajo en equipo y llevarte bien con tus compañeros ayuda a agilizar los pendientes y así evitar retrasos innecesarios. Estos factores son muy importantes para mantener un ambiente laboral saludable y libre de problemas que pueden desencadenar a fallos en el engranaje del Hospital. Los errores humanos son comunes pero prevenibles, así que el internado medico te ayuda a identificarlos y a evitar volver a cometerlos. Por eso la comunicación es importante y expresar que uno tiene dificultades no debería de ser sinónimo de maltratos y prejuicios, sino debería ser una oportunidad para enseñar a los demás.

RECOMENDACIONES

El interno de medicina debería de contar con tutores que estén mucho más pendientes con el trabajo que realizan. Los trabajos administrativos generan pérdida de tiempo y por falta de personal, no deberían de utilizar a los internos de medicina para realizar esa labor. Ese tiempo que se invierte en llevar una camilla, un balón de oxígeno o esperar por la firma de una administradora, se podría utilizar realizando investigación médica o alguna otra actividad académica que no seas simples exposiciones. Muchos de nosotros se ha ganado problemas innecesarios al realizar actividades que no les corresponde y a quedar altas horas de la noche por procedimientos o castigos irracionales. Debería de haber un horario establecido y fijo, junto con derechos que permitan al interno poder desenvolverse con mayor libertad.

Los encargados de las rotaciones deberían permitir que los internos roten por otras especialidades. Por ejemplo, la mayoría de mis compañeros solamente han rotado por cirugía general y no por traumatología, que es una especialidad importante por el hecho que aprender a reducir fracturas o colocar férulas de yeso que son actividades de rutina durante el SERUM o rotar por urología en donde colocar una sonda vesical es un procedimiento que se realiza en centros de primer nivel de atención.

Sería importante las evaluaciones continuas y evitar que el alumno se vuelva autodidacta y aprenda por sus propios medios. Esto genera demoras en el aprendizaje. También las facultades deberían garantizar ambientes exclusivos y saludables para sus alumnos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. DANIEL ALCIDES CARRIÓN - San Fernando [Internet]. Available from: <https://medicina.unmsm.edu.pe/categoria/daniel-alcides-carrion/>
2. Hospital Nacional – Daniel Alcides Carrión [Internet]. Available from: <https://www.hndac.gob.pe/>
3. Carrionistas brillaron en concurso de investigación – Hospital Nacional [Internet]. Available from: <https://www.hndac.gob.pe/carrionistas-brillaron-en-concurso-de-investigacion/>
4. Bystritsky RJ. Cellulitis. *Infect Dis Clin North Am.* 2021;35(1):49–60.
5. Rrapi R, Chand S, Kroshinsky D. Cellulitis: A Review of Pathogenesis, Diagnosis, and Management. *Med Clin North Am.* 2021;105(4):723–35.
6. Chen LL, Fasolka B, Treacy C. Necrotizing fasciitis: A comprehensive review. *Nursing (Lond).* 2020;50(9):34–40.
7. Tarricone A, Mata KD La, Gee A, Axman W, Buricea C, Mandato MG, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Effectiveness of LRINEC Score for Predicting Upper and Lower Extremity Necrotizing Fasciitis. *J Foot Ankle Surg [Internet].* 2022;61(2):384–9. Available from: <http://www.jfas.org/article/S1067251621003495/fulltext>
8. 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.
9. Harreiter J, Roden M. Diabetes mellitus—Definition, classification, diagnosis, screening and prevention (Update 2019). *Wien Klin Wochenschr.* 2019;131:6–15.
10. Faselis C, Katsimardou A, Imprialos K, Deligkaris P, Kallistratos M, Dimitriadis K. Microvascular Complications of Type 2 Diabetes Mellitus. *Curr Vasc Pharmacol.* 2019;18(2):117–24.
11. Freynhagen R, Parada HA, Calderon-Ospina CA, Chen J, Rakhmawati

- Emril D, Fernández-Villacorta FJ, et al. Current understanding of the mixed pain concept: a brief narrative review. *Curr Med Res Opin.* 2019;35(6):1011–8.
12. Hecker A, Reichert M, Reuß CJ, Schmoch T, Riedel JG, Schneck E, et al. Intra-abdominal sepsis: new definitions and current clinical standards. *Langenbeck's Arch Surg.* 2019;404(3):257–71.
 13. Clements TW, Tolonen M, Ball CG, Kirkpatrick AW. Secondary Peritonitis and Intra-Abdominal Sepsis: An Increasingly Global Disease in Search of Better Systemic Therapies. *Scand J Surg.* 2021;110(2):139–49.
 14. Jukema GN, Farokhzad F, Volbracht J, Steigmiller K, Held U, Bretscher B, et al. Care Management für Polytrauma-Patientinnen und-Patienten in einem überregionalen Level-1-Traumazentrum: Care Management for Polytrauma Patients in a Level-1 Trauma Centre. *Praxis (Bern 1994).* 2020;109(13):1039–49.
 15. Morello W, La Scola C, Alberici I, Montini G. Acute pyelonephritis in children. *Pediatr Nephrol.* 2016;31(8):1253–65.
 16. Cheng CH. Acute pyelonephritis diagnosis in children with urinary tract infections. *Pediatr Neonatol.* 2022;63(4):329–30.
 17. Silver AH, Nazif JM. Bronchiolitis American Academy of Pediatrics. *Pediatr Rev.* 2019;568–76.
 18. Kavaliunaite E, Aurora P. Diagnosing and managing bronchiolitis obliterans in children. *Expert Rev Respir Med.* 2019;13(5):481–8.
 19. Hezelgrave NL, Watson HA, Ridout A, Diab F, Seed PT, Chin-Smith E, et al. Rationale and design of SuPPoRT: A multi-centre randomised controlled trial to compare three treatments: Cervical cerclage, cervical pessary and vaginal progesterone, for the prevention of preterm birth in women who develop a short cervix. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16(1):1–10.
 20. Dom AM, Mather A, Seligman NS. Prevention of preterm birth in

multiples. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2021 Apr 1;33(2):72–7.

21. Wilson A, Hodgetts-Morton VA, Marson EJ, Markland AD, Larkai E, Papadopoulou A, et al. Tocolytics for delaying preterm birth: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;2021(4).
22. Ives CW, Sinkey R, Rajapreyar I, Tita ATN, Oparil S. Preeclampsia—Pathophysiology and Clinical Presentations: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*. 2020;76(14):1690–702.
23. Rana S, Lemoine E, Granger J, Karumanchi SA. Preeclampsia: Pathophysiology, Challenges, and Perspectives. *Circ Res*. 2019;124(7):1094–112.