

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN Y CENTRO DE SALUD
MATERNO INFANTIL PERÚ -KOREA BELLAVISTA 2022 -2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

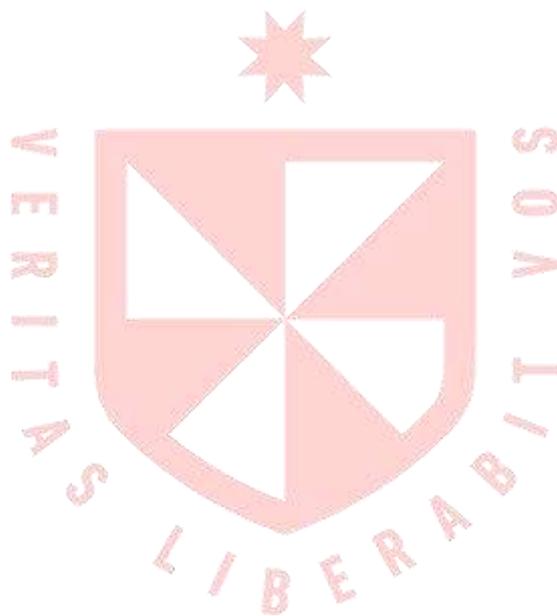
KEVIN JOSUE PELAYO MAURICIO

ASESORA

HILDA URIARTE LAYNES

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
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN Y CENTRO DE SALUD
MATERNO INFANTIL PERÚ -KOREA BELLAVISTA 2022 -2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR:

KEVIN JOSUE PELAYO MAURICIO

ASESORA:

Dra: HILDA URIARTE LAYNES

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

Agradecer a Dios por culminar esta carrera y por todo este tiempo, a mi familia, abuelos, que permanecieron apoyándome a lo largo de la carrera.

ÍNDICE

ÍNDICE	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	2
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLÓ LA	15
EXPERIENCIA	15
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	16
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	24
CONCLUSIONES.....	25
RECOMENDACIONES	26
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS.....	27

RESUMEN

Este informe fue elaborado por un interno de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres, quien trabajó los primeros 8 meses en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión y 2 meses siguientes en un centro de atención primaria. Dado que el MINSA publicó lineamientos debido a la crisis sanitaria desde el año 2020 siendo la duración del internado 10 meses.

El objetivo es describir las experiencias durante el internado tanto de las rotaciones de medicina interna, ginecología -obstetricia, cirugía y pediatría en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión y en el centro de salud Materno Infantil Perú Korea Bellavista.

Durante el desarrollo se seleccionó y analizó casos clínicos de cada rotación del hospital y centro de salud en el que se relata como ingresa el paciente hasta su alta médica.

Palabras clave: Interno, hospital, centro de salud.

ABSTRACT

This report was prepared by an intern from the Faculty of Human Medicine of the San Martín de Porres University, who worked the first 8 months at the Daniel Alcides Carrión National Hospital and the following 2 months in a medical care center. Since MINSa published guidelines due to the health crisis since 2020, the duration of the internship being 10 months.

The objective is to describe the experiences during the internship of both internal medicine, gynecology-obstetrics, surgery and pediatrics rotations at the Daniel Alcides Carrión National Hospital and the Perú Korea Bellavista Maternal and Child health center.

During the development, clinical cases of each rotation of the hospital and health center in which the patient is admitted until his medical discharge is reported were selected and analyzed.

Keywords: Medical intern, hospital, Health center

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL AL
CIDES CARRIÓN Y CENTRO DE SALUD M**

AUTOR

KEVIN JOSUE PELAYO MAURICIO

RECuento DE PALABRAS

6043 Words

RECuento DE CARACTERES

34396 Characters

RECuento DE PÁGINAS

35 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

83.1KB

FECHA DE ENTREGA

Aug 7, 2023 11:57 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Aug 7, 2023 11:58 AM GMT-5

● **19% de similitud general**

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

- 19% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7976-8971>

ASESOR: Uriarte Laynes Hilda

DNI: 09643321

INTRODUCCIÓN

El internado de medicina es una etapa crucial dentro de la carrera, siendo el último año, en el cual se pondrá en práctica todos los conocimientos que se adquirieron en los años previos, la carrera tiene una duración de 7 años.

Debido a la crisis sanitaria provocada por el COVID -19 el internado se vio afectado siendo su duración de 10 meses; en distintas sedes hospitalarias.

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión queda en la provincia constitucional del Callao y es un hospital de referencia nacional. Es un hospital de nivel III-1 y cuenta con muchas especialidades y subespecialidades. Al pertenecer a la DIRESA Callao, los internos de medicina tuvieron otra segmentación del internado siendo 8 meses en hospital Carrión y 2 meses en un centro de atención primaria. En el Hospital el interno realizó las rotaciones por los servicios de medicina interna, cirugía, pediatría y ginecología-obstetricia con una duración de 2 meses cada una.(1)

En el Centro de Salud Materno infantil Perú Korea Bellavista, ubicado en C. 26A, Bellavista 07011, es un centro I -4. La función del interno es realizar una correcta historia clínica, en el cual abarca los antecedentes, examen físico para así poder hacer un correcto plan de trabajo.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

A continuación, se presenta 8 casos clínicos de las rotaciones de medicina interna, ginecología -obstetricia, pediatría y cirugía.

1.1 MEDICINA INTERNA

Caso clínico 1

Paciente sexo masculino de 86 años ingresa por emergencia traído por su nieto refiriendo tener dolor en región retroesternal con irradiación a miembro superior izquierdo el cual no disminuye en reposo. Se evalúa funciones vitales:

FC: 78 x min

PA: 110/78 mmHg

FR: 22 por minuto

T: 36.3 C

SatO₂: 96%

Examen físico:

-Cardiovascular: Presencia de dolor retroesternal que no cesa al guardar reposo, se evidencia ligero choque de puntas en la exploración del tórax. Presencia de pulso cardiaco rítmico de buena intensidad, no se percibe soplos en la auscultación.

-Tórax y pulmón: MV pasa adecuadamente en ambos hemitórax.

Antecedente: IMA ST no elevado hace 5 años

Plan:

Se solicita EKG y de manera urgente enzimas cardíacas. El dolor es tratado con nitritos

Se obtiene los resultados:

-EKG: ST elevado en V2 a V4

-Enzimas cardíacas: Troponinas elevada

Con el examen físico y los resultados del EKG y laboratorio se termina como diagnóstico un IMA ST elevado de región antero septal, se realiza interconsulta con el servicio de cardiología para el manejo hemodinámico correspondiente. Se indica como planes anticoagulantes, analgesia y la programación de angioplastia

El servicio de cardiología realiza la angioplastia coronaria donde se pudo observar un compromiso del 82% de la arteria coronaria descendiente anterior 1/3 distal, por lo cual se decide como mejor manejo terapéutico la colocación de un STEM.

Al cuarto día de hospitalización en servicio de cardiología evalúan al paciente encontrando hemodinámica mente estable y ventilando correctamente sin el uso de oxígeno, en condiciones de alta. Se le indica anticoagulación y antiagregante a su tratamiento actual y se le programa control por consulta externa en 1 semana.

Caso clínico 2

Paciente de sexo femenino de 59 años acude a la consulta refiriendo presentar sangrado por la boca profusa de 1 hora de evolución y también dolor en región hipogástrica. Es acompañado de su hijo que refiere que es la primera vez que presenta este cuadro.

Antecedente de importancia:

Diagnóstico de cirrosis hepática hace 3 años en campaña médica municipal, además refiere que tiene un diagnóstico previo de diabetes mellitus tipo 2 hace 4 años sin adherencia al tratamiento por cuestiones económicas.

Examen físico:

FC: 96 xmin FR: 23 x min Saturación: 96% Temperatura: 36.5°

Abdomen: matidez cambiante, evidencia de circulación colateral abdominal.

Piel y mucosas: coloración de piel tenuemente amarilla +/-+++, mucosas reseca

Se plantea como diagnóstico hemorragia digestiva alta de etiología variceal por diagnóstico previo de cirrosis hepática. Se solicita exámenes basales, perfil

hepático, ecografía abdominal completa y endoscopia después de control de cuadro agudo de sangrado.

Se brinda el manejo de fluidoterapia con suero fisiológico obteotride omeprazol.

Se inactiva sangrado digestivo superior. Al llegar los resultados laboratoriales se obtiene TGO 60 TGP 65, urea 50, Fosfatasa Alcalina 170 hemoglobina 10.1. Los demás exámenes no contribuyentes.

Al momento de realizar la ecografía abdominal se evidencia 200cc de líquido libre en cavidad abdominal. Además, se aprecia hígado con aumento de diámetro longitudinal y lóbulo izquierdo con signos de meteorismo presuntivos a cirrosis hepática. En la hospitalización se procede a realizar endoscopia alta exploratoria y terapéutica donde se evidencio varices esofágicas grado II y se procedió a realizar ligadura variceal.

Al tercer día en condiciones de alta con indicaciones médicas hemo dinámicamente estable y ventilando adecuadamente sin apoyo oxigenatorio. Se le indica tratamiento con propanolol para prevenir el sangrado variceal esofágico, además espironolactona como diurético para ascitis y lactulosa para cuadro de estreñimiento prolongado, se le cita en 15 días por control de gastroenterología.

1.2 GINECOLOGÍA -OBSTETRICIA

Caso clínico 1

Paciente primigesta de 23 años con 11 semanas de gestación por fecha de última regla acude a consulta médica acompañado de esposo, refiriendo que se le indico un urocultivo en un consultorio particular. En resultado se encuentra urocultivo positivo (>100000 UFC) para E. coli.

Paciente refiere que no presento ningún malestar en el transcurso de los días.

Funciones vitales:

-FC: 78 xmin

-FR: 17 xmin

-Temperatura: 36.7

-PA: 105/75 mmHg

Funciones biológicas:

- Apetito: conservado

- Orina: normal

- Sueño: conservado

Examen físico

- Pie: tibia, húmeda, llenado capilar menor de 2 segundos

- Tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no rales audibles

- Cardiovascular: Ruidos cardiacas rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

- Genitourinario: PPR: negativo, Puño percusión lumbar: negativo

- SNC: Despierta, LOPEP

Se plantea los diagnósticos

- Bacteriuria asintomática

El diagnóstico principal es una bacteriuria asintomática en una gestante de primer trimestre, por lo cual se le indica antibioticoterapia con Nitrofurantoina 100mg c/12 horas por 7 días.

Caso clínico 2

Paciente sexo femenino de 28 años, cuya fecha de última regla es el 24/03/2023.

Edad gestacional: 10 semanas + 6 días.

Acude por dolor abdominal tipo dismenorreico y sangrado genital que supera la menstruación.

ANTECEDENTES:

Datos clínicos:

G3P2002 partos eutócicos previos

patología niega

cirugía cesárea.

Medicación actual: Natalben supra.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Tensión arterial: 120/70, Frecuencia Cardíaca: 115 p.m., Temperatura: 36.70°C.

Saturación de Oxígeno: 98%.

Consciente en buen estado general, piel tibia /hidratada /elástica. Genitales externos normales. Vagina presenta bastantes restos hemáticos. Cérvix de múltipara. Presenta sangrado activo similar a menstruación.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Ecografía transvaginal: útero en ante flexión con endometrio de 13mm. Se observa saco gestacional desestructurado en canal cervical. Anexos normales. No líquido libre en espacio de Douglas.

AS: sin alteraciones. Hb 13.3 g/dl, Hto 39.5%, plaquetas 379mil/mm³. Estudio de la coagulación normal. Grupo sanguíneo A, Rh positivo.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Aborto completo

EVOLUCIÓN:

Se extrae saco gestacional de canal cervical con pinza de Foester que se remite a anatomía patológica. Se le repite ecografía, donde se aprecia un endometrio de 10mm.

TRATAMIENTO RECIBIDO EN URGENCIAS:

Metamizol 1gr ev stat

Cefazolina 2gr iv intrasop

PLAN DE CUIDADOS:

Paracetamol 1gr/8h, si dolor.

En 4-6 semanas solicitar cita por consulta externa para el resultado de anatomía patológica y control post menstrual.

Si el sangrado es muy abundante, si presenta dolor intenso u otra incidencia, regresar a emergencia.

DESTINO:

Alta

1.3 PEDIATRÍA

Caso clínico N°1

Filiación

Nombre y Apellido: S.K.F

Edad: 5 años

- Sexo: masculino
- Dirección: Callao
- Responsable: Madre

Relato:

- Tiempo de enfermedad: 2 días
- Forma: Insidioso
- Curso: Progresivo

Paciente de sexo masculino de 5 años sin antecedentes relevantes acude a consulta en compañía de su mamá con un tiempo de enfermedad de 2 días. La madre refiere que 2 días antes del ingreso presento fiebre cuantificada en 38.2°C acompañada de cefalea, 1 día antes del ingreso presentó dolor de garganta y persistía la fiebre. Niega tos, niega vómitos, niega mareos.

Examen Físico:

Peso: 19kg Talla: 111cm SpO2: 98%

-Piel: Tibia, hidratado, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, no ictericia. Se logra palpar adenopatías cervicales dolorosas

-Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa adecuadamente en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

-Abdomen: Plano, RHA (+), B/D, no dolor a la palpación, no presencia de masas, no visceromegalia.

-Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

-Orofaringe: Eritematosa, presencia de exudado.

-SNC: Conectado con entorno, con respuesta a estímulos táctiles y verbales, escala de Glasgow: 15/15.

Impresión Diagnostica:

- Faringitis Aguda

Tratamiento:

-Amoxicilina: 317 mg V.O c/8 horas x 7 días.

-Paracetamol: 285mg V.O c/6 horas x 3 días.

-Se explica a madre signos de alarma.

Cuando se evaluó al paciente se confirmó un Centor score de 5 puntos, siendo necesario la cobertura con antibioticoterapia, además del manejo antipirético. Se le explica signos de alarma a la mamá y se sugiere control por consulta externa en 72 h.

Caso clínico N°2

Filiación

Nombre y Apellido: D.F.G

Edad: 4 años

- Sexo: masculino
- Dirección: Callao
- Responsable: Madre

Relato de enfermedad:

- Tiempo de enfermedad: 3 días.
- Forma: Insidioso.
- Curso: Progresivo.

Paciente de sexo masculino de 4 años sin antecedentes significativos acude a consulta con un tiempo de enfermedad de 3 días acompañado de su madre quien informa que 3 días antes del ingreso su menor hijo presento fiebre cuantificada en 38.1°C y 4 deposiciones líquidas sin moco y sin sangre. 1 día antes del ingreso continuo con fiebre (38.0°C) y 4 deposiciones líquidas de las mismas características por lo que ante la persistencia de síntomas decidió acudir a consulta.

Examen Físico:

Peso: 15kg Talla: 102cm SpO2: 97%

-Piel: Tibio, hidratado, llenado capilar < a 2 segundos, no cianosis, no ictericia, llanto con lágrimas, mucosa oral húmeda.

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

-Abdomen: Plano, RHA aumentados, blando, no dolor a la palpación no presencia de masa, no visceromegalia.

-Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos presentes.

-Orofaringe: No eritematosa

-SNC: Despierto, activo, con respuesta a estímulos táctiles y verbales, conectado con entorno, escala de Glasgow: 15/15, no focaliza.

Impresión Diagnostica:

- Diarrea aguda infecciosa

Tratamiento:

-SRO 150 cc x c/vomito y 75 cc x c/diarrea

-Paracetamol: 225 V.O c/6 horas x 3 días.

-Líquidos a voluntad

-Se explica a madre signos de alarma.

Tras realizar una corrcta anamnesis y examen físico se hizo el diagnostico de diarrea aguda infecciosa a descartar etiología viral, por lo que se decidió hidratar al paciente por via oral y manejo antipirético. Se explica a la madre que debe brindar líquidos a voluntad a su hijo y se le explican los signos de alarma.

1.4 CIRUGÍA

Caso clínico N°1

Filiación:

Nombre y apellidos: H.T.H

- Edad: 60 años
- Sexo: M
- Dirección: Callao

Relato de enfermedad:

- Tiempo de enfermedad: 1 día
- Forma de inicio: insidioso
- Curso: Progresiva

Relato:

Paciente de sexo masculino de 60 años acude al servicio de emergencia en área de cirugía por presentar dolor abdominal desde hacer 12 horas, paciente refiere que el dolor comenzó en el centro del abdomen posteriormente con el pasar de las horas el dolor se movilizó de sitio ubicándose en la parte inferior derecha del abdomen, ahora acompañándose de fiebre 38.5, náuseas e hiporexia motivo por el cual paciente se acude al hospital.

Funciones biológicas:

Sueño: Conservado

Orina: Conservado

Deposiciones: Alteradas

Apetito: Disminuido

Antecedentes personales: Constipación crónica, gastritis crónica, diabetes.

Examen físico:

- Piel: T/H/E, llenado capilar < de 2 segundos, no palidez, no presencia de ema.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa adecuadamente en ambos hemitórax.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: blando, depresible, RHA disminuidos, presenta dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, McBurney (+), Rovsing (+), no presencia de masa ni visceromegalia, no signos peritoneales.
- SNC: Lúcido orientado en tiempo espacio y persona, E.G 15/15, no signos meníngeos, no focaliza.
- G-U: PPL (-), PRU (-)

Exámenes Auxiliares:

- Hemograma: Hb: 15 g/dL / Leucocitos: 16.300/ plaquetas: 350 000 / linfocitos: 8.500.
- Hematología: tiempo de coagulación: 6.20 min.seg/ tiempo de sangría: 2.00 min.seg.
- Serológicos: Sífilis: (-) / VIH: (-) / Hepatitis B: (-)
- Ecografía: Proceso inflamatorio mesentérico en fosa iliaca derecha, no se logra identificar apéndice cecal.
- Prueba antigénica para covid-19: No reactivo

Impresión diagnóstica:

- Apendicitis aguda

Plan:

- Se programa a paciente para realizar una apendicetomía vía laparoscópica (apendilap) por apendicitis aguda.

Informe operatorio:

- Hallazgos:
 - Apéndice cecal 10 x 2 cm congestiva en toda su extensión.
 - Base indemne.
 - Líquido inflamatorio escaso

CASO CLÍNICO N°2

ANAMNESIS

Nombre y apellidos: RPT

- Edad: 52 años
- Sexo: Masculino

- Dirección: Comas

Relato de enfermedad:

- Tiempo de enfermedad: 5 años
- Forma de inicio: insidioso
- Curso: Progresiva

Paciente de sexo masculino de 52 años acude a consultorio de cirugía por sensación de bulto a nivel de la ingle del lado derecho de 7 cm aproximadamente. Refiere que la sensación empezó hace 5 años, pero hace 1 semana aumentó de volumen. No presenta dolor en la zona, niega náuseas, vómitos ni fiebre.

Funciones biológicas:

Sueño: Conservado

Orina: Disminuido

Deposiciones: disminuido

Apetito: conservado

Antecedentes personales: hipertensión arterial controlada, niega cirugías previas.

Examen físico:

- Piel: Tibia, elástica e hidratada. Llenado capilar < de 2 segundos, no palidez, no presencia de ictericia ni edema.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: B/D, no distendido, RHA presentes. No dolor a la palpación. McBurney (-).
 - Región inguinal derecha: anillo herniario: 2-3cm, saco herniario: 7 x 3,5cm.

- SNC: LOTEPE, EG: 15/15, no signos meníngeos, no focaliza.
- G-U: PPL (-), PRU (-)

Exámenes Auxiliares:

- Hemograma: Hb: 13.8 g/dL / Leucocitos: 8500/ plaquetas: 150 000 / linfocitos: 7000.
- Hematología: tiempo de coagulación: 6.20 min.seg/ tiempo de sangría: 2.00 min.seg.
- Ecografía: en región inguinal derecha se evidencia protrusión de grasa mesentérica a través de anillo herniario de 12mm en reposo y de 17,4mm a la maniobra de Valsalva. Vasos con flujometría Doppler conservada, Impresión diagnóstica: Muestra signos compatibles con hernia inguinal izquierda
- Prueba antigénica para covid-19: Negativo.

Impresión diagnóstica: Hernia inguinal

Plan: Se le programa para sala de operación para hernioplastia laparoscópica por técnica Tapp.

Hallazgos: Defecto herniario de 3x2 en región inguinal derecha. Múltiples adherencias en todo el espacio abdominal. Lipoma pre herniario de 3x2.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El integrante de este trabajo realizó el internado médico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión el cual se fundó el 30 de Diciembre de 1941; se inauguró en la Provincia Constitucional del Callao el Hospital de Varones “Daniel Alcides Carrión”, siendo presidente de la República el Mariscal Oscar R. Benavides, Ministro de la Salud Pública el Dr. Guillermo Almenara y Presidente de la Beneficencia el Dr. Rufino Aspiazú.(1)

El Hospital Daniel Alcides Carrión, está ubicado en la provincia constitucional del Callao, avenida Guardia Chalaca 2176, Bellavista 07016, es el de mayor complejidad de toda la red de establecimientos de salud en el Callao. Pertenecer al nivel III-1, además de ser una sede docente a nivel de pre y post grado. Entre las especialidades que se encuentran en el hospital están: anestesiología y centro quirúrgico, cirugía general, cirugía de cabeza, cuello y maxilofacial, cardiología, endocrinología, gastroenterología, cirugía pediátrica, infectología, medicina interna, ginecología-obstetricia, medicina física y rehabilitación, neumología, nutrición, neurocirugía, nefrología, oncología, oftalmología, reumatología, otorrinolaringología, psicología, urología, entre otras.(1)

En este hospital, dentro de sus funciones el interno de medicina humana elabora las historias clínicas de cada paciente anotando su evolución día tras día. También participa en procesos administrativos como el llenado del FUA u hojas HIS, también en las referencias y contrarreferencias cuando sea necesario. En el caso de medicina interna el interno realiza bajo la supervisión del residente o médico asistente toma de análisis de gases arteriales, entre otras funciones o en el caso de cirugía realiza suturas, limpieza y retiro de puntos.

El interno rota por las 4 áreas: ginecología-obstetricia, medicina interna, cirugía y pediatría. En el caso de la DIRIS Callao, se decidió que el internado tendría una duración de 8 meses en el hospital y 2 meses en centro de primer nivel. Por eso, el interno rotó 8 semanas en cada especialidad profundizando en cada una de ellas y recibiendo la capacitación de los médicos residentes y asistentes e incluso participando activamente en la realización del plan de trabajo.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

1.1 Medicina interna

Caso clínico 1

El infarto agudo de miocardio (IMA) es una patología resultante del daño isquémico repentino en la región del músculo cardiaco causado por un bloqueo agudo en las arterias coronarias. Es de crucial importancia distinguir la clínica del IMA. La clínica del IMA básicamente se caracteriza por un dolor retroesternal urente con irradiación al hombro y brazo izquierdo que no cede con el suministro de nitratos, ni reposo.(2)

Las guías de manejo clínico indican iniciar con el examen físico y la solicitar un EKG con encimas cardiacas que nos permitan diferenciar si estamos frente a un infarto. El EKG característico de un IMA es la elevación del segmento ST en derivadas continuas, el cual permite precisar exactamente que región del miocardio es afectado.(3)

- Cara lateral del ventrículo izquierdo: V5-V6-AvI-I
- Cara inferior del ventrículo izquierdo: II, III, Avf
- Tabique interventricular: V1-V2
- Cara anterior del ventrículo izquierdo: V1-V4

Para poder confirmar el daño miocardio es de importancia los biomarcadores de daño cardiaco, los cuales son los siguientes:

- Aspartato transaminasa (GOT o AST): El marcador más específico en diagnóstico de IMA y ultimo en elevarse
- Mioglobina: El primer marcador en elevarse siguientes (15):
- Creatinina fosfokinasa total (CK O CPK): Marcador útil para evaluar reinfartos

Cuando se obtiene el diagnóstico de IMA hay que proceder lo antes posible para poder evitar mayor compromiso del área cardíaca afectada. El Gold estándar es la angioplastia coronaria, pero si no se cuenta con los medios necesarios para realizarlo, se procedería a una fibrinólisis.(3)

Caso clínico 2

La cirrosis es la inflamación del tejido hepático de manera crónica que se desarrolla por la proliferación de tejido fibrótico y disminución de la función de los hepatocitos. Su etiología es multifactorial; con mayor predominio por una esteatosis hepática cronificada, alcoholismo crónico, enfermedades infecciosas como hepatitis B. Actualmente la etiología prevalente en el mundo es la esteatosis hepática muy comúnmente por obesidad crónica, más los hábitos alimenticios. Desplazando al alcoholismo crónico como principal causante de cirrosis hepática. (4)

El tratamiento consiste en prevenir complicaciones agudas y crónicas de la cirrosis hepática como: sangrado variceal superior y/o inferior; encefalopatía hepática, disfunción hormonal, etc. Uno de los pilares del tratamiento para la prevención del sangrado variceal es el uso de Betabloqueadores como el principal el propranolol; además de un correcto uso de diuréticos para la prevención de extravasación de líquido en el tercer espacio, además el uso de lactulosa para un correcto tránsito intestinal y a la vez la prevención de la encefalopatía hepática.(5)

1.2 Ginecología -obstetricia

Caso clínico 1

La definición de bacteriuria asintomática es una infección del tracto urinario que no presentar manifestaciones clínicas.

La infección del tracto urinario constituyen una complicación medica más frecuente durante el embarazo con un porcentaje de hasta el 10% . Con posibilidad de complicarse en algunos casos en pielonefritis en un aproximado de 20 a 40%. El diagnostico oportuno y antibioticoterapia correcta logran controlar la infección. El agente causal de la ITU en gestante de mayor prevalencia es la Escherichia coli en 80%, concediendo con el grupo población común.(6)

El tratamiento de una ITU no complicada es de manera ambulatoria y se ordena el tratamiento según el resultado del antibiograma del urocultivo.(7)

La primera opción para el tratamiento es la nitrofurantoina 100 mg c/6 horas, si nos encontramos en los 2 primeros trimestres de embarazo como nuestra paciente que se encuentra en su semana 11 de gestación.(7)

El tratamiento se realiza dentro de los 7 días, el urocultivo de control debe realizarse 7 días después de finalizar el tratamiento.

Caso clínico 2

El aborto espontáneo es la extracción de un embrión o feto de menos de 22 semanas de gestación o con un peso inferior a 500 g, independientemente de la edad gestacional.(8)

La incidencia varía, pero se estima que ronda el 10 a 20%(8)

Posibles causas:

- Fetales: Es la etiología que más influye en la frecuencia de abortos espontáneos. Las causas fetales afectan tanto al embrión como a la placenta e incluyen la presencia de anomalías cromosómicas, genéticas y de desarrollo.(9)
- Edad: Riesgo de aborto aumenta con la edad de la madre.(9)

- Paridad: El riesgo aumentan con la multiparidad.(10)
- Tabaco: Cada cigarrillo fumado por día durante el embarazo aumenta el riesgo relativo en 1%.(10)
- Alcohol: Hay diferentes estudios sobre que tan seguro es beber alcohol durante el embarazo si es que lo hace, ya que no afecta a todas las mujeres por igual. No se recomienda beber alcohol durante el embarazo.(10)
- Cafeína: El consumo >300mg por día se asocia con riesgo de aborto espontáneo.(10)
- Empleo: El trabajo nocturno, turnos más de 6 horas o el transporte pesado aumenta ligeramente el aborto espontáneo.
- Enfermedades: El riesgo de aborto se incrementa en diabetes mellitus con mal control glucémico y algunas enfermedades inmunológicas.(11)
- Infecciones: Es causa rara
- Abortos previos: Aumenta la recurrencia de un nuevo aborto.

La herramienta diagnóstica más importante es la ecografía transvaginal.(12)

Se requiere examen vaginal con espéculo, examen bimanual, historial médico, análisis de sangre.

- Ecografía transvaginal puede detectar o descartar un embarazo ectópico, restos de retraso en la concepción o una acumulación de sangre en el útero.(13)
- Hemograma completo para verificar la pérdida de sangre y evaluar la anemia.(10)
- Recuento de glóbulos blancos y una desviación a la izquierda en los recuentos de glóbulos blancos indica infección.(10)
- Prueba de coagulación intravascular diseminada cuando el paciente sangra profusamente.(11)

En el caso tenemos a una paciente de 28 años en edad fértil que acude por sangrado y dismenorrea con antecedentes de 2 partos naturales y ninguna cesárea. Desea tener la gestación y ha estado tomando Natalben supra como suplemento nutricional. Sin embargo en el examen físico se observa un sangrado activo abundante y se solicitan pruebas complementarias con una beta hCG elevada que confirma la gestación y se solicita una prueba de imagen ecografía transvaginal dónde se observa un saco gestacional desestructurado y un endometrio engrosado confirmándose el diagnóstico de un aborto completo, además se descarga compromiso pélvico no observándose líquido libre y se descarta la posibilidad de una anemia por pérdidas hemáticas con una hemoglobina de 13g/dl. Se decide proceder a un Legrado uterino dónde se extrae el saco gestacional y se barren los restos. Por último, se decide el alta de la paciente con indicaciones médicas y con la indicación por consulta externa de ginecología entre 4-6 semanas. El manejo en este caso fue correcto debido a que todo paciente que presente un aborto espontáneo debe ser evaluado con un estudio de imagen que permita decidir realizar un Legrado uterino para extraer los restos de la gestación. Los pacientes se evalúan después de unas semanas para confirmar y descartar signos de infección uterina.

1.3 Pediatría

Caso clínico N°1

“La faringitis es una inflamación aguda de la mucosa de la orofaringe, también denominada buco- faringe o faringe media, situada por detrás de la boca abarcando desde el borde inferior del velo del paladar hasta el borde superior de la epiglotis La zona afectada es muy susceptible de ser infectada por gérmenes debido a que forma parte a la vez del tracto digestivo y del respiratorio.”(14)

En el caso 1 se evaluó a un paciente de sexo masculino de 5 años sin antecedentes significativos que acudió a consulta en acompañado de su mamá refiriendo que presento un cuadro febril cuantificado en 38.2°C que se acompañaba de cefalea. Agrega que presento un día después dolor de garganta

y persistencia del cuadro febril por lo que decidió acudir al establecimiento de salud. Tras realizar la anamnesis y examen físico se evidencio un Centor score de 5 puntos, considerando necesario el uso de antibioticoterapia y antipirético. Antes de dar de alta al paciente se le explica a la madre signos de alarma y se sugiere evaluación por consultorio externo en 72 horas.

Caso clínico N°2

“La gastroenteritis aguda es una inflamación de la mucosa gástrica e intestinal. Se traduce clínicamente en un cuadro de diarrea de instauración rápida, con o sin signos y síntomas acompañantes tales como náuseas, vómitos, fiebre o dolor abdominal.”(15)

En el caso clínico 2 se evaluó a un paciente de sexo masculino de 4 años sin antecedentes significativos que acudió a consulta en compañía de su mamá quien informó que su hijo presento deposiciones líquidas sin moco y sin sangre acompañadas de fiebre y fueron aumentando en número con el paso de los días, por lo que decidió acudir a consulta. Tras realizar la anamnesis e historia clínica se evidencio que el paciente no presenta signos de deshidratación, pues presentaba llanto con lágrimas, mucosa oral húmeda, diuresis conservada y LOTEPE, por lo que se diagnosticó diarrea aguda infecciosa a descartar etiología viral. El manejo fue con sales de rehidratación oral con reposición de líquidos por cada deposición y/o vomito junto con antipiréticos. Se explica a la madre que debe brindar líquidos a voluntad a su hijo y se recomienda evaluación por consultorio externo de pediatría en 72 horas.

1.4 Cirugía

Caso clínico N°1

El paciente es diagnosticado con apendicitis aguda, que se denomina apéndice agudo debido a la obstrucción de la luz del apéndice y la infección resultante. Su etiología es multifactorial y a menudo se asocia con la formación de apendicitis o hipertrofia de las placas de Peyer, dando lugar a un proceso infeccioso en el que se produce acumulación de material purulento en su interior y engrosamiento de la pared por infiltración de células inflamatorias, seguido de isquemia y

necrosis de las mismas, dando lugar a perforación y posterior formación de placa en un absceso apendicular como principal complicación aguda.(16)

El diagnóstico de apendicitis aguda se basa en la presentación clínica. Una buena historia clínica combinada con un examen físico completo nos permite hacer un diagnóstico en la mayoría de los casos.(17)

Para mayor certeza diagnóstica usamos el score de Alvarado la cual hace referencia en dar un puntaje por síntoma, signo y anormalidad en el estudio de laboratorio encontrada en pacientes con sospecha de apendicitis aguda como en el caso del paciente que presentó un score de 8 puntos.(18)

Según este indicador, la paciente era candidata a tratamiento quirúrgico, por lo que retrasar la apendicectomía aumenta el riesgo de perforación. Por lo tanto, se recomienda hacerlo lo antes posible. Sin embargo, algunos estudios han demostrado que el resultado clínico no es afectado por el momento quirúrgico (cuando la cirugía se realiza en las primeras 12 horas de presentación al servicio de emergencias).(19)

Caso clínico N°2

El paciente presenta un cuadro de hernia inguinal directa. Las hernias son un problema frecuente en la consulta de cirugía y el riesgo aumenta con la edad siendo el grupo etario con mayor incidencia alrededor de los 60 años. Si bien la hernia suele ser asintomática al inicio, puede complicarse con estrangulamiento intestinal o encarcelación. Las hernias inguinales directas, como es el presente caso, pasan medialmente por los vasos epigástricos inferiores y no se asocia a un conducto peritoneo vaginal permeable.(20)

El diagnóstico de la hernia umbilical es clínico, por lo que se requiere una anamnesis adecuada mediante una historia clínica adecuada y un examen físico óptimo. En este caso se solicitó ecografía de abdomen inferior con resultado positivo. En el examen físico, se evalúa al paciente de pie y se le pide que tosa o se esfuerce para evaluar la maniobra de Valsalva. Posteriormente, se intenta bajar el contenido de la bolsa a la cavidad abdominal, lo que ayudará a

determinar la naturaleza de la hernia. En este caso se trata de una hernia inguinal directa sin signos de complicaciones.(21)

El método de elección para las hernias inguinales es la hernioplastia laparoscópica. La ventaja de este método es que es simple y rápido, reproducible y fácil de usar en cualquier medio. No altera la anatomía normal de la región de la ingle y el muslo y tiene baja morbilidad y mortalidad.(22)

La técnica quirúrgica preferida para este tipo de pacientes es el método de Lichtenstein, que consiste en una hernioplastia sin tensión basada en la colocación de una malla como reparación adecuada del defecto herniario con muy baja tasa de recurrencia o complicaciones futuras.(23)

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El interno de medicina rota por cuatro grandes especialidades: Medicina Interna, Cirugía, Ginecología -obstetricia y pediatría. En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, el interno rota durante 8 meses siendo la duración de dos meses cada rotación y los 2 meses restantes en el Centro de Salud Materno Infantil Perú Korea Bellavista; cada rotación tuvo diferentes dificultades, pero se aprendió en cada una de ellas.

En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, se permitió rotar en 4 rotaciones, en cada rotación se atendió hospitalización, donde el interno realizaba la historia clínica y se encargaba de informar sobre la evolución del paciente y si este respondía al tratamiento.

Dentro del centro de salud se aprendió sobre qué tan importante es la atención primaria en salud, la prevención y promoción de estilos de vida saludable.

Para el interno es muy importante tener buena base de conocimientos para así poder atender a cada paciente. Durante todo el tiempo del internado médico se aprende de cada experiencia tanto en lo personal como grupal, te va formando en carácter y así poder decidir estando bajo presión todo en beneficio del paciente, ya que da una alegría cuando la evolución es favorable.

CONCLUSIONES

El internado médico es de suma importancia para el futuro médico, durante 10 meses gana conocimiento y experiencia estando bajo supervisión de médicos más experimentados. Es la etapa donde se consolidan los conocimientos adquiridos durante los años previos y donde interactúa más cerca de cada paciente y se desarrolla más el aspecto ético. Aunque el tiempo de duración fue de 10 meses no creo haya sido suficiente porque anteriormente eran de 12 meses, ya que hay muchos casos de que aprender y cada paciente es un libro abierto. En cuanto a los tutores de cada rotación cumplieron un rol importante ya que apoyaron en el aprendizaje y desarrollo de cada tema, así como en el ambiente laboral.

Si hubo actividades académicas en cada rotación, en cada una se desarrolló de manera correcta siendo la dificultad diferente en cada hospital y centro de salud, las rotaciones se aprovecharon al máximo, se aprendió las patologías más prevalentes de cada especialidad, así como su manejo. El saber que cada paciente presenta una mejoría es gratificante ya que vale cada esfuerzo.

RECOMENDACIONES

Para los nuevos internos se recomienda que saquen provecho a cada rotación dentro del hospital y en el centro de salud, el tiempo queda relativamente corto y hay mucho que aprender. Se recomienda aumentar el tiempo de internado a 12 meses ya que queda corto el tiempo.

Se recomienda a los tutores de cada servicio, ser mucho más empáticos con los internos y apoyar más para el beneficio del interno, además de aumentar las actividades académicas con el fin de adquirir más aprendizaje.

Se recomienda mejorar las condiciones del interno, brindando equipo de protección personal (EPP) así mismo al interno utilizarlo y desecharlo correctamente.

Asimismo, tener un horario establecido, donde se cumplan con los horarios de entrada y de salida.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. Historia – Hospital Nacional [Internet]. [citado 8 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.hndac.gob.pe/historia/>
2. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 7 de enero de 2018;39(2):119-77.
3. Collet JP, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauersachs J, Bhatt DL, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 7 de abril de 2021;42(14):1289-367.
4. Bernal JFM, Morales EL, Sandino NJ, Franco DM. Cirrosis hepática o falla hepática crónica agudizada: definición y clasificación. *Rev Repert Med Cir*. 14 de julio de 2022;31(2):112-22.
5. Cirrosis hepática. Actualización [Internet]. [citado 8 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-X0213932412502272>
6. Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología del 2018.pdf [Internet]. [citado 8 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guías%20de%20Práctica%20Clínica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatología%20del%202018.pdf>
7. Infección del tracto urinario en la embarazada [Internet]. [citado 8 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-13091447>
8. Aborto espontáneo - Ginecología y obstetricia [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 11 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/aborto-espont%C3%A1neo>
9. Castillo Taucher S, Fuentes Soto AM, Paulos Millanao A, De La Rosa Rebaza E. Estudio cromosómico en abortos espontáneos. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2014;79(1):40-6.
10. Alfredo Germain A, Cecilia Fabres V, Cristián Huidobro A, Emilio Fernández O. Aborto recurrente. Aproximación diagnóstica para un complejo síndrome reproductivo. *Rev Médica Clínica Las Condes*. noviembre de 2014;25(6):898-907.
11. Miranda JN. Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos. *ARS MEDICA Rev Cienc Médicas*. 1986;15(2):64-9.

12. tratamiento_de_la_perdida_recurrente_de_embarazos-spanish.pdf [Internet]. [citado 11 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.asrm.org/globalassets/rf/news-and-publications/bookletsfact-sheets/spanish-fact-sheets-and-info-booklets/tratamiento_de_la_perdida_recurrente_de_embarazos-spanish.pdf
13. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 193: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol.* marzo de 2018;131(3):e91-103.
14. Faringitis y amigdalitis. Tratamiento etiológico y sintomático [Internet]. [citado 8 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13021226>
15. 2-diarrea_aguda.pdf [Internet]. [citado 8 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2-diarrea_aguda.pdf
16. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura Acute appendicitis: literature review. *Cir Gen.*
17. González RCR, Álvarez JG, Téllez RT. Apendicitis aguda: Revisión de la literatura.
18. Yegros-Ortiz CD, Lezcano Sarabia DA, Ferreira Bogado M, Montiel Alfonso MÁ, Cano González MR. Evaluation of the Alvarado Scale in the clinical diagnosis of acute appendicitis in the Emergency Department of the Hospital Nacional Itauguá in the years 2018 and 2019. *Rev Nac Itauguá.* 30 de junio de 2022;14(1):46-57.
19. Urbina VG, Vázquez SR, Gutiérrez MT. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. *Rev Medica Sinerg.* 1 de diciembre de 2019;4(12):e316-e316.
20. Hernia inguinal. La lucha contra la profusión [Internet]. [citado 8 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-pdf-S0212538218300384>
21. Hernia inguinal - NIDDK [Internet]. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. [citado 8 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/hernia-inguinal>
22. a08.pdf [Internet]. [citado 8 de junio de 2023]. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v30n1/a08.pdf>
23. Olea JM, Díaz-Caballero A, Vicens C, Cuadrado A, Valentí V, Pastor C. Cirugía mínimamente invasiva de la hernia inguinal. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2005 [citado 8 de junio de 2023];28. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000600006&lng=en&nrm=iso&tlng=en

