

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DE INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL PERIODO 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA

PRESENTADO POR

NICOLLE GIOVANNA PERALTA TARAZONA

ALESSANDRA BRENDA ROJAS APUMAYTA

ASESOR

DIEGO ROLANDO SEVILLA VEGA

LIMA - PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA
HUMANA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**EXPERIENCIA DE INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL PERIODO 2023-2024**

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

PRESENTADO POR

**NICOLLE GIOVANNA PERALTA TARAZONA
ALESSANDRA BRENDA ROJAS APUMAYTA**

ASESOR

M.C. DIEGO ROLANDO SEVILLA VEGA

LIMA-PERÚ

2024

i

JURADO

Presidente: DR. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: DR. JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro: DR. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

Dedicamos de una manera especial a nuestros padres que estuvieron acompañándonos en cada paso que damos, que son nuestra motivación y respaldo para cumplir nuestra profesión.

Al Hospital Nacional Hipólito Unanue, donde realizamos nuestro internado, por enseñarnos tanto, gracias a cada doctor y cada paciente que nos apoyó durante nuestro camino.

INDICE

DEDICATORIA	III
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	0
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	40
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	41
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA SOBRE LA EXPERIENCIA	51
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	53
FUENTES DE INFORMACIÓN	54

RESUMEN

En el estudio se plantea mostrar la experiencia vivida durante el internado médico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo abril 2023-enero 2024, ilustrando casos clínicos relevantes que servirán de guía para futuras situaciones médicas que se pudieran presentar cuando ejerzamos; además de mostrar con ello el manejo de ciertas enfermedades comunes y no tan comunes en nuestro medio. Se presentan 4 casos clínicos por cada rotación llevada en el internado, siendo en total 16 de las 4 grandes especialidades por las cuales se ha rotado en los 10 meses de internado, siendo estas: Pediatría, Medicina Interna, Cirugía y Ginecología. En conclusión, el internado médico es una experiencia en la cual se permite al estudiante de medicina involucrarse de manera activa en el ámbito hospitalario donde podemos desarrollar competencias que serán de gran relevancia para ejercer la profesión de medicina humana, tanto a nivel académico aprendiendo sobre la fisiopatología y el manejo de diversas enfermedades, a nivel humanista y moral para acompañar al paciente durante su estancia hospitalaria así como también las relaciones interpersonales formadas a lo largo del internado; las cuales en conjunto nos servirán para poder ejercer la profesión médica de manera responsable y consciente a fin de priorizar el bienestar del paciente.

Palabras clave: Internado, casos clínicos, especialidades médicas

ABSTRACT

Through this work, we propose to show the experience lived during the medical internship at the Hipólito Unanue National Hospital, in the period April 2023-January 2024, illustrating relevant clinical cases that will serve as a guide for future medical situations that may arise when we practice as doctors.; in addition to showing the management of certain common and not so common diseases in our environment. 4 clinical cases are presented for each rotation carried out in the internship, with a total of 16 clinical cases from the 4 major specialties through which the internship has been rotated in the 10 months, these being: pediatrics, internal medicine, surgery and gynecology. In conclusion, the medical internship is an experience in which the medical student is allowed to actively get involved in the hospital environment where we can develop skills that will be of great relevance to practice the profession of human medicine, both at an academic level by learning about pathophysiology and the management of various diseases, at a humanistic and moral level to accompany the patient during their hospital stay as well as the interpersonal relationships formed throughout the internship; which together will help us to be able to exert medical pressure in a responsible and conscious manner in order to prioritize the well-being of the patient.

Keywords: Internship, clinical cases, medical specialties

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DE INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO U NANUE EN EL PERIODO 2022-2023

AUTOR

NICOLLE GIOVANNA PERALTA TARAZONA,

RECUENTO DE PALABRAS

14418 Words

RECUENTO DE CARACTERES

87360 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

65 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

112.7KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 4, 2024 11:07 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 4, 2024 11:09 AM GMT-5**● 15% de similitud general**

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

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

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

INTRODUCCIÓN

internado es el último año de la carrera, durante dicho periodo se aplica todo lo que se aprendió en los años previos tanto en lo teórico como en lo práctico.

Es una etapa muy importante para llegar al objetivo de ser médico, aquí se desarrolla un aprendizaje largo donde se toma mejores conocimientos sobre los sistemas de salud que forman parte de nuestro país, nos permite asimismo tener una mejor relación médico-paciente, ya que es lo que se vive día a día durante esta etapa. En este periodo nuestros aprendizajes lo llevamos a cabo en conjunto con los doctores que son los que nos guían durante este proceso para poder iniciar desde una correcta ecoscopia hasta llegar a un diagnóstico certero con el tratamiento adecuado para cada paciente.

El internado médico ha constatado de cuatro rotaciones que involucran: Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Pediatría-Neonatología. Tuvimos el agrado de realizarlo nuestro internado medico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, que se encuentra ubicado en el distrito de El Agustino, perteneciente a Diris Este del departamento de Lima; actualmente, es el único nivel III-1, en la jurisdicción, que conforman los distritos pertenecientes a esta DIRIS. El internado tuvo una duración de 10 meses que inicio desde el 1 abril de 2023 hasta enero de 2024.

En este trabajo se presentan los aprendizajes y, asimismo, vivencias que se tuvo en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante nuestro último año de carrera, en el periodo 2023-2024.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Rotación en Pediatría

1.1.1 Caso clínico n.º 1

Anamnesis

Paciente femenino de 6 años, procedente de Emergencia, con tiempo de enfermedad de 1 semana, de inicio insidioso y curso progresivo, en el cual la madre refiere que el cuadro inicia con picos febriles de forma interdiaria asociado a poliuria, disuria, dolor en hipogastrio y región lumbar, madre agrega que medica con metamizol y amoxicilina en una oportunidad luego de lo cual fiebre remite; 4 días antes de su ingreso refiere que picos febriles continúan además de sintomatología asociada por lo cual acude a centro de salud donde indican amoxicilina en jarabe cada 8 horas, con lo cual síntomas ceden de manera parcial. Se agrega vómitos en 2 oportunidades por lo cual acude por emergencia.

1. Funciones biológicas:

- **Apetito:** Disminuido
- **Sueño:** Conservado
- **Sed:** conservado
- **Diuresis:** conservado
- **Deposiciones:** conservado

2. Antecedentes

- **Prenatales:** 9 Controles prenatales, anemia materna, infección urinaria en el primer trimestre
- **Natales:** Recién nacida a término, fase prolongada de trabajo de parto, peso al nacer 3.100, APGAR 9'9', alta conjunta
- **Patológicos:** Hospitalizada a los 6 meses por bronquiolitis, 4 días, HNHU; segunda hospitalización a los 4 años por infección urinaria, durante 15 días en hospital de Huancavelica; tercera hospitalización a los 5 años por infección urinaria, durante 3 días, HNHU.
- **Quirúrgicos:** niega; alergias a medicamentos o alimentos: niega

- Familiares: Madre 25 años, aparentemente sana; Padre 29 años, aparentemente sano; hermana 4 años, aparentemente sana
 - Epidemiológicos: Cuenta con luz, agua y desagüe; niega crianza de animales; niega contacto con personas con tuberculosis; viaje reciente; hace 6 meses a Huancavelica
3. Examen físico en emergencias:
- Funciones vitales: FC: 120x'; FR:19x'; T°:40°C; Sat:98%, Peso:18 kg
 - Piel: llenado capilar <2''
 - Tórax y pulmón: Adecuada amplexación pulmonar, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
 - Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad.
 - Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no signos peritoneales.
 - Genitourinario: Puño percusión lumbar positivo de lado derecho.
 - Neurológico: despierto, reactivo, Escala Glasgow 15/15.
4. Exámenes auxiliares:
- Hemograma: Leucocitos 10.04, Hemoglobina:8.6, Hematocrito:25.8, Plaquetas:307000, Bandas 00%; PCR:11.63
 - Electrolitos: Na+:135.1, K+:3.40, CL-:105.6, Osmolaridad:269.7
 - Examen de orina: Color amarillo, aspecto turbio, densidad 1010, pH:6.0, glucosa negativa, cetona negativa, hemoglobina negativa; Leucocitos más de 100 por campo, Píocitos 1+, Hematíes 1-3 por campo; Células epiteliales escasos, Gérmenes escasos
 - Ecografía renal y vesical: Riñones y vejiga sin alteraciones ecográficas
5. Listado de problemas:
- Fiebre
 - Disuria
 - Polaquiuria
 - Vómitos
 - Dolor en hipogastrio y región lumbar
6. Diagnósticos sindrómicos.
- Síndrome miccional
 - Síndrome febril
 - Síndrome doloroso abdominal

7. Impresión diagnóstica:

- Infección del trato urinario
- Descartar: Pielonefritis
- Anemia moderada

8. Plan de trabajo:

- Laboratorio: Hemograma completo, PCR, examen completo de orina, urocultivo, electrolitos, urea, creatinina, glucosa, ecografía renal
- Inicio de antibioticoterapia endovenosa: Amikacina 270mg cada 24 horas
- Manejo sintomático: metamizol 450mg condicional a $T^{\circ} >38^{\circ}\text{C}$, Ondasetron 3mg condicional a náuseas o vómitos

Caso clínico n.º 2

1. Anamnesis:

Paciente femenino de 8 años de edad, procedente de emergencia, ingresa al servicio de pediatría referida del Centro de Salud de Huarochirí con tiempo de enfermedad de 5 días caracterizado por dolor abdominal que madre asocia a constipación por lo cual 4 días antes de su ingreso madre medica con laxante, medio frasco de leche magnesia; 3 días antes de su ingreso medica con resto de frasco de laxante lo que genera deposiciones líquidas en 4 oportunidades, sin moco, sin sangre, agrega que el dolor abdominal aumenta de intensidad; 2 días antes de su ingreso presenta 1 vómito de contenido alimentario asociado a dolor abdominal en epigastrio por lo cual acude a centro de salud Huarochirí donde indican que se trataba de una parasitosis y recetan metronidazol 7.5cc cada 8 horas por 7 días e ibuprofeno cada 12 horas por 3 días. Paciente persiste con dolor abdominal por lo cual acude nuevamente a centro de salud donde suspenden tratamiento indicado previamente y dan de alta, en la noche aumenta dolor abdominal por lo que vuelve a acudir a centro de salud donde además se agregan vómitos por lo cual es referida a este nosocomio y cuando llegan a emergencia se percatan de coloración amarillenta de la piel.

2. Funciones biológicas:

- Apetito: Disminuido
- Sueño: Aumentado
- Sed: Disminuida

- Diuresis: Conservado
- Deposiciones: No realiza deposiciones desde hace 2 días

3. Antecedentes:

- Prenatales: Primera gestación, 6 Controles prenatales, niega interurrencias durante gestación
- Natales: Recién nacida a término de 39 semanas de parto eutócico, peso al nacer 3075gr, APGAR 9'9', alta conjunta
- Fisiológicos: inmunizaciones completas (no muestra carnet de vacunación), lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, ablactancia a los 6 meses
- Patológicos: Hospitalizada por infección estomacal cuando tenía 1 año de edad, 3 días de hospitalización.
- Quirúrgicos: niega; alergias a medicamentos o alimentos: niega
- Familiares: Madre 31 años, aparentemente sana; Padre 31 años, aparentemente sano
- Epidemiológicos: Cuenta con luz, agua y desagüe; crianza de animales: 1 gato; niega contacto con personas con tuberculosis o covid 19.

4. Examen físico en emergencia:

- Funciones vitales: FC: 159x'; FR:22x'; T°:38.7°C; Sat:98%, Peso:22 kg
- Piel: caliente, hidratada, llenado capilar <2'', ictericia en piel y mucosas, escleras +/-+++
- Tórax y pulmón: No tiraje subcostal, adecuada amplexación pulmonar, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos aumentando en frecuencia de buena intensidad
- Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación en hipocondrio y flanco derechos, no signos de irritación peritoneal
- Neurológico: Despierta, reactiva, Escala Glasgow 15/15

5. Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos 5.91, Hb 15.4, Hcto 43.6, plaquetas 314000, pcr 0.12
- Perfil de coagulación: TP 17.7 seg, INR-TP 1.62

- Ecografía abdominal: vesícula de paredes engrosadas, de aspecto reactivo, leve engrosamiento de paredes de vena porta, sugestivo de proceso inflamatorio infeccioso hepático

- Hepatitis A Ac IgM: 9.76 (reactivo)

6. Listado de problemas:

- Fiebre
- Vómitos
- Ictericia
- Dolor en hipocondrio y flanco derecho

7. Diagnósticos sindrómicos.

- Síndrome icterico
- Síndrome febril
- Síndrome doloroso abdominal

8. Impresión diagnóstica:

- Síndrome doloroso abdominal
- Hepatitis aguda viral

9. Plan de trabajo:

- Laboratorio: Hemograma completo, PCR, examen completo de orina, perfil hepático, electrolitos, urea, creatinina, glucosa, perfil de coagulación, ecografía abdominal, serología para hepatitis
- Hospitalización
- Inicio de protector gástrico, lactulosa y vitamina K
- Vigilar signos de sangrado activo
- Monitoreo neurológico
- Exámenes de laboratorio control: Hemograma completo, perfil de coagulación, electrolitos y perfil hepático

Caso clínico n.º 3

1. Anamnesis

Paciente masculino de 4 años, procedente del distrito de El Agustino (Lima), acude a emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, con un tiempo de enfermedad de +/- 3 días, madre evidencia lesiones violáceas a nivel de miembros inferiores y superiores, asociado a lesiones puntiformes que luego van apareciendo a nivel de la espalda, abdomen, rostro, pabellón auricular, y paladar.

Niega fiebre actual. Madre además refiere, que hace +/- 2 semanas previas, presenta episodios de vómitos, deposiciones líquidas, fiebre y tos, motivo por el cual toma antibióticos, analgésicos.

2. Funciones biológicas:

- Apetito: conservado
- Sed: conservado
- Diuresis: conservado
- Deposiciones: conservado (2 veces al día)

3. Antecedentes:

a. Personales:

- Vivienda: material noble, número de personas en casa: 04.
- Cuenta con servicios básicos como agua potable, electricidad
- Alimentación: balanceada
- Viajes recientes: niega
- Crianza animales: niega
- Condición socioeconómica: media
- Alergias: niega
- Cirugías previas: niega
- Peso: 19kg, talla: 1.12cm.

b. Fisiológicos:

- Parto por cesárea por cesárea por macrosomía (4600 gramos), a término

c. Patológicos:

- Infección gastrointestinal tratado en Hospital Nacional Hipólito Unanue (2019): a los 8 meses de recién nacido

d. Familiares:

- Papá: Vive, aparentemente sano
- Mamá: vive, aparentemente sano
- Abuelos: viven, aparentemente sano

4. Examen general en emergencia:

- Funciones vitales: FC: 102 X', FR: 24 X', T: 37°C, SATO2: 99% FIO2: 0.21%
- Aspecto general: Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación.

- Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2 segundos, presencia de hematomas en extremidades superiores e inferiores, tórax, abdomen, y espalda; petequias en zonas retroauriculares.
 - Boca: Mucosas hidratadas, orofaringe leve congestión, presencia de petequias en paladar.
 - Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
 - Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
 - Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes. Blando, depresible. No se palpan masas. Se evidencian petequias
 - Sistema musculoesquelético: Movilización de extremidades, sin alteraciones.
 - Sistema nervioso central: Activa. Escala Glasgow 15/15.
5. Exámenes auxiliares:
- Grupo y factor: O+
 - Hemograma: hemoglobina: 11.4, hematocrito: 33.4, VCM: 75.7, HCM: 25.9, leucocitos: 9.21 (Neutrófilos: 27%, bandas: 0%, linfocitos: 60%, monocitos: 6 %, eosinófilos: 4 %, linfocitos atípicos: 3 %), plaquetas: 10000, PCR: 0.07, creatinina: 0.41
 - Perfil coagulación: INR: 1.25, TP: 13.7, TTP: 41.4, fibrinógeno: 222
 - Electrolitos: Na: 138.2, K: 4.36, Cl: 107.2
 - Perfil hepático: GGT: 8.34, FA: 165.52, TGP: 12.53, TGO: 28.55, BT: 0.35, BD: 0.04, PT: 6.29, albumina: 4.14.
6. Listado de problemas:
- Presencia de petequias y hematomas
 - Plaquetopenia severa
7. Impresión diagnóstica:
- Plaquetopenia severa: Purpura trombocitopénica idiopática probable
 - Diagnóstico nutricional: Eutrófico
8. Plan trabajo:
- Iniciar dexametasona 0.6 mg/kg/día
 - Vigilar signos de sangrado para probabilidad de transfusión de plaquetas
 - Evitar inyectables y AINES

-Reposo relativo

-Se solicita: ácido fólico, ANA, ANCA, C3, ferritina, vitamina B12, VHC, VHB, VSG, TORCH IgM, IgG, VIH.

Caso clínico n.º 4

1. Anamnesis

Paciente femenino de 10 años, procedente del distrito de San Martín de Porres, con un tiempo de enfermedad de cuatro días, menor refiere que nota la presencia la masa en la región inguinal izquierda, dos días antes del ingreso, presenta sensación alza térmica, y leve dolor en zona inguinal izquierda que progresa en tamaño, por lo que deciden acudir a Hospital Nacional Hipólito Unanue donde es hospitalizada.

2. Funciones biológicas:

- Apetito: conservado
- Sed: conservado
- Sueño: conservado
- Diuresis: conservado
- Deposiciones: conservado

3. Antecedentes:

a. Personales:

- Vivienda: material noble, número de personas en casa: 06.
- Cuenta con servicios básicos como agua potable, electricidad
- Alimentación: balanceada
- Viajes recientes niega
- Ocupación: estudiante
- Crianza animales: 01 gato
- Condición socioeconómica: baja
- Alergias: niega
- Hábitos nocivos: niega
- Cirugías previas: niega
- Peso: 37kg, talla: 1.38cm.
- Vacunas incompletas (hasta 1 año 7 meses)

b. Fisiológicos:

- Parto eutócico, a término, peso: aproximado 3000 gramos.

c. Patológicos:

-No refiere

d. Familiares:

-Papa: vive, aparentemente sano

-Mama: vive, aparentemente sano

-Hermanos: viven, aparentemente sanos

4.Examen general en el servicio

- Funciones vitales:

FC: 91 X', FR: 20 X', T: 36.8°C, SATO2: 98% FIO2: 0.21%

- Aspecto general: Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación.

- Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2 segundos.

- Boca: Mucosas hidratadas, orofaringe sin signos de congestión.

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

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

- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes. No distendido. Blando, depresible. No masas palpables.

- Región inguinal izquierda: Se evidencia masa indurada, no móvil, de aproximadamente 4.5 cm x 3cm con leve eritema con aumento de volumen, doloroso a la palpación profunda.

- Sistema musculoesquelético: Movilización de extremidades, sin alteraciones.

- Sistema nervioso central: Escala Glasgow 15/15.

5. Exámenes auxiliares:

-Hemograma: hemoglobina: 12.7, leucocitos: 9.24 (Neutrófilos: 60%, linfocitos: 30%, monocitos: 05%, eosinófilos: 04%, bandas: 00%), plaquetas: 388000, PCR: 3.94.

-Prueba COVID: negativo

-BK esputo: negativo

-Ecografía abdominal: órganos abdominales evaluados ecográficamente conservados.

-Ecografía partes blandas región inguinal izquierdo: Imágenes lineales anecogénicas en relación a edema, presenta múltiples adenopatías de

tamaño incrementado que mantiene su hilo vascular, la mayor de 22x14 mm y otras de iguales características en menor tamaño.

6. Listado de problemas:

- Adenitis inguinal
- Sensación alza térmica

7. Impresión diagnóstica:

- Adenitis inguinal: descartar enfermedad arañazo de gato vs tuberculosis ganglionar

- Diagnóstico nutricional: eutrófico

8. Plan trabajo:

- Iniciar cobertura antibiótica
- Solicitar IgG bartonella henselae
- Tomar hemocultivo
- Tomar BK esputo, orina, heces y prueba tuberculínica

Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 1

Anamnesis:

Paciente de sexo femenino de 84 años, procedente de emergencias, que ingresa por el servicio de medicina interna, con tiempo de enfermedad de 2 días, de inicio insidioso y curso progresivo; familiar de paciente refiere inicio de cuadro clínico caracterizado por hiporexia e hipoactividad, persiste los dos días antes de su ingreso con dicha sintomatología; el día de su ingreso se agrega alza térmica. En emergencia se evidencia presión arterial en 70/40 mmHg, FC 104, FR 22, T°36.7°C, SatO₂: 88% además de que la paciente se encontraba poco reactiva a estímulos, por lo cual se decide pase a unidad de trauma shock donde se procede a reponer fluidos con lo cual mejora presión arterial a 94/60, posterior a ello pasa a tópicos de medicina interna.

1. Funciones biológicas:

- Apetito: disminuido
- Sueño: aumentado
- Sed: disminuida
- Diuresis: aumentada

3. Antecedentes:

a. Patológicos:

- Síndrome de Sheehan: diagnosticado en 2009 en tratamiento con prednisona 5mg 1 tableta en desayuno, ½ tableta en el almuerzo
- Hipotiroidismo: secundario a Síndrome de Sheehan, en tratamiento con levotiroxina 100ug 1 tableta en ayunas
- Alzheimer: diagnosticado en 2010 en tratamiento con Memantina 100mg c/12h, Escitalopram 10 ½ tableta en las noches
- Parkinson: diagnosticado hace 2 años en tratamiento con levodopa/carbidopa 250/25 mg ¼ tableta cada 8 horas
- Osteoporosis: En tratamiento con citrato de calcio 500mg c/24h
- Episodios de síncope de origen desconocido desde hace 5 años y se presenta cada 2 a 4 meses por lo cual lleva consulta con medico cardiólogo de manera particular, en tratamiento con amiodarona 200mg ½ tableta interdinario (L-M-V) y aspirina 100, mg después de almuerzo (L-M-V)

b. Alergias: penicilinas

c. Quirúrgicos: Laparotomía exploratoria por ulcera gástrica perforada hace 37años, Colectomía en 2011, Polipectomía gástrica en 2017

d. Hábitos nocivos: familiar niega

e. Familiares: aparentemente sanos

4. Examen físico en emergencia:

- Funciones vitales: PA:158/74; FC: 65x'; FR:19x'; T°:36°C; Sat:94%
- Piel: Palidez+/+++; tibia, poco hidratada, elástica, llenado capilar menor a dos segundos, no ictericia, no cianosis
- Tejido celular subcutáneo: de distribución uniforme en todo el cuerpo, edema en miembros superiores hasta articulación de codo
- Tórax y pulmón: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, ventilando sin apoyo oxigenatorio
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no ingurgitación yugular
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación profunda en hipogastrio, no signos de irritación peritoneal
- Genitourinario: micción espontánea, puño percusión lumbar positivo de lado derecho, puntos renoureterales positivo

- Neurológico: Despierta, con tendencia al sueño, reactiva a estímulos dolorosos, no responde al interrogatorio, escala Glasgow 11/15 (AO: 4, RV:2, RM:5)
- Locomotor: paciente postrado crónico

5. Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Leucocitos:21.4, Segmentados 77.3%, Hb 13, Hcto 39.4, Plaquetas 262000, bandas 03 %, PCR18.49
- Electrolitos: Na+:131.7, K+:4.12, Cl-105.9, Osmolaridad: 267.0
- Urea: 49.95, Creatinina1.72, Glucosa:103.76
- Examen de orina: Examen químico negativo, examen microscopico: Leucocitos 60-70 por campo, Píocitos 1+, Hematíes 6-8 por campo, Células epiteliales escasas, Germen: +3

6. Listado de problemas:

- Alza térmica
- Hiporexia
- Hipoactividad

7. Diagnósticos sindrómicos.

- Síndrome febril
- Síndrome miccional

8. Impresión diagnóstica:

- Sepsis punto de partida urinario: Infección del tracto urinario complicada
- Descartar: pielonefritis
- Síndrome de Sheehan por historia clínica: hipotiroidismo secundario
- Alzheimer por historia clínica
- Párkinson por historia clínica
- Postrado crónico
- Adulto mayor frágil

9. Plan de trabajo:

- Laboratorio: Hemograma completo, PCR, examen completo de orina, urocultivo, perfil hepático, perfil lipídico, electrolitos, urea, creatinina, glucosa, perfil de coagulación, ecografía renal, perfil tiroideo (TSH, T4L)
- Dieta blanda hiposódica atraumática asistida

- Inicio de antibioticoterapia endovenosa: Ceftriaxona 2gr endovenoso cada 24 horas
- Control de glucosa cada 8 horas
- Inicio de Heparina no fraccionada 5000 UI subcutáneo cada 12 horas
- Continuar medicación habitual
- Cabecera a 30°

Caso clínico n.º 2

1. Anamnesis

Paciente masculino de 31 años, procedente de emergencia por el servicio de Medicina Interna con tiempo de enfermedad de 5 meses con reagudización 20 días antes de su ingreso, de inicio insidioso y curso progresivo; paciente natural de Huancayo, refiere que vivía en Pichanaki, pero que desde junio se mudó a Lima por trabajo. Refiere que en agosto de 2023 nota "granito" en abdomen el cual de inicio fue eritematoso que posteriormente se formó como vesícula y le causaba gran escozor; refiere que se rascaba y lesión no cicatrizaba y se le hizo como una "herida", nota que a la semana presenta mismas lesiones en brazo que progresaron a vesículas pequeñas asociadas a escozor. Por motivos laborales retorna a Pichanaki donde nota que lesiones van progresando hasta llegar a aparecer en todo el cuerpo, por lo cual en agosto decide acudir a hospital en Pichanaki donde indican que podría ser Escabiosis e indican cremas y ampollas (no recuerda cuáles) luego no presenta mejoría a su sintomatología. En septiembre, regresa a Lima y acude a hospital de Huaycán donde le colocan ampollas (no recuerda qué medicamento le colocaron) y acude a dermatólogo donde le realizan biopsia, posteriormente, indica pénfigo foliáceo (noviembre 2023), por lo cual es referida a este nosocomio donde le indican como tratamiento prednisona 100mg cada 12 horas, azatioprina 50mg cada 24 horas con lo cual paciente refiere mejoría significativa de sus síntomas, lesiones desaparecen por completo y quedan hiperpigmentadas sugerentes a cicatriz.

Paciente refiere que dejó de usar medicación desde el 23 de diciembre por orden de su pastor. La primera semana de enero refiere presentar eritema

asociado a calor, escozor y con las semanas va notando descamación de la piel además de ampollas por lo cual acude por emergencia.

2. Funciones biológicas:

- Apetito: Levemente disminuido
- Sueño: Conservado
- Sed: Conservada
- Diuresis: Conservado
- Deposiciones: Conservado

3. Antecedentes:

- Patológicos: Pénfigo foliáceo diagnosticado en noviembre del 2023, actualmente sin tratamiento
- Quirúrgicos: Niega
- Alergias y reacciones adversas a medicamentos: Niega
- Familiares: Aparentemente sanos
- Epidemiológicos: Cuenta con luz, agua y desagüe, niega contacto con personas con tuberculosis o COVID-19, niega crianza de animales, viajes recientes: Pichanaki en agosto 2023

4. Examen físico en emergencias:

- Funciones vitales: PA: 90/60 FC: 63x'; FR:14x'; T°:37°C; Sat:98%
- Piel: llenado capilar <2 segundos, palidez ++/+++, no edema
- Tórax y pulmón: Adecuada amplexación pulmonar, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no ingurgitación yugular, no soplos audibles
- Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no signos peritoneales
- Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo, puntos reno ureterales negativo, micción de manera espontaneo
- Neurológico: Despierto, lucido, orientado en tiempo, espacio y persona, Escala Glasgow 15/15

5. Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Leucocitos 8.82, Eosinofilos:10.7%, Hemoglobina:12, Hematocrito:35.4, Plaquetas:406000, Bandas:00%, PCR:2.13
- Electrolitos: Na+:136.6, K+:4.62, CL-:107, Osmolaridad:272.4

- Urea:18.68, Creatinina:0.67, Glucosa basal: 101.54

6. Listado de problemas:

- Escozor
- Dolor urente
- Sensación de alza térmica

7. Diagnósticos sindrómicos.

- Síndrome febril
- Síndrome ampollar

8. Impresión diagnóstica:

- Pénfigo Foliáceo

9. Plan de trabajo:

- Dieta blanda hipoalergénica y líquidos a voluntad
- Inicio de antibioticoterapia con Oxacilina 2gr endovenoso cada 4 horas
- Sintomáticos: analgésicos, antipiréticos y antihistamínicos para manejo de sintomatología
- Interconsulta a dermatología

Caso clínico n.º 3

1. Anamnesis

Paciente masculino de 20 años, procedente de La Molina, refiere que, desde hace dos meses antes del ingreso, inicia con vómitos al inicio alimenticios, visión borrosa, astenia, pérdida de peso, cefalea por lo cual acude con diversos especialistas. Refiere que, en su última interconsulta con cardiología, 10 días antes del ingreso presenta presión arterial aumentada al igual que valor de creatinina. Dos días antes, presentó cefalea de lado parietal izquierdo de gran intensidad, vómitos biliosos por lo que decide acudir a emergencia de Hospital Nacional Hipólito Unanue. En la emergencia se le encuentra presión elevada: 190/102, por lo se le administra captopril vía oral, y se decide su hospitalización. Se solicita además interconsulta a nefrología, se coloca CVC del lado izquierdo, y se le realiza hemodiálisis.

2. Funciones biológicas:

- Apetito: disminuido
- Sed: conservado
- Diuresis: conservado
- Deposiciones: conservado

3. Antecedentes:

a. Personales:

- Procedencia: Venezuela
- Vivienda: material noble
- Cuenta con servicios básicos como agua potable, electricidad
- Alimentación: balanceado
- Viajes recientes: niega
- Ocupación: estudiante
- Crianza animales: niega
- Condición socioeconómica: media
- Alergias: niega
- Hábitos nocivos: niega
- Peso: 65kg, talla: 1.72cm.

b. Patológicos:

- Asma en la niñez

c. Medicación habitual:

- Niega

d. Familiares:

- Desconoce

e. Cirugías previas:

- Niega

4. Examen general en el servicio:

- Funciones vitales:

PA: 130/85 mmHg, FC: 79 X', FR: 18 X', T: 36°C, SATO2: 99 % FIO2: 0.21%

- Aspecto general: Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación.

- Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2 segundos. No ictericia, no

cianosis.

- Boca: Mucosas hidratadas. No sangrado activo
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes. Globuloso. Blando, depresible. No doloroso a la palpación profunda, no signos peritoneales.
- Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo.
- Sistema musculoesquelético: Movilización de extremidades, sin alteraciones.
- Sistema nervioso central: Localizado y orientado en tiempo, espacio y persona. Escala Glasgow 15/15. No signos meníngeos.

5. Exámenes auxiliares:

-Hemograma: hemoglobina: 9.1, leucocitos: 9.38, plaquetas: 212.000, PCR: 4.03, K: 4.7, fosforo: 4.64, urea: 109.9, creatinina: 8.7, triglicéridos: 148, HDL: 36, colesterol: 172, INR: 1.82, BD: 0.13, BI: 0.75, TGP: 7.67, TGO: 7.72, albumina: 4.45, proteínas: 6.63

-Ecografía renal: Nefropatía crónica bilateral de aspecto reagudizado. Imagen quística parapiélica en polo superior izquierdo.

6. Listado de problemas:

- Vómitos
- Visión borrosa
- Astenia, pérdida de peso
- Cefalea

7. Impresión diagnóstica:

- Síndrome Nefrítico: Primaria vs Secundaria
- Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis
- Descartar estenosis de la Arteria Renal
- Hipertensión Arterial
- Anemia moderada normocítica normocrómica

8. Plan trabajo

- Hidratación.
- Antihipertensivos

- Hierro Sacarato
- EPO
- Pendiente ecografía Doppler de arteria renal
- Solicitar proteinuria 24 horas, hemoglobina glicosilada, perfil tiroideo, urocultivo, C3, C4, ANA, ANCA.

Caso clínico n.º 4

1. Anamnesis

Paciente femenino de 56 años, procedente de Chilca, refiere que 5 años antes del ingreso, refiere presentar resfríos a repetición, episodios de rinorrea constantes. 4 años antes, presentar, además, episodios de malestar general, rinorrea con secreción verdosa que moderada cantidad, anosmia y odinofagia, por lo que acude a hospital en provincia, donde le realizan biopsia de senos paranasales, con conclusión de negativo para neoplasia. 3 años antes del ingreso, los síntomas siguen persistiendo, además de disfagia, pérdida de peso, dolor abdominal tipo cólicos a nivel de hipogastrio acompañado de disuria, tenesmo en repetidas ocasiones. 2 años antes, percibe que presenta eliminación de heces por la vagina, malestar general, persistiendo el dolor abdominal, tenesmo y dolor al momento de defecación, por lo que acude a hospital y es diagnosticada de fistula recto vaginal. 1 año antes del ingreso, cursa con rectorragia profusa, persiste el malestar general y además de palidez, por lo que ingresa por emergencia a hospital en provincia donde se evidencia una hemoglobina cuantificada en 3, y le realizan transfusiones de paquetes globulares, además de endoscopia alta donde le describen una lesión proliferativa de paladar blando y región subcardial hacia curvatura menor donde se observa mucosa irregular con pérdida de patrón superficial, se le toman biopsias y una colonoscopia que muestra lesión de aspecto proliferativo infiltrativo con una estenosis parcial 70 % en el canal anal hasta recto medio sin descartar una fistula rectosigmoidea. Asimismo, por parte del servicio de cirugía de cabeza y cuello le realizan toma de biopsias, resultados también de tomografía sin alteraciones. Las biopsias que fueron tomadas de estómago subcardial, tumor de paladar blando, amígdala, pared posterior de vagina recto no se evidenciaron lesiones neoplásicas. 5 meses antes es hospitalizada donde realizan colostomía para poder desfuncionalizar el colon sigmoidees por la fistula rectal; 1 mes antes, paciente refiere persistencia de odinofagia, pérdida de peso de aproximadamente 10 kilos

en los últimos 2 meses, malestar general, disnea y disfonía por lo que ingresa a emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, con signos vitales: SatO2: 86 % FiO2: 0.21 %. PA: 90/60. FC: 33, se le coloco soporte de oxígeno, a pesar este, persiste la desaturación, estridor laríngeo y esfuerzo ventilatorio, por lo que es intubada para protección de vía aérea por 8 días, y posteriormente le realizan traqueostomía. Al examen físico, se le encuentra a paciente adelgazada, con escaso tejido celular subcutáneo, portadora de tubo de traqueostomía permeable, sinequias en cavidad nasal, muguet oral, nivel respiratorio y cardiaco sin alteraciones, portadora de colostomía permeable en flaco izquierdo, neurológico sin alteraciones. 4 meses antes, presenta resultado de inmunohistoquímica de biopsia con resultados de granulomatosis linfomatoide, donde se inicia ciclo de ciclofosfamida, posteriormente después de 4 ciclos, presenta disuria, dolor suprapúbico asociado a flujo vaginal amarillento de olor fétido, fiebre, dolor lumbar por lo que acude nuevamente a consultorio de medicina interno y se le toma biopsia de tumor faríngeo. Posteriormente, a las semanas, es hospitalizada con diagnósticos de granulomatosis linfomatoide, descartar linfoma no Hodking, fistula recto vaginal, descartar infección de tracto urinario y portadora de colostomía.

2. Funciones biológicas:

- Apetito: disminuido
- Sed: conservado
- Diuresis: conservado
- Depositiones: conservado

3. Antecedentes:

a. Personales:

- Procedencia: Chilca
- Vivienda: material noble
- Cuenta con servicios básicos como agua potable, electricidad
- Alimentación: balanceado
- Viajes recientes: niega
- Ocupación: Ama de casa
- Crianza animales: niega
- Condición socioeconómica: media
- Alergias: Penicilina

-Hábitos nocivos: niega

-Peso: 51kg, talla: 1.44cm.

b. Patológicos:

-Granulomatosis linfomatoide (mayo 2023)

-Fistula recto vaginal (noviembre 2022)

c. Medicación habitual:

-Prednisona 20 mg ½ tableta 2 veces al día

-Ácido fólico 1 tableta 2 veces al día

d.Familiares:

-Hermano: hipertensión arterial

e. Cirugías previas:

-Portadora de colostomía (febrero 2023)

4.Examen general en el servicio:

- Funciones vitales:

PA: 120/80 mmHg, FC: 70 X', FR: 18 X', T: 36°C, SATO2: 97% FIO2: 0.21%

- Aspecto general: Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación.

- Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2 segundos. No ictericia, no cianosis. Adenopatía cervical submaxilar izquierda de 1x2cm, móvil, levemente dolorosa a la palpación. Cicatriz de traqueostomía a nivel de escotadura yugular.

- Boca: Mucosas hidratadas. No sangrado activo

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

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

- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes. Distendido. Portadora de colostomía a nivel de fosa iliaca izquierdo. Blando, depresible. No doloroso a la palpación superficial ni profundo. No signos peritoneales.

- Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo.

- Sistema musculoesquelético: Movilización de extremidades, sin alteraciones.

- Sistema nervioso central: Localizado y orientado en tiempo, espacio y persona.

Escala Glasgow 15/15. No signos meníngeos.

5. Exámenes auxiliares:

- Tomografía con contraste: cuello: Adenopatías en los grupos ganglionares IIB lateral.
- Patología de cavidad oral: hallazgos compatibles con linfoma de células T periféricas.

6. Listado de problemas:

- Adenopatías nivel cervical
- Disuria, dolor suprapúbico asociado a flujo vaginal amarillento de olor fétido
- Fiebre
- Dolor lumbar

7. Impresión diagnóstica:

- Granulomatosis linfomatoide
- Descartar Linfoma No hodgkin
- Fistula recto vaginal
- Portadora de colostomía
- Descartar Infección del tracto urinario

8. Plan trabajo

- Examen de orina, urocultivo
- Exámenes de laboratorio basales
- Analgésicos
- Interconsulta a oncología

Rotación en cirugía general

Caso clínico n.º 1

1. Anamnesis

Paciente mujer de 35 años procedente de emergencias por tópicos de cirugía general, con tiempo de enfermedad de 4 días de inicio insidioso y curso progresivo. Paciente refiere haber acudido por emergencia por presentar dolor abdominal difuso de 4 días de evolución que fue aumentando de intensidad con los días, agrega que cuadro inicia con disminución de apetito, además de dolor tipo cólico en epigastrio, 2 días antes de su ingreso el dolor fue aumentando de intensidad y tornándose difuso a predominio de fosa iliaca derecha, el día del ingreso paciente presenta vómitos y el dolor se torna insoportable por lo cual acude por emergencia.

2. Funciones biológicas:

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

3. Antecedentes:

- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: Lipectomia hace 10 años
- Alergias y reacciones adversas a medicamentos: niega
- Familiares: aparentemente sanos
- Epidemiológicos: cuenta con luz, agua y desagüe, niega contacto con personas con tuberculosis o covid 19, niega crianza de animales, niega viajes recientes

4. Examen físico en emergencias:

- Funciones vitales: PA: 90/60 FC: 78x'; FR:17x'; T°:37°C; Sat:98%
- Piel: llenado capilar <2 segundos, palidez +/-
- Tórax y pulmón: adecuada amplexación pulmonar, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no ingurgitación yugular, no soplos audibles
- Abdomen: globuloso por panículo adiposo, dolor a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho, Mc Burney (+), Rovsing (+), Blumberg (+)
- Genitourinario: puño percusión lumbar negativo, puntos reno ureterales negativo, micción de manera espontánea
- Neurológico: despierto, lucido, orientado en tiempo, espacio y persona, Escala Glasgow 15/15

5. Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Leucocitos 10.96, Hemoglobina 14, Hematocrito 42.1, Plaquetas 364000
- Examen de orina: Leucocitos:8-10 por campo, Hematias:3-4 por campo, Células epiteliales escasos, Germenes1+
- Electrolitos: Na+:138.4, K+:5.43, CL-:105, Osmolaridad:280.3

- Urea:42.03, Creatinina:0.96, Glucosa Basal:123.36
- Grupo Sanguíneo O+
- Ecografía abdominal: Hepatomegalia con signos de esteatosis grado II, No se observa apéndice cecal por interposición de asas intestinales, no liquido libre en cavidad abdominal
- Ecografía transvaginal: Útero y anexos ecográficamente conservados sin alteraciones, fondo de saco de Douglas libre

6. Listado de problemas:

- Hiporexia
- Dolor abdominal
- Vómitos

7. Diagnósticos sindrómicos.

- Síndrome doloroso abdominal

8. Impresión diagnóstica:

- Apendicitis aguda
- Descartar: Patología Anexial

9. Plan de trabajo:

- Nada por vía oral
- Inicio de antibioticoterapia con Ceftriaxona 2gr endovenoso cada 24 horas e hidratación
- Control de funciones vitales
- Con laboratorios completos programar para manejo quirúrgico
- Interconsulta a ginecología para descartar patología anexial

Caso clínico n.º 2

1. Anamnesis

Paciente varón de 45 años, procedente de emergencias de tópico de medicina con tiempo de enfermedad de 1 día, caracterizado por presentar dolor en testículo derecho de intensidad 6/10 de tipo punzante, asociado a edema de escrotal, agrega que dolor se irradia a región anal, además de sensación de alza térmica no cuantificada, por lo que acude por emergencia; ahí, se le toma hemoglucotest: 480mg/dl. Se estabiliza niveles de glucosa con Insulina R escala móvil, luego el paciente es transferido a cirugía general para posibilidad de desbridamiento.

2. Funciones biológicas:

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

3. Antecedentes:

- Patológicos: Diabetes Mellitus tipo 2, diagnosticada hace 23 años en tratamiento irregular con metformina 850mg, Covid 19 en 2020
- Quirúrgicos: niega
- Alergias y reacciones adversas a medicamentos: niega
- Familiares: aparentemente sanos
- Epidemiológicos: cuenta con luz, agua y desagüe, niega contacto con personas con tuberculosis o covid 19, niega crianza de animales, niega viajes recientes

4. Examen físico en emergencias:

- Funciones vitales: PA: 110/60 FC:89x'; FR:18x'; T°:37°C; Sat:98%
- Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos
- Tórax y pulmón: adecuada amplexación pulmonar, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no ingurgitación yugular, no soplos audibles.
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio.
- Genitourinario: a nivel escrotal bilateral se observa secreción purulenta con mal olor, eritema, y dolor a la palpación, con signos de flogosis y cambios de coloración a predominio de lado derecho.
- Neurológico: despierto, lucido, orientado en tiempo, espacio y persona, Escala Glasgow 15/15

5. Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Leucocitos:29.71, Segmentados 26.63, Hemoglobina: 10.2 g/dL, Hematocrito: 29.8%, Plaquetas209000, Bandas 02%; PCR:40 mg/dL
- Examen de orina: densidad 1015, Ph.5.0, Glucosa 1+, Cetona negativo, Leucocitos0-1 por campo, Hematíes 0-1, Células Epiteliales escasa, gérmenes escasos

- Electrolitos: Na+:135.3; K+:5.02, Cl-:108.2; Osmolaridad 287.7, Magnesio:1.52; Fosforo:2.58
 - Ecografía testicular y de partes blandas: Marcados cambios inflamatorios a nivel perineal y en bolsa escrotal que condiciona desplazamiento de testículo derecho; testículo derecho no evaluable.
6. Listado de problemas:
- Dolor punzante en región escrotal derecha
 - Sensación de alza térmica
 - Hiperglicemia
7. Diagnósticos sindrómicos.
- Síndrome febril
8. Impresión diagnóstica:
- Sepsis punto de partida dérmico: descartar Absceso escrotal versus Gangrena de Fournier
 - Diabetes Mellitus no controlada
9. Plan de trabajo:
- Dieta blanda hipoglucida
 - Laboratorio: Hemograma completo, PCR, examen completo de orina, electrolitos, urea, creatinina, glucosa, ecografía de partes blandas en región escrotal e inguinal, análisis de gases arteriales, urocultivo, hemocultivo
 - Inicio de antibioticoterapia con Oxacilina 1gr endovenoso cada 4 horas + Clindamicina 600mg endovenoso cada 8 horas
 - Inicio de Insulina R escala Móvil
 - Hemogluco-test cada 8 horas
 - Sintomáticos: analgésicos, antipiréticos
 - Cura Quirúrgica

Caso clínico n.º 3

1. Anamnesis

Paciente masculino de 51 años, procedente del distrito de Comas, con un tiempo de enfermedad de 06 meses, acude por consultorio externo a Hospital Nacional Hipólito Unanue para restitución intestinal por antecedente de post operado de laparotomía exploratoria más resección colon sigmoideas más

colostomía por diverticulitis complicada. Hallazgos intraoperatorios: Líquido fecaloideo en 04 cuadrantes de volumen +/- 1.5 litros, perforación de +/- 2 cm diámetro en borde antimesentérico de colon sigmoide, adherencias internas laxas, resección de +/- 10 cm de colon sigmoide. Niega, en el momento de evaluación, alguna molestia.

2. Funciones biológicas:

- Apetito: conservado
- Sed: conservado
- Sueño: conservado
- Diuresis: conservado
- Deposiciones: conservado

3. Antecedentes:

a. Personales:

- Vivienda: material noble, número de personas en casa: 04.
- Cuenta con servicios básicos como agua potable, electricidad
- Alimentación: balanceado
- Viajes recientes: niega
- Ocupación: independiente
- Crianza animales: niega
- Condición socioeconómica: media
- Alergias: niega
- Hábitos nocivos: niega
- Peso: 75kg, talla: 1.78cm.

b. Patológicos:

- Hipertensión arterial controlada

c. Medicación habitual:

- Enalapril 10 mg cada 24 horas

d. Familiares:

- Desconoce

e. Cirugías previas:

-Laparotomía exploratoria por diverticulitis complicada (hace 6 meses)

-Apendicetomía (hace 7 años).

4. Examen general en el servicio:

- Funciones vitales:

PA: 120/65 mmHg, FC: 69 X', FR: 19 X', T: 36.5°C, SATO2: 99% FIO2: 0.21%

- Aspecto general: Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación.

- Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2 segundos. No ictericia.

- Boca: Mucosas hidratadas, orofaringe sin signos de congestión.

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

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

- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes. Se evidencia cicatriz supra e infraumbilical mediana. Portador de colostomía en región de flanco izquierdo. Blando, depresible. No doloroso a la palpación profunda, no signos peritoneales.

- Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo. No portador de sonda Foley.

- Sistema musculoesquelético: Movilización de extremidades, sin alteraciones.

- Sistema nervioso central: Localizado y orientado en tiempo, espacio y persona. Escala Glasgow 15/15.

5. Exámenes auxiliares:

-Hemograma: hemoglobina: 14.0, leucocitos: 7.00

-Colonoscopia: Se progresa hasta 18cm de margen anal evidenciando mucosa eritematosa friable al rose y a la insuflación.

6. Listado de problemas:

- Portador de colostomía

7. Impresión diagnóstica:

-Portador de colostomía

-Hipertensión arterial controlada por historia clínica

8. Plan trabajo:

- Interconsulta a nutrición
- Preparación para sala de operaciones

Caso clínico n.º 4

1. Anamnesis

Paciente masculino de 66 años, procedente del distrito de Santa Anita, refiere un tiempo de enfermedad de +/- 1 semana, presenta dolor abdominal tipo cólico a nivel de epigastrio, que con el transcurso de las horas se intensifica y se irradia hacia la espalda, por lo que acude a emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue y es evaluado y tratado por Gastroenterología con diagnóstico de pancreatitis aguda leve por colecistitis crónica calculosa, es dado pase al servicio de Cirugía General para intervención quirúrgica.

2. Funciones biológicas:

- Apetito: conservado
- Sed: conservado
- Sueño: conservado
- Diuresis: conservado
- Depositiones: conservado

3. Antecedentes:

a. Personales:

- Vivienda: material noble, número de personas en casa: 03.
- Cuenta con servicios básicos como agua potable, electricidad
- Alimentación: balanceado
- Viajes recientes: niega
- Ocupación: panadero
- Crianza animales: niega
- Condición socioeconómica: baja
- Alergias: niega
- Hábitos nocivos: niega
- Peso: 73kg, talla: 1.60cm.

b. Patológicos:

- No refiere

c. Medicación habitual:

-No refiere

d. Familiares:

-Desconoce

e. Cirugías previas:

-Laparotomía exploratoria por tumor GIST + pólipo gástrico (HNHU hace 04 años)

4.Examen general en el servicio:

- Funciones vitales:

PA: 120/70 mmHg FC: 76X', FR: 17X', T: 36.5°C, SATO2: 99% FIO2:
0.21%

- Aspecto general: Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación.

- Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2 segundos. No ictericia.

- Boca: Mucosas hidratadas, orofaringe sin signos de congestión.

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

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

- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes. Globuloso, se evidencia cicatriz mediana supra e infraumbilical. Blando, depresible. Doloroso a la palpación profunda en región de hipocondrio derecho. No signos peritoneales

- Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo.

- Sistema musculoesquelético: Movilización de extremidades, sin alteraciones.

- Sistema nervioso central: Localizado y orientado en tiempo, espacio y persona. Escala Glasgow 15/15.

5. Exámenes auxiliares:

-Hemograma: hemoglobina: 16, plaquetas: 174000, PCR: 1.47, leucocitos: 7.00, FA: 1156.4, TGO: 28.07, TGP: 80.0, BT: 0.97, BD: 0.28

-Ecografía abdominal: Vía biliar pared 4mm, vesícula parcialmente colapsada con pared engrosada con imágenes que deja sombra acústica.

6. Listado de problemas:

- Dolor a nivel de hipocondrio derecho irradiado a zona lumbar

7. Impresión diagnóstica:

- Colecistitis crónica calculosa
- Pancreatitis leve resuelta

8. Plan trabajo:

- Completar pre quirúrgicos
- Control amilasa y lipasa

Rotación en Ginecología

Caso clínico n.º 1

1. Anamnesis

Paciente múltipara de 31 años procedente de emergencias, con tiempo de enfermedad de 3 horas de inicio insidioso y curso progresivo, quien acude refiriendo contracciones uterinas de mayor frecuencia e intensidad, agrega que percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido amniótico, ni sangrado vaginal, actualmente en 40 semanas 1/7 por eco de 1.º trimestre, con el antecedente de cesárea anterior 1 vez, y un parto vaginal. Se da oportunidad de parto vaginal con monitoreo materno fetal estricto ya que se encontraba al momento de la evaluación con dilatación de 5 cm, altura de presentación en -2 e incorporación de 85 %, presentaba 1 a 2 contracciones uterinas en 10 minutos por lo cual se decide iniciar acentuación de trabajo de parto, durante el monitoreo se evidencia que latidos cardiacos fetales disminuían a 80 latidos por minutos que se mantienen y posteriormente recuperan, además de movimientos fetales disminuidos por lo que se decide programar a cesárea de emergencia. Durante la cesárea no ocurren interurrencias, sangrado intraoperatorio de aproximadamente 500 cc, por lo cual paciente pasa a unidad de recuperación posanestésica, en donde dos horas después de haber sido operada, personal de enfermería reporta que la paciente presentaba sangrado vaginal abundante; a la evaluación ginecológica se extraen aproximadamente 700cc de coágulos organizados, por lo cual se decide maniobras de revisión y masaje uterino, además de aplicación parenteral de oxitócicos, ergometrina, ácido tranexámico, además de apertura de una segunda vía endovenosa con 500cc de cloruro a chorro, y transfusión de 2 paquetes globulares,

con lo cual paciente se estabiliza y continua en monitoreo; dos horas después personal de enfermería reporta nuevo episodio de sangrado vaginal de 700 cc aproximadamente, se realiza nuevamente masaje uterino donde se palpa útero flácido poco contraíble, y se decide programar paciente a sala de operaciones.

2. Funciones biológicas:

- Apetito: disminuido
- Sueño: aumentado
- Sed: aumentada
- Diuresis: conservado

3. Antecedentes:

- Fisiológicos: Menarquia 15 años, régimen catamenial 7/28, inicio de relaciones sexuales 17 años, numero de parejas sexuales 3, fecha de ultima regla: 07/04/2023, fecha probable de parto 14/01/2024, anticoncepción uso de implante subdérmico hace 3 años; G03P2002

Primera gestación 2012: cesárea por trabajo de parto disfuncional, edad gestacional 37semanas peso 3300gr

Segunda gestación 2017: parto vaginal, edad gestacional 38 semanas, peso 3000gr

- Patológicos: Niega
- Quirúrgicos: Niega
- Alergias o reacciones adversas a medicamentos: niega
- Familiares: madre hipertensa

4. Examen físico en unidad de recuperación post anestésica:

- Funciones vitales: PA: 86/62 FC:130x'; FR:25x'; T°:37°C; Sat:98%
- Piel: poco tibia con tendencia a frialdad, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, palidez ++/+++
- Tórax y pulmón: adecuada amplexación pulmonar, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no ingurgitación yugular, no soplos audibles.
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación, herida operatoria cubierta con apósitos secos, se palpa útero por encima de cicatriz umbilical con tono disminuido.

- Genitourinario: coágulos abundantes en canal vaginal
 - Neurológico: despierta, con tendencia al sueño, orientado en tiempo, espacio y persona, Escala Glasgow 15/15
5. Exámenes auxiliares:
- Hemograma: Leucocitos: 9,4, Segmentados 6.58, Hemoglobina(antes de la cesarea):11.8 g/dL, Hematocrito: 35.2%, Plaquetas191000, Bandas 00%; PCR:1.35 mg/dL
 - Examen de orina: densidad 1015, Ph.7.0, Glucosa negativo, Cetona negativo, Leucocitos8-10 por campo, Hematíes 35-40, Células Epiteliales escasa, gérmenes escasos
6. Listado de problemas:
- Sangrado vaginal abundante post parto
 - Hipotensión
7. Impresión diagnóstica:
- Post operada 4horas de cesárea
 - Hemorragia post parto: Atonía uterina
 - Shock hipovolémico tipo II
8. Plan de trabajo:
- Nada por via oral
 - Acido tranexámico endovenoso
 - Transfusion de 2 paquetes globulares sin prueba cruzada
 - Control estricto de funciones vitales y balance hídrico
 - Laparotomía exploratoria, posibilidad de histerectomía abdominal total.

Caso clínico n.º 2

1. Anamnesis

Paciente de 34 años, procedente de Huánuco, acude por emergencia, refiere haber sido operada de Histerectomía abdominal total por miomatosis uterina, intervenida hace 5 días; al ser dada de alta, presenta dolor en zona de operación al cual se agregan náuseas, vómitos y diarrea, además de aumento en la intensidad del dolor abdominal 8/10 por lo que decide acudir por emergencia.

2. Funciones biológicas:

- Apetito: disminuido

- sed: disminuido
- sueño: conservado
- diuresis: conservada

3. . Antecedentes:

- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: Reconstrucción facial en 2018, Miomectomía 2024
- Alergias o reacciones adversas a medicamentos: Niega
- Transfusiones: Poli transfundida
- Hábitos nocivos: Niega
- Antecedentes familiares: padres aparentemente sanos

4. Examen físico de emergencia

- Funciones vitales: PA 127/53, FC:66, FR:21 T°36.5, SATO2:98%
- Piel y faneras: seca, palidez ++/+++, llenado capilar <2
- Tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
- abdomen: distendido, doloroso a la palpación superficial y profunda en hemiabdomen inferior, blumberg positivo, abdomen peritoneal
- genitourinario, al tacto vaginal se evidencia sangrado vaginal escaso, cúpula afrontada doloroso a la movilización
- sistema nervioso central: paciente lucida, orientada, Escala Glasgow 15/15

5. Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Leucocitos:11.18, segmentados 83%, Hemoglobina:9.5, Hematocrito:32.4%, plaquetas 243000, Bandas1%
- Urea en sangre:24.89, creatinina en sangre:0.57, glucosa basal:99.83
- Ecografía transvaginal: Fondo de saco de Douglas: Liquido libre en región central, descartar hemoperitoneo, útero ausente por intervención quirúrgica previa

6. Lista de problemas

- Dolor abdominal
- Nauseas, vómitos

7. Diagnósticos Sindrómicos

- Síndrome doloroso abdominal

- Síndrome emético

8. Impresión Diagnóstica

- Síndrome doloroso abdominal: Descartar Hemoperitoneo
- Post Operada día 5 de histerectomía abdominal total por miomatosis uterina
- Anemia moderada

9. Plan de trabajo

- Nada por vía oral
- Laparotomía Exploratoria
- Se programa a Sala de operaciones
- Antibioticoterapia pre SOP: Cefazolina 2gr endovenoso
- Transfundir 2 paquetes globulares, 1 en piso, 1 en sala de operaciones

Caso clínico n.º 3

1. Anamnesis

Paciente gestante femenina de 17 años procedente de Amazonas, acude a emergencia refiriendo que hace 4 días presenta pérdida de líquido amniótico asociado a 'olor a lejía', que moja las piernas, por lo que acude a su centro de salud y posteriormente referida al Hospital Nacional Hipólito Unanue. Refiere percibir movimientos fetales, niega pérdida de sangre vía vaginal.

2. Funciones biológicas:

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

3. Antecedentes:

a. Personales:

- Vivienda: material noble, número de personas en casa: 0
- Cuenta con servicios básicos como agua potable, electricidad
- Alimentación: balanceado
- Viajes recientes: niega
- Ocupación: estudiante
- Crianza animales: niega

- Condición socioeconómica: baja
- Alergias: niega
- Hábitos nocivos: niega
- Peso usual: 46kg, peso actual: 52kg talla: 1.46cm.
- b. Obstétricos:
 - G1P0000
 - Fecha ultima regla: 10/05/2023
 - Menarquia: 13 años
 - Régimen catamenial: 08 días/ irregular
 - Inicio relaciones sexuales: 15 años
 - Número de parejas sexuales: 02
 - Métodos anticonceptivos: niega
- c. Patológicos: -No refiere
- d. Medicación habitual: -No refiere
- e. Familiares: -No refiere
- f. Cirugías previas: -No refiere
- 4. Examen general en el servicio:
 - Funciones vitales:
 - PA: 99/59 mmHg FC: 71X', FR: 19X', T: 36.5°C, SATO2: 100% FIO2: 0.21%
 - Aspecto general: Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación.
 - Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2 segundos. Leve palidez.
 - Boca: Mucosas hidratadas, orofaringe sin signos de congestión.
 - Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
 - Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
 - Mamas: Simétricas, blandas. No secretoras de leche
 - Abdomen: Útero grávido ocupado por un feto único.
 - Altura uterina: 26 cm; situación, posición, presentación: Longitudinal, cefálico, izquierdo; latidos cardiacos fetales: 141 x'; o se evidencia dinámica uterina

- Ginecológico: Genitales externos: No se evidencia perdida de liquido amniótico, no se evidencia perdida de sangrado vía vaginal. Tacto vaginal: Cérvix largo, posterior, blando, no se evidencian cambios.
- Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo.
- Sistema musculoesquelético: Movilización de extremidades, sin alteraciones.
- Sistema nervioso central: Localizada y orientada en tiempo, espacio y persona. Escala Glasgow 15/15.

5. Exámenes auxiliares:

- Hemograma: hemoglobina: 9.8, plaquetas: 296000, PCR: 0.04, leucocitos: 11.66
- Ecografía obstétrica: feto único longitudinal cefálico izquierdo, ponderado fetal: 1175gr, oligohidramnios severo.

6. Listado de problemas:

- Ruptura prematura membranas
- Oligohidramnios severo
- Anemia moderada

7. Impresión diagnóstica:

- Primigesta 29 semanas 2/7 por ecografía primer trimestre.
- Ruptura prematura membranas prolongado
- Oligohidramnios severo
- Anemia severa
- ARO: Adolescente

8. Plan trabajo:

- Monitoreo materno fetal
- Antibioterapia
- Corticoterapia para maduración pulmonar
- Neuro protección
- Interconsulta a neonatología

Caso clínico n.º 4

1. Anamnesis

Paciente femenino de 45 años procedente del distrito del Agustino, acude a emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, refiriendo que presenta desde hace aproximadamente 4 meses sangrado vía vaginal asociado a coágulos, utilizando entre 1 a 3 toallas higiénicas diarias. Un mes antes del ingreso, refiere que el sangrado ha aumentado, utilizando 5 a 6 toallas higiénicas diarias; decide acudir a emergencia porque tuvo pérdida de conocimiento durante unos segundos asociado a debilidad.

2. Funciones biológicas:

- a. Apetito: disminuido
- b. Sed: conservado
- c. Sueño: aumentado
- d. Diuresis: conservado
- e. Deposiciones: conservado

3. Antecedentes:

a. Personales:

- Vivienda: material noble, número de personas en casa: 02.
- Cuenta con servicios básicos como agua potable, electricidad
- Alimentación: balanceado
- Viajes recientes: niega
- Ocupación: negociante
- Crianza animales: niega
- Condición socioeconómica: baja
- Alergias: niega
- Hábitos nocivos: niega
- Peso usual: 55kg, talla: 1.53cm.

b. Obstétricos:

- G6P5015
- Fecha ultima regla: no recuerda
- Menarquia: 15 años
- Régimen catamenial: 06 días/ 30 días
- Inicio relaciones sexuales: 15 años
- Métodos anticonceptivos: niega

c. Patológicos:

- No refiere

d. Medicación habitual:

-No refiere

e. Familiares:

-No refiere

f. Cirugías previas:

-No refiere

4. Examen general en el servicio:

- Funciones vitales:

PA: 92/58 mmHg FC: 85X', FR: 16X', T: 36.5°C, SATO2: 98% FIO2: 0.21%

- Aspecto general: Aparente mal estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación.

- Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2 segundos. Palidez ++/+++

- Boca: Mucosas hidratadas, orofaríngea sin signos de congestión.

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

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

- Mamas: Simétricas, blandas. No se palpan masas

- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes. Globuloso. Blando, depresible. No doloroso a la palpación, no masas palpables

- Ginecológico: Genitales externos a la especuloscopia se evidencia pérdida de sangre de regular cantidad, se palpa tumoración de consistencia lisa, bordes regulares que protruye por cérvix de aproximadamente 4x4 cm con pedículo grueso de +/- 2 cm. Tacto vaginal: útero AVF +/- 9cm, irregular, móvil, consistencia aumentada, sangrado en guante.

- Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo.

- Sistema musculoesquelético: Movilización de extremidades, sin alteraciones.

- Sistema nervioso central: Localizada y orientada en tiempo, espacio y persona. Escala Glasgow 15/15.

5. Exámenes auxiliares:

-Hemograma: hemoglobina: 6.1, plaquetas: 466000, leucocitos: 8.63.

Perfil coagulación: TP:11, INR: 1, TTP: 26.8, fibrinógeno: 394

-Ecografía transvaginal: mioma cervical abortivo de 19x26 mm. Ovarios sin alteraciones. Dimensiones de útero: 94x53x60 mm.

6. Listado de problemas:

-Sangrado uterino anormal

-Anemia severa

7. Impresión diagnóstica:

-Sangrado uterino anormal: mioma abortivo

-Anemia severa

8. Plan trabajo:

-Transfusión de 02 paquetes globulares

-Hidratación endovenosa

-Completar pre quirúrgicos para intervención quirúrgica.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado médico se realizó en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, que se encuentra en Av. César Vallejo n.º 1390, perteneciente al distrito de El Agustino, departamento de Lima. Fue fundado el 24 de febrero del año 1949 durante el gobierno del presidente Manuel Odría; es de complejidad nivel III-1 que tiene como prioridad atender a los habitantes de Lima Este, es el más grande y con mayores visitas. Asimismo, es conocido por su historia que tiene una estrecha relación con brindar atención y tratamiento oportuno a los pacientes con tuberculosis, que fue propulsado a comienzos de los años 1940 por el Ministerio de Salud.

Tiene como visión ser un complejo hospitalario de nivel III-1 que tenga la acreditación, liderazgo y ser uno de referencia a nivel nacional que pueda brindar una atención de manera integral humanística, que involucre al personal que este calificado, una tecnología que siga innovando y estándares altos de calidad; asimismo, una misión que involucre la prevención de riesgos, protección de daños, la recuperación de la salud, y tener una adecuada rehabilitación de las capacidades en cuanto a los pacientes, que puedan tener una plena accesibilidad y atención a las personas desde la concepción hasta la muerte natural (1).

Este hospital es un órgano desconcentrado que además de brindar atención especializada por su alta capacidad resolutive, ya que cuenta con múltiples especialidades médicas, también brinda formación académica en sus servicios, al ser una institución docente que alberga residentes e internos de diferentes universidades y áreas de la salud.

La población asignada perteneciente a los distritos que conforman la Diris-Lima Este fue para el año 2020, aproximadamente 1 619 747 habitantes, lo que en porcentaje significó un 15 % de la población nacional.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 1

En el caso presentado, la paciente cursó con un cuadro de infección urinaria; quien acude con tiempo de enfermedad de más de una semana, asociada a síntomas miccionales además de fiebre lo que nos orienta a su posible diagnóstico; por lo cual se decide el inicio de antibioticoterapia. En estas patologías el origen comúnmente es de vías ascendentes ya que bacterias o gérmenes provenientes de la vía intestinal colonizan el meato urinario y condicionan a una infección posterior; en este aspecto, es importante resaltar que las medidas de higiene favorecen la prevención.(2) Para decidir la hospitalización de estos pacientes se debe tener en cuenta criterios establecidos, en este caso sería la intolerancia oral ya que acude con dolor y vómitos, además de la sospecha de posible mal cumplimiento del esquema antibiótico establecido, que probablemente se asocie a una resistencia bacteriana, lo que orienta en el manejo de la enfermedad, es por ello que inicialmente se solicita un examen de orina en el cual como aspectos a resaltar tenemos una marcada leucocitosis de más de 100 por campo, además de pirocitos 1+; se solicita urocultivo para posterior corrección de esquema antibiótico según el espectro de sensibilidad del germen aislado y se inicia de manera empírica antibioticoterapia con amikacina (2). La elección del antibiótico se basa en el conocimiento de gérmenes aislados frecuentes en nuestro medio y las resistencias que estos poseen; a nivel del Hospital Nacional Hipólito Unzué los gérmenes más aislados en el servicio de microbiología son los gramnegativos, entre los principales *Escherichia coli*, muchos de ellos resistentes a betalactamasas, por lo cual de manera inicial se brinda antibioticoterapia con amikacina endovenosa previo control de función renal.(3) En el urocultivo de la paciente se obtuvo como germen aislado *Escherichia coli* sensible al medicamento utilizado inicialmente por lo que se decidió continuar antibioticoterapia hasta completar los 10 días, mostrando mejoría clínica de la paciente quien, posteriormente, fue dada de alta.

Caso clínico n.º 2

Se relata el caso de una paciente con tiempo de enfermedad de 5 días cuyos síntomas principales fueron dolor abdominal además de vómitos y coloración amarillenta de la piel y mucosas; el diagnóstico fue hepatitis A. Para el diagnóstico se debe tener en cuenta que esta enfermedad es transmitida por agua y alimentos contaminados, además de que es un virus resistente al calor; estas particularidades sumadas a condiciones insalubres generan que sea el más común entre las hepatitis virales (4). En el examen físico a la palpación de abdomen había dolor en hipocondrio derecho, en los exámenes auxiliares se evidencia un marcado aumento de TGO, TGP además de niveles elevados de bilirrubinas, se recibe resultado de serología para hepatitis A positivo, por lo que se llega al diagnóstico de hepatitis viral tipo A y síndrome colestásico. El tratamiento es centrado en el manejo de los síntomas y brindando soporte según el estado general en el que se encuentre el paciente, se deben vigilar además signos de sangrado activo y daño neurológico considerados como criterios de severidad (5). Se estuvo tratando a la paciente con sintomáticos; además de monitoreo constante y control de laboratorios, con los cual fue presentando mejoría clínica de manera progresiva y fue dada de alta a las dos semanas de su hospitalización, sin complicaciones.

Caso clínico n.º 3

El presente caso se trata sobre un niño de 04 años con diagnóstico de purpura trombocitopenica idiopática por la sintomatología y los exámenes de laboratorio que presenta. La causa de esta patología, sigue siendo de origen desconocido en la mayoría de los casos, pero se menciona que puede ser provocado por desencadenantes ya sea viral, ambiental o secundario a un defecto inmunológico subyacente. Generalmente se pueden presentar en cualquier edad, sin embargo, hay un mayor porcentaje entre los dos y cinco años, así como mayor predominio sobre el sexo masculino. Con respecto a la sintomatología, es presentado con la aparición de forma repentina de hematomas, petequias o sangrado que puede llegar hasta una hemorragia grave, y a nivel de exámenes de laboratorio, el recuento de plaquetas es <100.000 , el recuento de glóbulos blancos, glóbulos rojos, hemoglobina son valores normales generalmente. Con respecto al manejo inicial, las opciones involucradas de primera línea son los glucocorticoides,

inmunoglobulina intravenosa y la inmunoglobulina anti-D. (6) En este caso, al paciente se le inició con pulsos de corticoides (dexametasona).

Caso clínico n.º 4

En este caso, sobre un niño de 10 años, se trata de la enfermedad por arañazo de gato tras el laboratorio de IgG *bartonella henselae*. Se trata de una patología de origen bacteriano, infeccioso, con sintomatología de linfadenopatía de aparición subaguda que generalmente es autolimitada, afecta en mayor proporción a los menores de 20, puede estar asociada a la fiebre, malestar general, pérdida de peso, cefalea y es importante investigar sobre antecedentes epidemiológicos, para llegar al dato de convivencia con gatos (7). Según estudios, suele resolverse de forma espontánea, el tratamiento con antibióticos es controvertido y es aconsejado en tratamientos sintomáticos (8).

Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 1

La paciente presentada cursó con infección urinaria complicada. Si bien la clínica no es clara ya que, al ser adulta mayor con hipoactividad, debemos tener en cuenta factores preexistentes, como múltiples comorbilidades, usuaria de muchos medicamentos, además de postrada crónica. El diagnóstico de infección del tracto urinario en pacientes sin sintomatología sugerente es de exclusión, ya que pueden manifestarse con alteraciones neurológicas inespecíficas (9). Se indicaron exámenes de laboratorio en los que se evidenció leucocitosis en el examen de orina y en el hemograma, lo cual condujo al diagnóstico. Se inició tratamiento con ceftriaxona endovenosa y se solicitó urocultivo el cual mostró como resultado *Escherichia coli* sensible al medicamento previamente indicado por lo cual se decidió continuar con este por 7 días y la paciente mostró significativa mejoría clínica, mejoró el estado del sensorio, toleraba vía oral, por lo cual fue dada de alta. La reflexión en este caso, es que en adultos mayores que cursan con trastorno del sensorio agudo se debe tener en consideración como etiología las enfermedades sistémicas, ya sea infecciones o alteraciones metabólicas por lo cual el manejo debe ser orientado a un diagnóstico oportuno para el de la causa (10).

Caso clínico n.º 2

Se presenta el caso de un paciente con el diagnóstico de pénfigo foliáceo, quien acude por urgencias por recidiva del cuadro clínico debido a la no adherencia al tratamiento. Es una enfermedad dermatológica clasificada dentro de las ampollares, de diagnóstico anatomopatológico, cuya sintomatología se manifiesta como ampollas en diversas regiones del cuerpo de aparición evolutiva en meses que pueden erosionar (11).

El tratamiento tiene como objetivo mantener el control de la actividad de la enfermedad, sin que esta pueda agravarse, es por ello que de manera inicial se indica corticoides a dosis bajas y se modifica dependiendo de la respuesta del paciente (11). En el caso, se inició con antibioticoterapia con oxacilina ya que el paciente tenía signos eritema rubor y calor en algunas de las lesiones además de leve leucocitosis en el hemograma; también se hizo uso de antihistamínicos, hidrocortisona y se interconsulta a dermatología para sugerencias respecto al tratamiento. Con el esquema de corticoides y antihistamínicos establecidos presenta mejoría clínica, con disminución del escozor y mejoría de las lesiones con lo cual es dado de alta a los 4 días, con corticoides, antibioticoterapia oral y control por consultorio externo de dermatología.

Caso clínico n.º 3

Durante la hospitalización en el servicio de Medicina Interna, se tuvo resultado de Doppler de arteria renal, con conclusión de parámetros normales sin signos de estenosis arterial y signos ecográficos de nefropatía crónica bilateral. Se le realizó asimismo exámenes de perfil tiroideo, inmunológicos, hemoglobina glicosilada donde no se encontró alteraciones. Proteína en orina de 24 horas: 1722, proteínas en orina: 114.8. Volumen urinario 24 horas: 1500. Se le solicitó, además, metanefrinas para descartar feocromocitoma, teniendo resultados negativos. Se continuó los antihipertensivos, EPO, hemodiálisis 3 veces a la semana y control de presiones arteriales. Asimismo, se le encontró una retinopatía hipertensiva grado IV. El paciente tuvo pase para el servicio de Cardiología para mejoramiento de estudio del caso en conjunto de seguimiento del servicio de Nefrología. La enfermedad renal crónica es definida por la presencia del daño a nivel renal o disminución de la tasa de filtración glomerular en un transcurso de 3 meses; las causas más comunes son la hipertensión arterial y diabetes *mellitus* mal controlada.

Los pacientes pueden presentar sintomatología que incluye debilidad, fatiga, anorexia, vómitos, entre otros (12). La hipertensión arterial se encuentra en, aproximadamente hasta el 8 % de pacientes con ERC, estos suelen ser hipervolémicos y requieren tratamiento con diuréticos para poder lograr la presión arterial objetivo (13).

Caso clínico n.º 4

Durante la hospitalización, se le inicia cobertura antibiótica con toma de urocultivo, analgésicos, días posteriores se confirma el diagnóstico de linfoma no Hodgkin, además de urocultivo positivo a *Escherichia coli*; se le realiza interconsulta a oncología, y se decide iniciar con quimioterapia. Los linfomas no Hodgkin comprenden un grupo diverso de neoplasias malignas a nivel hematológico que son derivados de diversas formas de progenitores de células B, T, B maduras, T maduras o asesinas naturales raramente. Los linfomas agresivos o muy agresivos tienen presentación de forma subaguda o aguda con un tumor de rápido crecimiento, asociado a síntomas constitucionales de fiebre, sudores nocturnos o pérdida de peso; así como también síndrome de lisis tumoral. Los linfomas indolentes suelen ser insidiosos y se presentan con linfadenopatía que crece de forma lenta, hepatomegalia, esplenomegalia, entre otros. El tratamiento para el linfoma no Hodgkin son terapias dirigidas que van a incluir anticuerpos monoclonales, inhibidores de la cinasa, fármacos inmunomoduladores y los inhibidores de la exportación nuclear (14).

Rotación en Cirugía General

Caso clínico n.º 1

Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de apendicitis aguda. Esta enfermedad es considerada la urgencia quirúrgica más frecuente a nivel mundial y la principal causa de cirugía abdominal (15). Es importante mencionar que si bien es muy común en nuestro medio, se debe reconocer de manera adecuada identificando los signos y síntomas sugerentes; considerar también los diagnósticos diferenciales, sobre todo en pacientes mujeres las cuales se debe descartar patologías anexiales (16). La paciente fue evaluada por el servicio ginecología en

donde se le realizó una ecografía transvaginal la cual concluyó en útero y anexos conservados descartando así la posibilidad de una patología anexial.

Si bien la ecografía abdominal de la paciente no fue concluyente, los síntomas y signos encontrados en ella sí; esto, sumado a los exámenes de laboratorio condujeron al diagnóstico. Se realizó apendicectomía por vía laparoscopia en la cual se evidenció un apéndice cecal congestivo en toda su extensión con base en buen estado, se le realizó ligadura de la base, el resto de la operación sin intercurencias con lo cual la paciente regresa a piso donde se inicia tolerancia oral a las 6 horas, progresa de manera favorable y es dada de alta al día siguiente. El tratamiento de elección en la apendicitis aguda es quirúrgico, si bien hay alternativas médicas en las primeras fases de la enfermedad, se ha observado recurrencia con ese manejo, idealmente el abordaje es laparoscópico, pero se puede optar por cirugía abierta cuando no se cuente con las condiciones necesarias para realizarse (17).

Caso clínico n.º 2

Se reporta el caso de un paciente masculino que acude por emergencia con dolor en región inguinal de 1 día de evolución, al examen físico se evidencia a nivel testicular zonas de flogosis con secreción purulenta con mal olor, doloroso a la palpación y con cambios de coloración, por las características al momento de la evaluación se plantea como impresión diagnóstica gangrena de Fournier. Esta es una enfermedad de origen polimicrobiano que afecta el tejido celular subcutáneo y la piel de las regiones del periné y genitales, cuyo tratamiento se basa en el uso de antibióticos de amplio espectro además de debridación de tejido desvitalizado con la finalidad de evitar la progresión de la enfermedad y favoreciendo la recuperación del tejido sano (18).

El paciente tiene como antecedente diabetes *mellitus* en tratamiento irregular e ingresa con glucosa de 480 mg/dl, se evidencia en los exámenes de laboratorio marcada leucocitosis, PCR elevado y la ecografía de partes blandas que indica cambios inflamatorios en la región evaluada; se inicia tratamiento con doble cobertura antibiótica, previa evaluación de la función renal del paciente, indicando Oxacilina y clindamicina endovenosa, además de insulina R e hidratación, se prepara al paciente para sala de operaciones donde finalmente se realiza cura quirúrgica, desbridamiento y colostomía en asa, al encontrarse compromiso

necrótico que abarcaba región perineal y perianal con compromiso de esfínter anal además de abundante secreción purulenta. Posteriormente, se indica cambio de antibioticoterapia a Vancomicina y Meropenem.

Los pacientes que tienen como comorbilidad diabetes *mellitus* son propensos a este tipo de enfermedades al afectar el estado inmunológico lo que genera un ambiente favorable para el desarrollo de infecciones, al ser una enfermedad de rápida evolución, el manejo de esta consiste en estabilización hemodinámica, uso de antibióticos de amplio espectro y el manejo quirúrgico para extraer el tejido necrótico, esto con la finalidad de disminuir la afección sistémica, limitar el progreso de la enfermedad y erradicar los microorganismos causales (19, 20).

Caso clínico n.º 3

En este caso, el paciente tuvo una cirugía electiva, que consiste en una restitución del tránsito intestinal, este tipo tiene asociación a tasas de morbilidad altas. Hay estudios donde se registran complicaciones postoperatorias, especialmente las dehiscencias. Existen factores de riesgo que están relacionados a complicaciones postcirugía como la presencia de comorbilidades, el sexo masculino, la edad avanzada, el estado nutricional, entre otros. Generalmente, la restitución intestinal se realiza cuando los pacientes ya tienen una recuperación de la cirugía previa, ya que habrá una mejora del estado nutricional, la cicatrización de anastomosis o lesiones distantes de la ostomía (21). En el presente caso, el paciente presentaba factores de riesgo como hipertensión arterial, sexo masculino, hipoalbuminemia. Se realizó restitución de tránsito intestinal más anastomosis colorrectal más rafia de ciego más presencia de dren *pen rose*. Durante su estancia hospitalaria, tuvo infección del sitio operatorio, que fue tratado con cobertura antibiótica de amplio espectro, además de curación de herida dos veces al día.

Caso clínico n.º 4

En el presente caso, se observa el diagnóstico de colecistitis crónica calculosa, sobre esta patología se ha visto un incremento de prevalencia tanto a nivel de población adulta como de jóvenes y niños. (22) Se trata de alteraciones histológicas a nivel de la pared de la vesícula, con la presencia de cálculos. Con respecto a las manifestaciones clínicas, hay presencia de dolor abdominal, que es más común a nivel del cuadrante superior derecho o a nivel del epigastrio que suele ser de tiempo

prologando, puede estar asociado, además de fiebre, anorexia, náuseas y vómitos, generalmente hay ingesta de alimentos grasos antes de que aparezca el dolor. Al examen físico, a nivel abdominal, se suele encontrar el signo de Murphy positivo; con respecto a exámenes de laboratorio, los pacientes suelen presentar leucocitos elevados con desviación a la izquierda y el diagnóstico se apoya en exámenes de imágenes como la ultrasonografía. (23) A nivel de complicaciones, suelen ser frecuentes y potencialmente graves, por lo que el tratamiento definitivo la colecistectomía. En el caso del paciente se realizó colecistectomía laparoscopia que suele tener una recuperación más rápida a comparación de una cirugía abierta y menos complicaciones postoperatorias.

Rotación en Ginecología

Caso clínico n.º 1

Se describe el caso de la principal causa de hemorragia postparto, la atonía uterina, que se asocia a gran mortalidad materna; por lo cual, es importante reconocer los factores asociados a esta enfermedad ya que nos permite predecir el riesgo en este tipo de pacientes y actuar de manera rápida. (24) En el caso presentado, la paciente tenía como factores de riesgo la multiparidad, además de ser cesareada anteriormente una vez; si bien la cesárea cursó sin interurrencias; posteriormente, presentó 2 episodios de sangrado vaginal abundante y al examen físico se palpó útero flácido poco contraíble con lo cual de manera inicial se apertura una segunda vía parenteral, se transfunde 2 paquetes globulares y se hizo uso de medicamento oxitócicos además de ergometrina y misoprostol sublingual, estas medidas en primera instancia lograron que el útero se contraiga y la paciente se estabilice, al cabo de dos horas se vuelve a presentar sangrado con lo cual se consideró como atonía uterina refractaria a oxitócicos y se decidió intervenir con una laparotomía exploratoria donde se evidenció útero sin tono muscular, flácido, además de hematoma del ligamento ancho de lado izquierdo limitado, con lo cual se optó por realizar una histerectomía subtotal. Posteriormente, la paciente pasa a Unidad de Cuidado Especiales Ginecología y Obstetricia donde estuvo en monitorización y se le transfundieron 2 paquetes globulares más, ya que cursó con anemia severa; se indicó antibiótico y control de hematocrito posttransfusional, con lo cual paciente presentó significativa mejoría clínica y es dada de alta una semana después de su intervención con control por consultorio externo.

El caso clínico presentado muestra una de las principales complicaciones obstétricas a nivel mundial, y nos enseña que identificar los factores asociados y destinar medidas de manera rápida, orientadas en tratar la causa, ayudan a reducir la mortalidad materna asociada a esta patología (25).

Caso clínico n.º 2

Se describe el caso de una complicación postintervención de una miomatosis uterina, donde la paciente acude con dolor abdominal asociado a vómitos, al examen físico se evidencia un abdomen distendido, doloroso a la palpación superficial en hemiabdomen inferior, abdomen peritoneal; se plantea como impresión diagnóstica hemoperitoneo. Se le prepara para laparotomía exploratoria donde se evidencia como hallazgos operatorios hemoperitoneo de aproximadamente 220 cc a nivel de cúpula vaginal, se realiza rafia y control de hemostasia. Las complicaciones postcirugías ginecológicas pueden incluir hemorragias, infecciones, complicaciones digestivas, dehiscencias, evisceración, complicaciones tromboembólicas, urinarias, por lo cual es importante encontrar la causa de la complicación y enfocar el manejo en el tratamiento de esta (26).

Caso clínico n.º 3

En este caso, se presenta el diagnóstico de primigesta 29 semanas 2/7 por ecografía primer trimestre asociado a ruptura prematura de membranas de tiempo prolongado, además de oligohidramnios severo y diagnósticos secundarios como la anemia severa. Esta patología se refiere a la rotura de membranas antes de que inicie el trabajo de parto; existen factores de riesgo como infecciones del tracto genital, antecedentes de RPM en embarazos previos, hábitos nocivos como el tabaquismo, entre otros. El diagnóstico es generalmente clínico y está basado en la visualización del líquido amniótico que proviene del canal a nivel cervical o acumulado en el fondo del saco vaginal (27). Para el tratamiento se debe en tomar en consideración diferentes factores como la edad gestacional, que haya disponibilidad de un nivel adecuado para la atención del recién nacido, la presencia o ausencia de una infección tanto a nivel materno como para el feto, la estabilidad del feto, entre otras situaciones. Durante la hospitalización, tras 8 días de cobertura antibiótica asociado a control materno fetal, comenzó el trabajo de parto llegando a

gestación de 30 semanas 5/7, se presentó parto vía vaginal con inducción de oxitocina sin complicaciones.

Caso clínico n.º 4

Con respecto a este caso, se trata de un mioma abortivo, también conocido como fibromas uterinos es un tumor no maligno, muy frecuentes en las mujeres sobre todo en edad fértil, su origen no es muy conocido. Los factores de riesgo que están asociados son la raza, las mujeres de origen afroamericano tiene mayor prevalencia, la miomatosis uterina familiar tiene mayor incidencia, la menarquia precoz, entre otros. (28) El diagnóstico se realiza además de la clínica, con una ecografía pélvica, los hallazgos clínicos incluyen dolor a nivel pélvico, infertilidad, en el examen en región pélvico algunas de las pacientes presentan agrandamiento de útero (29). En esta paciente, se le realizó una miomectomía convencional, no hubo complicaciones durante la intervención quirúrgica.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA SOBRE LA EXPERIENCIA

El internado médico es la última etapa académica que tiene un estudiante de medicina durante su formación, la cual le permite desarrollar diferentes competencias tanto académicas, como éticas y que servirán de guía para su aplicación en el ámbito profesional.

Previo al internado médico, a causa de la pandemia de la COVID-19 y la cuarentena correspondiente, los estudios se tuvieron que realizar de manera virtual, por más de dos años, periodo en el cual no se tuvo acceso a realizar prácticas de las diferentes especialidades en los hospitales, por lo que se observaron deficiencias a nivel práctico que los internos tenían que subsanar durante esta última etapa de la carrera implicando un mayor esfuerzo, tanto para ellos como para los doctores, en las diferentes rotaciones que se llevan a cabo para así lograr las expectativas que involucran estas prácticas.

El Hospital Nacional Hipólito Unanue, al ser un establecimiento de salud de gran complejidad y estar ubicado estratégicamente para recibir a una gran demanda de población, permite que el interno se pueda involucrar de manera activa en la atención del paciente y en el conocimiento de los servicios que se brindan, además de desarrollar competencias académicas para el manejo adecuado y oportuno de diversas enfermedades que vemos en nuestro medio

Durante el internado, se ha podido observar las múltiples carencias que se tienen a nivel del sector público, en el área de la salud, como por ejemplo la falta de equipos para poder realizar los exámenes de imágenes que los pacientes necesitaban, así también reactivos de exámenes de laboratorio con los que solo se contaban en algunos hospitales del país, o medicamentos que constantemente se agotaban, muchas de estas carencias limitan el diagnóstico y manejo oportuno de las enfermedades que estos pacientes padecen.

A pesar de las limitaciones o dificultades que, como estudiantes hemos tenido, el internado médico ha sido una enriquecedora experiencia, ya que nos ha permitido la oportunidad de adquirir aprendizaje de forma activa en conjunto con nuestros doctores, los cuales nos han brindado la ayuda necesaria y la confianza para que se alcancen diferentes habilidades y destrezas a la hora de tener enfrente a los pacientes.

CONCLUSIONES

1. El internado médico es una etapa indispensable para consolidar y aplicar todos los conocimientos que se adquirieron durante los años previos, se permite tener contacto directo con los pacientes en las diferentes especialidades. Así como también es el mejor momento para adquirir mayores destrezas para el correcto manejo de los pacientes.
2. En estos 10 meses, se aprende más sobre la empatía para ponernos en el lugar de cada paciente con diferentes patologías y problemas que lo aquejan; comprendemos que cada uno es diferente, por lo que nosotros como parte del personal médico tenemos que tener el trato adecuado para que tengan la suficiente confianza de seguir atendiéndose sin el miedo de ser juzgado, sintiéndose acompañados durante el proceso de su enfermedad.
3. Durante esta etapa, también se pone en práctica lo del trabajo en equipo, ya que va a incluir a diversos asistentes, residentes, internos de otras carreras, personal de enfermería, técnicos, limpieza, entre otros; que se llega a tener un ambiente laboral adecuado a través del respeto y comunicación, para brindar una adecuada atención y de calidad a cada uno de los pacientes.
4. También se debe recalcar las falencias que tiene un sistema de salud en el país, para brindar una mejor atención respecto a más citas, infraestructura, medicamentos, etc. En la actualidad, como personal de salud, muchas veces nos vemos limitados por esta falta de insumos que, en muchos casos se deben resolver internamente, donde uno se da cuenta de que muchas de las normas técnicas o guías internacionales para el manejo de distintas patologías no pueden ser aplicadas a la realidad del país por las diversas deficiencias que debe mejorar el Gobierno con un mejor presupuesto y gestión en la salud del país.

RECOMENDACIONES

1. La formación del estudiante de medicina es crucial para el desarrollo de competencias que permitan un adecuado desenvolvimiento durante la carrera; si bien el internado es el año de mayor experiencia que uno adquiere en su formación, es importante que los años previos sean llevados de manera consciente y con un nivel de educación que esté a la vanguardia, por ello es fundamental que las universidades donde se desarrolla la formación de estudiantes de medicina humana promuevan espacios donde se puedan desenvolver no solo el aspecto teórico de la biología humana y sus enfermedades, sino también en su aplicación clínica, ya que en el contexto de pacientes hospitalizados caemos en cuenta de la complejidad de estos ya que comúnmente no acuden con una sola enfermedad y estas no siempre se manifiestan como uno las pudo haber estudiado; por lo cual, es crucial que previo al internado estas habilidades se vayan entrenando para un mejor desenvolvimiento.
2. Es importante que durante este periodo uno adquiera la capacidad de organizarse de manera inteligente, ya que al ser una etapa bastante demandante por las horas que uno se ve inmerso dentro del hospital, también hay que continuar con la formación académica, ya sea con las clases de la universidad, exposiciones dentro del hospital, además de la preparación para el Examen Nacional de Medicina (ENAM) el cual es de gran relevancia al culminar la carrera.
3. Para todo aquel que vaya a iniciar su internado, como medida general, sería aprovechar cada oportunidad que se pueda, en involucrarse en los diferentes procedimientos que se realizan durante este periodo, ya que al practicar más se adquieren mayores destrezas y se afina la capacidad de realizar procedimientos los cuales terminan resultando en beneficio de los pacientes que posteriormente les toque atender; además, se obtendrá más experiencia y una actitud de confianza en lo que se haga.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1) Fernández-Malpartida, A. «Análisis situacional de Salud Hospitalario 2021». Hospital Nacional Hipólito Unanue. [Internet]. 2021. [Consultado el 16 de enero de 2024]. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/wp-content/uploads/2016/04/ASIS-2021-FINAL.pdf>
- 2) Gonzales Rodríguez, J. «Infección de vías urinarias en la infancia». Asociación Española de Pediatría. [Internet]. 2018. [Consultado el 18 de enero de 2024]. pp. 91-108. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/07_infeccion_vias_urinarias.pdf.
- 3) Cisneros Mallco, Marlene. «Infección urinaria en niños». Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja. [Internet]. 2020. [Consultado el 26 de enero de 2024]. vol. 3, 2015, pp. 40-50. Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/682/649>
- 4) Hernández, Roger, y Eduardo Chaparro. «Frecuencia de hepatitis A en niños y adolescentes de cinco ciudades del Perú». Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. [Internet]. 2015. [Consultado el 25 de enero de 2024]. vol. 32. Disponible en: <https://doi.org/https://doi.org/10.17843/rpmesp.2015.323.1679>.
- 5) Pilar Codoñer Franch, y Luis de la Rubia Fernández. «Hepatitis agudas (virales y tóxicas)». Asociación Española de Pediatría. [Internet]. 2023. [Consultado el 26 de enero de 2024]. vol. 1, 2023, pp. 253-63. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20_hepatitis_agudas.pdf
- 6) James, B Busell. «Trombocitopenia inmune en niños: características clínicas y diagnóstico». Uptodate. [Internet]. 2022. [Consultado el 30 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/immune-thrombocytopenia-itp-in-children-clinical-features-and-diagnosis?search=purpura%20trombocitopenica%20idiopatica%20clinica&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default&display_rank=3#H4714177
- 7) Gonzalo Eymin L, Antonio Zapata, Maricarmen Andrade A, «Enfermedad por arañazo de gato. Características clínicas y de laboratorio en pacientes

- adultos hospitalizados por fiebre o adenopatías». *Revista medica de Chile*. Pp. 1243-1248. [Internet]. 2016. [Consultado el 30 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006001000005
- 8) Spach y Sheldon L Kaplan, «Tramamiento de enfermedad por arañazo de gato». Uptodate. [Internet]. 2024. [Consultado el 17 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-cat-scratch-disease?search=enfermedad%20ara%C3%B1azo%20gato&source=search_result&selectedTitle=2%7E86&usage_type=default&display_rank=2#H12.
- 9) Cortés et al. Guía de práctica clínica para la infección de vías urinarias complicada. *Infectio*. [Internet]. 2023. [Consultado el 03 de febrero de 2024]. 27(1): 52-68. Disponible en: https://revistainfectio.org/P_OJS/index.php/infectio/article/view/1120/1260
- 10) Jiménez M., y Santeodoro M. «Síndromes Geriátricos: Delirium o síndrome confusional agudo». *Tratado de Geriatria*. [Internet]. 2018. [Consultado el 01 de febrero de 2024]. pp. 189-98. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=61080>
- 11) Álvarez-Abella A, y Martín-Sala S. «Tratamiento de los pénfigos». *Piel. Formación continuada en dermatología*. [Internet]. 2012. [Consultado el 31 de enero de 2024]. vol. 27, 2012, pp. 90-97. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-piel-formacion-continuada-dermatologia-21-articulo-tratamiento-los-penfigos-S021392511100459X?code=O3wI9I2LDMXoW1qRE4BAkFaSYNuGzQ&newsletter=true>
- 12) Pedram Fatehi y Chi-Yuan Hsu, «Enfermedad renal crónica: presentación clínica y abordaje diagnóstico en adultos», Uptodate. [Internet]. 2022. [Consultado el 31 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/chronic-kidney-disease-newly-identified-clinical-presentation-and-diagnostic-approach-in-adults?search=enfermedad%20renal%20cronica&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2#H3069213241

- 13) Rosenberg, M. «Descripción general del tratamiento de la enfermedad renal crónica en adultos», Uptodate. [Internet]. 2022. [Consultado el 31 de enero de 2024]. Disponible en: https://uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-chronic-kidney-disease-in-adults?search=enfermedad%20renal%20cronica&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H3903691109
- 14) Linfoma no hodgkin: tipos de tratamiento, American Society of Clinical Oncology. [Internet]. 2021. [Consultado el 21 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/linfoma-no-hodgkin/tipos-de-tratamiento#:~:text=Las%20terapias%20dirigidas%20utilizadas%20para,inhibidores%20de%20la%20exportaci%C3%B3n%20nuclear.>
- 15) Borrueal Nacenta, et al. «Actualización de la apendicitis aguda: hallazgos típicos y atípicos». Radiología de Urgencias. [Internet]. 2023. [Consultado el 31 de enero de 2024]. vol. 65, 2023, pp. 81-91. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rx.2022.09.005>.
- 16) Fallas González Jorge. Apendicitis Aguda. Med. leg. Costa Rica. Mar. [Internet]. 2012. [Consultado el 28 de enero de 2024]. vol. 29(1): 83-90. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152012000100010&lng=en.
- 17) Hernández-Cortez Jorge, León-Rendón Jorge Luis De, Martínez-Luna Martha Silvia, Guzmán-Ortiz Jesús David, Palomeque-López Antonio, Cruz-López Néstor et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir. gen. Mar. [Internet]. 2019. [Consultado el 19 de enero de 2024]. 41(1): 33-38. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033&lng=es.
- 18) Escudero-Sepúlveda AF, Cala-Duran JC, María Belén-Jurado M, Tomasone SE, Carlino-Currenti VM, Abularach-Borda R, et al. Conceptos para la identificación y abordaje de la gangrena de Fournier. Rev Colomb Cir. 2022; 37:653-64. [Internet]. 2022. [Consultado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.30944/20117582.930>

- 19) Camargo L., y Herney Andrés García-Perdomo. «Gangrena de Fournier: revisión de factores determinantes de mortalidad». *Revista Chilena de Cirugía*. [Internet]. 2016. [Consultado el 27 de enero de 2024]. vol. 68, 2016, pp. 273-77. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rchic.2015.11.003>.
- 20) Flores-Galván Karla Patricia, Aceves Quintero Claudia A, Guzmán Valdivia-Gómez Gilberto. Gangrena de Fournier. *Cir. gen.* 2021. [Internet]. 2021. [Consultado el 26 de febrero de 2024]. 43(2): 107-114. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992021000200107&lng=es
- 21) Ahumada v, Castillo, M.Florencio Marin-Martinez, «Restituciones del transito intestinal», *Revista Venezuela Cirugía general*. [Internet]. 2013. [Consultado el 23 de enero de 2024]. Vol. 66. Disponible en: <https://www.revistavenezolanadecirugia.com/index.php/revista/article/view/114>
- 22) Ccalachua Cuba, «Prevalencia de la patología vesicular benigna en pacientes evaluados en los hospitales de Essalud de la provincia de Arequipa», Universidad Nacional de San Agustín-Facultad de Medicina. [Internet]. 2013. [Consultado el 24 de enero de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/3ad5db19-c338-417f-a152-db8d1184f182/content>
- 23) Salam F Zakko y Nezam H Afdhal, «Colecistitis cronica calculosa», *Uptodate*. [Internet]. 2022. [Consultado el 26 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis%20cr%C3%B3nica%20calculosa&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#topicContent
- 24) Távara Angie, Núñez Maritza, Tresierra Miguel Ángel. Factores asociados a atonía uterina. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2022;68 (2): 00005. [Internet]. 2022. [Consultado el 16 de enero de 2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322022000200005&lng=es.
- 25) Ponce Pilozo y Zapata Mata. Manejo de la hemorragia severa post-parto por atonía uterina. 2021, pp. 1128-46. [Internet]. 2021. [Consultado el 18 de

- enero de 2024]. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8384017>
- 26) Recari E., Oroz L.C., Lara J.A. Complicaciones de la cirugía ginecológica. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2019; [Internet]. 2019. [Consultado el 18 de enero de 2024]. 32 (Supl 1): 65-79. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200008&lng=es
- 27) Duff P. «Rotura prematura de membranas antes del parto: manifestaciones clínicas y diagnóstico». Uptodate. [Internet]. 2024. [Consultado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preterm-prelabor-rupture-of-membranes-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=ruptura%20prematura%20de%20membranas%20antes%20del%20trabajo%20de%20parto&source=search_result&selectedTitle=5%7E150&usage_type=default&display_rank=5#H34
- 28) Stewart y Shannon K. Laughlin-Tommaso, «Miomomas uterinos: epidemiología, características clínicas, diagnóstico e historia natural», Uptodate. [Internet]. 2023. [Consultado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-epidemiology-clinical-features-diagnosis-and-natural-history?search=mioma%20abortivo&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default&display_rank=3#H1
- 29) Méndez Rodríguez, Carlos Moya Toneut y Yaile Díaz Carmentate, «Miomatosis uterina complicada con aborto de un mioma submucoso», Mediacentro electrónica. [Internet]. 2018. [Consultado el 28 de enero de 2024]. vol. 22 número 3. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432018000300015