

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**TRAYECTORIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
SANTA ROSA 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
DANIEL ENRIQUE REYNAGA COTTLE**

**ASESORA
YANIRE PATTY MACEDO ALFARO**

**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

**TRAYECTORIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
SANTA ROSA 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

DANIEL ENRIQUE REYNAGA COTTLE

ASESORA

MTRA. YANIRE PATTY MACEDO ALFARO

LIMA-PERÚ

2024

JURADO

Presidente: Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro: Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

A mis padres por apoyarme y en concluir mi carrera profesional a mis hermanas por su apoyo incondicional permanente.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
I.1. Rotación en Medicina Interna	2
I.2. Rotación en Cirugía General	7
I.3. Rotación en Ginecología Y Obstetricia	10
I.4. Rotación en Pediatría	13
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	18
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	20
III.1. Rotación en Medicina Interna	20
III.2. Rotación en Cirugía General	22
III.3. Rotación en Ginecología y Obstetricia	23
III.4. Rotación en Pediatría	25
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	28
CAPITULO V: CONCLUSIONES	31
CAPITULO VI: RECOMENDACIONES	31
CAPITULO VII: FUENTES DE INFORMACIÓN	33

RESUMEN

Objetivo: Exponer los conocimientos adquiridos en el internado médico desarrollado en el Hospital Santa Rosa que conglera lo aprendido en los pasados 6 años de la carrera y los pone en práctica.

Materiales y métodos: Presentar dos casos clínicos de cada rotación que se realizó en momento del internado: Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Medicina y Pediatría. Se mencionará las partes más importantes de cada caso clínico en la anamnesis, el examen físico, exámenes de laboratorio o descripción de las diferentes imágenes que hayan sido indicadas en su momento para un mejor manejo y diagnóstico

Resultados: Al momento de ser partícipe del internado médico, el interno de medicina aprende a poner en práctica todo lo aprendido en los años pasados de la carrera. Esto hace posible que se desenvuelva de manera prudente y precisa al momento de tener a cargo pacientes y se encuentre solo.

Conclusión: Es fundamental que un alumno de medicina cumpla con el internado de medicina, ya que de caso contrario no se logra un aprendizaje integral.

Palabras clave: Hospital Santa Rosa, Internado Médico, Caso clínico, Medicina

ABSTRACT

Objective: To present the knowledge acquired in the medical internship developed at the Santa Rosa Hospital that brings together what was learned in the past 6 years of the carrier and puts it into practice.

Materials and methods: Present two clinical cases from each rotation that was carried out at the time of the internship: Surgery, Gynecology and Obstetrics, Medicine and Pediatrics. The most important parts of each clinical case will be mentioned in the anamnesis, physical examination, laboratory tests or description of the different images that have been indicated at the time for better management and diagnosis

Results: At the time of participating in the medical internship, the medical intern learns to put into practice everything learned in the past years of the carrier. This makes it possible for him to act prudently and precisely when caring for patients and when he is alone.

Conclusion: It is essential that a medical student completes the medical internship, since otherwise comprehensive learning will not be achieved.

Keywords: Santa Rosa Hospital, Medical Internship, Clinical case, Medicine

NOMBRE DEL TRABAJO

TRAYECTORIA DEL INTERNADO
MÉDICO EN EL HOSPITAL SANTA
ROSA 2023-20 24

AUTOR

DANIEL ENRIQUE REYNAGA COTTLE

RECUENTO DE
PALABRAS

9049 Words

RECUENTO DE CARACTERES

50417 Characters

RECUENTO DE
PÁGINAS

39 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

171.8KB

FECHA DE ENTREGA

Jun 21, 2024 3:28 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jun 21, 2024 3:29 PM GMT-5

● 11% de similitud general

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

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

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

INTRODUCCIÓN

El internado médico son los 10 meses o 1 año (dependiendo del lugar donde se desarrolle el mismo) en donde el estudiante de medicina entra en contacto directo con pacientes. Este pasa de ser un observador y de mantener conductas pasivas a interactuar de manera decisiva en paralela con profesionales y pacientes. Esto especialmente es de gran importancia por la afectación a los alumnos de medicina debido a la pandemia del COVID-19, la cual limitó el aprendizaje por la necesidad de la virtualidad.

Los estudiantes de medicina humana pasan por un proceso de aprendizaje en la carrera dividido en ciencias básicas, clínicas e internado. Resulta fundamental cada parte de estas para poder formar a un profesional que pueda ser responsable de la vida de otras personas. Por ello mismo, es fundamental que la presencialidad sea parte de este proceso. El trato humano también se ve afectado al momento de virtualizar el aprendizaje médico, ya que cada médico debe también ser capaz de cuidar la salud mental de ellos

El presente trabajo fue desarrollado con el fin de exponer el nivel de conocimientos de las diferentes disciplinas que se emplear al momento de practicar medicina que se han adquirido durante el último año de la carrera realizando el internado médico en el Hospital Santa Rosa, localizado en la provincia de Lima, específicamente en Pueblo libre; en el lapso de abril de 2023 a enero del 2024. Se expondrá lo mencionado en forma de una recopilación de casos clínicos en las 4 disciplinas principales en las que cada interno de medicina tiene que cursar en el internado, siendo estas: Cirugía general, medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia

Se explicará detalladamente desde el momento de la llegada del paciente hasta su alta los detalles resaltantes de sus diferentes patologías, las decisiones que fueron tomadas para diagnosticarlas y sus tratamientos

seleccionados. Luego se realizará una crítica de cada caso particular y las decisiones tomadas

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico es fundamental para la formación de un futuro médico. Es el año en donde el trato con el paciente es más directo y donde se toman acciones en conjunto con los doctores ya formados. En este periodo los conocimientos de los anteriores 6 años se ven reflejados, entendiendo de esta manera el origen de cada patología, los efectos que estas tienen en los pacientes y como cada medicamento influye para tratar las mismas

Durante este último año se cuenta con el apoyo de los diferentes profesionales especializados en cada área en la que el alumno se encuentra realizando sus labores. Esto se realiza para que el manejo del paciente sea conjunto, tanto el alumno como el doctor teniendo funciones específicas que cumplir para complementarse y dar la mejor atención. También ayuda a la formación del alumno ya que, al momento de revisar la evolución de los pacientes los doctores actúan como docentes enseñando la correcta acción que tomar y el por qué.

En esta etapa, se incorpora una forma dinámica y multidisciplinaria del aprendizaje para el manejo de pacientes. Se empieza a comprender cómo cada especialidad se incorpora junto con el resto, dando pase a la medicina integral; principalmente con la existencia de las interconsultas. Esto ayuda a lograr un manejo conjunto de diferentes disciplinas, fomentando el trabajo en equipo y un mejor pronóstico

Es preciso el desarrollo de habilidades comunicativas, asertivas y empáticas en el proceso de internado. Es fundamental para cada profesional en el área de la salud comprender la situación en la que cada paciente se encuentra y empatizar con ellos para entender su dolor y padecimiento. La salud mental de muchos de los pacientes se ven afectadas por la presencia de su enfermedad, en algunas ocasiones exacerbando alguna enfermedad psiquiátrica concomitante. El profesional debe conocer esto y saber cómo actuar para reconfortar al paciente y a su familia dependiendo de la situación

El interno de medicina se encuentra muchas veces con preocupación. Las labores de cada interno, siempre observadas por profesionales, tienen repercusiones inmediatas en los pacientes. Labores como coordinar la llegada de ambulancias, toma de muestras, etc., tienen toda una importancia fundamental como complemento. Esto muchas veces intimida al interno nuevo y le da la sensación de no encontrarse preparado, especialmente para internos que tuvieron que encontrarse frente a la virtualidad por la pandemia. También muchas veces se encuentra la dificultad de trabajar junto a personal que tiene malos tratos con ellos, sobrecargándolos de trabajo, haciendo muchas veces un horario y ambiente laboral injusto. Incluso se han documentado en diferentes oportunidades comentarios u acciones denigrantes a ellos. Afortunadamente, el autor no sufrió de este trato y pudo desenvolverse sin inconvenientes durante el proceso, gracias a la atención de parte de la oficina de apoyo a la docencia e investigación (OADI) que es parte de este hospital.

I.1. Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 1

Paciente mujer de 85 años es traída por su familiar a Emergencias del Hospital Santa Rosa, refiriendo que la paciente había estado con picos hipertensivos llegando hasta 190/100 mm Hg. Refiere también haberla encontrado con el nivel de conciencia disminuida.

La paciente es evaluada al ingreso con las siguientes funciones vitales: PA: 140/75 mmHg. FC: 54 lpm, FR: 29 rpm, Temperatura: 36.2°C, Peso 45 kg

La paciente cuenta con antecedentes de hipertensión arterial desde hace 10 años, Alzheimer hace 8 años. Familiar refiere que se medica con Losartan, Quetiapina y Haloperidol. Además, sufrió un accidente cardiovascular en el 2016 y otro en 2020. Familiar niega alergias o consumo de alcohol, drogas y tabaco. Tuvo una amigdalectomía en la infancia (familiar no conoce el año).

En el examen físico de hospitalización se encuentra:

- Letargia, sin obedecer órdenes simples
- Escala de Glasgow 10/15
- Hemiparesia izquierda
- No signos meníngeos
- Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, sin presencia de soplos
- Murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, con presencia de roncus bilaterales escasos
- El resto no contributorio

En los elementos alterados del examen de laboratorio laboratorio de emergencia encontramos: glucosa basal 194 mmg/dl, urea 105 mg/dl, potasio 3.38 mmol/l, creatinina sérica 1.79 mg dl/l, hemoglobina 9.8 g/dl, hematocrito 32 %, glóbulos blancos en orina 10-15 por campo, bacterias en orina 2+.

Se indica la toma de una tomografía cerebral multicorte de emergencia. Esta revela cambios tróficos encefálicos de acuerdo a la edad del paciente, sin signos de colecciones yuxtadurales ni de evento isquémico ni hemorrágico de instalación aguda. También, refiere hipodensidades en la sustancia blanca profunda periventricular y en los centros semiovais que sugiere cambios isquémicos crónicos de probable etiología microvascular

Se realiza una interconsulta de emergencia a neurología donde indican que impresiona un accidente cardiovascular isquémico de novo y secuela de accidente cardiovascular previo

Por lo anterior se plantean los siguientes diagnósticos

1. Trastorno de conciencia alterado (descartar accidente cardiovascular isquémico)
2. Secuela de accidente cardiovascular
3. Hipertensión arterial
4. Hipokalemia leve
5. Descartar neumonía asociada a la comunidad

Se elige como tratamiento inicial: hidratación, ranitidina 50 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg, atorvastatina 40 mg, acetilcisteína 600 mg, losartan 50 mg. Se solicita perfil lipídico, una ecografía carotidea y un urocultivo

Urocultivo revela una infección por Escherichia coli (beta-lactamasa de espectro extendido). La ecografía revela placas fibrolípidicas y cálcicas en ambos bulbos carotideos e informa no haber obstrucción de algún tipo en el flujo carotideo.

Se indica por fallar en controlar los niveles de presión arterial Nifedipino 30 mg. Por la infección urinaria se agrega imipenem 500 mg cada 6 horas por 7 días.

Al momento la paciente ya termino su tratamiento para la infección urinaria, se encuentra controlando los valores de presión arterial con un Glasgow 11/15. La hemiparesia izquierda continua igual que al ingreso. La paciente al momento se encuentra todavía hospitalizada

Caso clínico n.º 2

Paciente varón de 84 años es traído por familiar a Emergencias del Hospital Santa Rosa sensación de desvanecimiento y movimientos tonico-clonicos hace 5 horas. Paciente acude con una saturación de oxígeno de 89%. Familiar refiere que hace 2 semanas fue dado de alta en hospital, donde estuvo hospitalizado por haber curso con letargo y lo trajo a emergencias en una anterior oportunidad y se le dio tratamiento en hospitalización y. Refiere que vuelve a descompensarse una semana después, teniendo hoy un cuadro convulsivo.

Se encuentran las siguientes funciones vitales: PA: 88/53 mmHg, FC: 105 lpm, FR: 20 rpm, Temperatura 36.7°C, Peso: 64 kg

Paciente cuenta con antecedentes de haber estado hospitalizado apendicetomía hace más de un año, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión

arterial. Familiar refiere que lleva tratamiento para la diabetes con metformina. También menciona que paciente no consume alcohol, tabaco, drogas o alergias.

En el examen físico de hospitalización se encuentra:

- Desorientado en espacio y tiempo
- No camina, pero moviliza extremidades
- Evaluación de pares craneales no viable
- Murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, con presencia de roncus bilateral
- Ruidos cardiacos arrítmicos, sin presencia de soplos
- El resto no es contributorio

En los elementos alterados de laboratorio de emergencia encontramos: hemoglobina 6.5 g/dl, plaquetas 3700 mm³, glóbulos rojos en orina >100 por campo, glóbulos blancos en orina 10-15 por campo

Por lo anterior se plantean los diagnósticos de:

1. Neumonía intra hospitalaria
2. Efusión pleural derecha
3. Falla cardiaca coronaria probable
4. Descartar infección de tracto urinario
5. Hipertensión arterial controlada
6. Diabetes mellitus tipo 2
7. Anemia severa

Se le inicia tratamiento con: piperacilina/tazobactam 4.5 g, atorvastatina 40 mg, bisoprolol 5 mg, enoxaparina 40 mg, n-acetilcisteína 600 mg.

Se realiza una interconsulta a hematología donde sugieren sulfato ferroso 300 mg por 30 días, hidroxocobalamina 1mg por 1 semana, ácido fólico 0.5 mg por 30 días. También, menciona que se puede dar hierro sacarato 200 mg por 2 horas en 4 dosis si en una semana no hay signo de infección

Se realiza una toracocentesis para poder descartar una tuberculosis. El valor de adenosín deaminasa obtenido es de 6.80, descartando una tuberculosis. Se encuentra en el cultivo de líquido pleural deshidrogenasa láctica 352 U/L, siendo esto un exudado.

Se toma una tomografía abdominal la cual revela en el retroperitoneo calcificación mural de arteria aorta e iliacas, con imágenes saculares dependiente de pared lateral izquierda de la aorta abdominal a nivel de L3, con cuello de 10 mm y saco de 30 x 14 mm. Esto resulta sugerente de un aneurisma sacular de la aorta abdominal y una angioesclerosis aortoiliaca

Se toma también una tomografía de tórax la cual impresiona una efusión pleural posterobasal bilateral a predominio derecho asociado a atelectasias pasivas. También, signos tomográficos de bronquiolitis en lóbulo superior derecho y cardiomegalia.

En la ecografía abdominal encontramos signos de nefropatía crónica con quistes renales de 11 mm derechos dispersos.

En la tomografía encefálica podemos encontrar hipodensidades en la sustancia blanca profunda periventricular y en los centros semiovais. Esto sugiere cambios isquémicos crónicos probablemente de etiología microvascular.

El paciente completa los 7 días de tratamiento de piperacilina/tazobactam. Se decide rotar a meropenem 1 g por otros 7 días al no haber mejoría significativa.

Actualmente el paciente se encuentra con escala de Glasgow 13/15, desorientado en tiempo y espacio y con murmullos vesiculares disminuidos en ambos campos pulmonares.

El paciente todavía continua con valores alterados en los exámenes de laboratorio, como son: deshidrogenasa láctica 259 U/L, proteína C reactiva

0.75 mg/dl, hierro sérico 29 µg/dl, vitamina b12 2000 pg/ml, ac. Fólico 4.7 ng/ml, leucocitos 3610 mm³, hemoglobina 8.4 g/dl, plaquetas 105000 mm³

I.2. Rotación en Cirugía General

Caso clínico n.º 1

Paciente varón de 47 años ingresa a Emergencias del Hospital Santa Rosa, refiriendo dolor abdominal tipo cólico en el cuadrante superior izquierdo que se irradia a la espalda, febrícula (37.4 C°) y vómitos.

Se encuentran las siguientes funciones vitales: PA: 100/55 mmHg, FC: 75 lpm, FR: 20 rpm, Temperatura: 37.4°C, Peso: 63 kg.

Al examen físico en tópico de emergencia, se encuentra signo de Mc Burney + y Rebote +. Se plantea el diagnóstico de apendicitis aguda.

Paciente cuenta con antecedentes de esteatosis hepática, cálculos renales y previa cirugía de conización (2009) y legrado (1995). Niega alergias medicamentosas o de otra índole. Paciente refiere consumo de alcohol social, niega consumo de drogas o de tabaco.

En la hospitalización se encuentra en el examen físico:

- Abdomen blando y depresible
- Ruidos hidroaéreos presentes
- No dolor a la palpación superficial ni profunda en zona abdominal
- El resto no es contributivo

Se indica una ecografía de abdomen superior, que muestra una vesícula de paredes delgadas de 2.5 mm con contenido anecogénico y una imagen litiasica de 27 mm en el cuerpo de la misma. El ecografista concluye ver una litiasis vesicular

Por lo anterior, se replantea el diagnóstico y se diagnostica de manera definitiva Colecistitis crónica calculosa.

Se plantea una Colectomía laparoscópica como tratamiento quirúrgico. Se programa para entrar a sala de operaciones el día siguiente a su hospitalización. Se indica la administración de Cefazolina 1mg endovenoso (EV)

Al momento de la operación se encuentra vesícula biliar de 8x4 cm de tamaño con paredes delgadas, con contenido biliar verde petróleo. La cirugía continúa y finaliza sin inconvenientes. El diagnóstico postoperatorio confirma ser colecistitis aguda calculosa.

Se indica al paciente nada por vía oral (NPO) por 6 horas y luego comenzar tolerancia oral junto con hidratación, Omeprazol 10 mg EV cada 24 horas, metamizol 1.5 g EV cada 8 horas, Tramadol 50 mg SC cada 12 horas y Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas.

El día siguiente el paciente es dado de alta ya que tolera dieta oral y cuenta con mejoría del dolor sin presencia de fiebre. Se le indica reposo, Paracetamol 500 mg vía oral (VO) cada 8 horas por 5 días y Simeticona 80 mg VO por 5 días. Se le indica retornar a un control en 7 días por consultorio externo de cirugía general.

Caso clínico n.º 2

Paciente varón de 26 años ingresa de emergencia al Hospital Santa Rosa refiriendo dolor abdominal tipo cólico en el epigastrio en la madrugada que luego se irradia a fosa iliaca derecha. Se encuentran las siguientes funciones vitales: PA: 120/70 mmHg, FC: 120 lpm, FR: 16 rpm, Temperatura 37.4°C, Peso: 86 kg

Adicionalmente, refiere no tolerar vía oral y haber sentido náuseas y vomitar 2 veces, por lo que acudió a emergencias.

En el examen físico de emergencia se encuentra:

- Ruidos hidroaéreos presentes

- Abdomen doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha (Signo de Mc Burney +)
- Signo de Blumberg +
- Signo de Rovsing +
- El resto no es contributorio

Se plantea el diagnóstico presuntivo de apendicitis aguda y se indica una apendicectomía de emergencia.

Se indica una ecografía donde se nota en la fosa iliaca derecha una imagen tubular aperistáltica en asa ciega no compresible de 10 mm doloroso a la ecopresión superficial y profunda asociada con incremento de ecogenecidad de la grasa mesentérica. El ecografista encargado concluye que se trata de signos ultrasonográficos de proceso inflamatorio apendicular agudo. Los exámenes laboratoriales se encuentran normales excepto los leucocitos siendo 25570 mm³

En la cirugía se confirma el diagnóstico de apendicitis aguda. Se encuentra en la operación un apéndice de 7 x 1.5 cm de diámetro congestivo que se remueve con una incisión Rocky Davis. La operación no tiene mayor inconveniente. Se indica para el postoperatorio metamizol 1g, ceftriaxona 2g, metronidazol 500mg omeprazol 40 mg.

El paciente es dado de alta el día siguiente a la operación. La herida operatoria se encuentra limpia y sin signos de infección. Se le indica tratamiento de cefuroxima 500 mg cada 12 horas por 5 días y paracetamol 500 mg cada 8 horas por 5 días. Se indica reevaluación por cirugía general en 7 días.

I.3. Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 1

Paciente femenina de 25 años ingresa a Emergencia del Hospital Santa Rosa, refiriendo dolor abdominal tipo contracción desde hace 8 horas, percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido amniótico o sangre vaginal. Al

examen físico en tóxico se encuentra altura uterina de 38 cm, feto presentación transversal, al tacto vaginal cérvix posterior, orificio cervical externo cerrado, no se evidencia pérdida de líquido amniótico ni o sangre vaginal. Se plantea el diagnóstico de pródromo de trabajo de parto. Se encuentran las siguientes funciones vitales: PA: 130/80 mmHg, FR: 18 rpm, FC: 76 lpm, Temperatura 36.8 °C, Peso 62 kg

Paciente cuenta con antecedentes de asma (desde 8 años). Niega antecedentes quirúrgicos. Niega alergias a medicamentos u otra índole. Refiere aborto (2022, sin legrado uterino). Fecha de ultima regla: 06/08/2023 (fecha de ingreso: 30/04/2024)

Cuenta con hemograma, examen de orina completo (ambos de 27/04/24) sin alteraciones.

Se plantea los diagnósticos de:

1. G2P0010 de 38.2 semanas por fecha de última regla
2. Pródromo de trabajo de parto
3. Presentación transversa

Por lo que se programa cesárea segmentaria transperitoneal por feto transverso de 38 semanas y 2 días. Se indica al paciente nada por vía oral (NPO), Cefazolina 2 gr endovenoso 30 minutos antes de entrar a sala de operaciones.

Culminada la cirugía se indica a la paciente nada por vía oral, luego dieta blanda y líquidos a voluntad, ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas, tramadol 100 mg EV + Dimenhidrinato 50 mg EV en 1 hora, ácido tranexámico 1gr EV cada 8 horas, control de funciones vitales, observar signos de alarma, se solicitó hemograma control, observación por dos horas y pasó a piso de hospitalización.

Paciente queda hospitalizada por dos días evolucionando favorablemente, por lo que es dado de alta ya que tolera dieta oral y refiere mejoría del dolor, sin

síntomas asociados. Se le indica ketoprofeno 100 mg VO cada 8 horas por 3 días, sulfato ferroso 300 mg por 30 días, deambulaci3n y control por consultorio externo de ginecologí-a-obstetricia.

Caso clí-nico n.º 2

Paciente femenina de 52 años ingresa a Emergencia del Hospital Santa Rosa, refiriendo que desde hace 4 días presenta sangrado vaginal.

Se encuentran las siguientes funciones vitales: PA: 117/80 mmHg , FC: 80 lpm, FR: 16 rpm, Temperatura: 36.7°C, Peso: 71 kg. Al examen físico se encuentra al tacto vaginal cérvix centralizado, se palpa masa de 4x5 cm, sangrado en dedo de guante. Se plantea diagnóstico de miomatosis uterina y programar para SOP.

Paciente cuenta con antecedentes de patológicos de Diabetes Mellitus tipo 2 (diagnosticado hace 2 meses), pólipo en cuerpo de útero y miomatosis uterina (hace 2 años). Antecedente quirúrgico de cirugía de rótula (2020). Medicaci3n habitual con ácido fólico con sulfato ferroso y metformina 850 mg. Niega alergias a fármacos. Antecedentes familiares: madre con hipertensi3n arterial y padre con diabetes.

Cuenta con examen papanicolaou con citología de límites normales y diagnóstico negativo para células normales. Los exámenes de laboratorio tomados el día de ingreso muestran una disminuci3n de hematíes, hemoglobina 10.3 g/dl, hematocrito de 32%, examen de orina con 55-60 glóbulos rojos por campo, glucosa basal 126.

Se le hospitaliza con las siguientes indicaciones:

- Dieta hipoglucida y líquidos a voluntad
 - Acido tranexámico 250mg 1 tableta cada 8 horas
 - Metformina 850mg 1 tableta en la mañana, ½ tableta en el almuerzo y 1 tableta en la cena

A los días del ingreso se programa la operación de Histerectomía abdominal total + salpingectomía izquierda por Miomatosis uterina y pólipo endometrial. indicándole Cefazolina 2 gr endovenoso 30 minutos antes de entrar a sala de operaciones

En los hallazgos de la operación se evidencia útero de 6cm con adherencias. Paciente pasa a hospitalización después de la cirugía en el cual el primer día de hospitalización refiere leve cefalea y leve dolor en herida operatoria, encontrándose hemodinamicamente estable y afebril. Donde se plantean los diagnósticos de

1. Post operado día 1 por Histerectomía abdominal total + salpingectomía
2. Anemia moderada

Agregándose a las indicaciones:

- Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas
- Tramadol 100 mg + Dimenhidrinato 50 mg EV cada 8 horas
- Clindamicina 900 mg EV cada 8 horas
- Gentamicina 80 mg EV cada 8 horas
- Simeticona 80 mg VO cada 8 horas

La paciente posteriormente fue dada de alta dos días luego de la operación con mejoría del dolor. Se le indica lo siguiente al alta:

- Ketoprofeno 100 mg VO cada 8 horas por 5 días
- Simeticona 80 mg VO cada 8 horas por 3 días
- Clindamicina 300 mg VO cada cada 8 horas por 3 días

I.4. Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 1

Pacientes varón de 11 años y 10 meses de edad ingresa con familiar a Emergencias del Hospital Santa Rosa, donde familiar refiere que desde hace 1 semana presenta tos exigente con sibilantes, agregándose al día del ingreso dificultad respiratoria, habla entrecortada, familiar le aplica 2 rescates con salbutamol, pero al no haber mejoría, decide llevarlo al hospital.

Con signos vitales: FC 150, FR 35, Sat O2 96, Temperatura 36, Peso 46 kg. Al examen físico en emergencia se encuentra murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, sibilantes a la inspiración y espiración, tirajes, habla entrecortada, posición de trípode. Se plantea el diagnóstico de crisis asmática severa.

Paciente cuenta con antecedentes de rinitis alérgica y asma (diagnosticados en el 2018), hospitalizado por asma y neumonía (2020, Hospital Santa Rosa), tratado anteriormente con fluticasona, salmeterol, salbutamol, bromuro de ipratropio. Niega cirugías previas, accidentes y transfusiones sanguíneas.

Antecedentes familiares: Padre (rinitis alérgica), abuelo materno (asma y rinitis alérgica) y tía materna (asma).

Se decide hospitalización y se indica:

- Nada por vía oral por 4 horas, luego dieta blanda
- Canalización de vía periférica con dextrosa 5% 1000cc + NaCl 20% 20cc + KCl 10% 10 cc pasándolo en 30 cc/h
- Nebulización con salbutamol 20 gotas + 1cc suero fisiológico cada 2 horas
- Metilprednisolona 100 mg EV STAT luego 25 mg EV cada 6 horas
- Sulfato de magnesio 20% 1.8 gr + NaCl 0.9% 50 cc pasándolo en 1 hora
- Oxigenoterapia por cánula binasal si saturación <92%
- Cabecera a 30 grados
- Control de funciones vitales, observación de signos de alarma, balance hidroelectrolítico.

En hospitalización se encuentra en el examen físico:

- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, sibilantes inspiratorios y espiratorios en hemitórax izquierdo en base derecha
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

- Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación
- Resto del examen sin alteraciones

En los elementos alterados del examen de laboratorio de emergencia encontramos leucocitosis de 13,770 x mm³. A pesar de la presencia de alteraciones en el examen físico, la radiografía muestra campos pulmonares conservados con los senos costodiafragmáticos y cardiofrénicos libres

En hospitalización se plantean los siguientes diagnósticos:

1. Crisis asmática severa
2. Obesidad

En su primer día de hospitalización: paciente afebril, hemodinamicamente estable, con cánula binasal (2 litros), responde a tratamiento con evolución favorable. Se le añade al tratamiento:

- Bromuro de ipratropio 3 puff cada 4 horas
- Fluticasona 250 mg 1 puff cada 12 horas

Se le indica una radiografía de tórax al día siguiente donde se encuentra aumento de infiltrado bilateral, atelectasia.

En el segundo día de hospitalización, enfermería reporta a las 3am crisis de tos y se le aumentó el oxígeno a 3 litros saturando 96%, al examen físico: murmullo vesicular pasa disminuido en hemitórax izquierdo, sibilantes inspiratorios en hemitórax derecho, se plantean los diagnósticos:

1. Crisis asmática severa
2. Descartar neumonía atípica
3. Atelectasia
4. Obesidad

Se le agrega tratamiento de azitromicina 500 mg 2 tabletas VO cada 24 horas. Se realiza interconsulta a Medicina física y rehabilitación para inicio de terapia respiratoria.

En el tercer día de hospitalización enfermería reportó que menor presentó fiebre de 37.5 C, tos esporádica durante la noche, saturando 95% con CBN a 2L, por lo que se le sube a 3L saturando 98%. Se continúa con tratamiento de nebulización aumentando la frecuencia de salbutamol y bromuro de ipratropio.

Al cuarto día de hospitalización, enfermería reporta saturación de 92% con CBN a 2L, por lo que se le sube a 3L saturando 97%. Al momento de la evaluación hemodinámicamente estable con CBN a 2L saturando 96%. Se inicia terapia de rescate I II III luego cada 1h, continuando con tratamiento. En evaluación por la tarde, tolera destete de oxígeno saturando 98% sin distrés respiratorio, con evolución favorable, se sugiera seguir nebulizaciones y suspender bromuro de ipratropio para mañana.

Caso clínico n.º 2

Paciente femenino de 2 años, 2 meses y 13 días de edad ingresa con familiar a Emergencias del Hospital Santa Rosa, donde madre refiere que 9 días antes del ingreso paciente presenta fiebre de 39° por lo que da 1 cucharada de paracetamol siendo efectivo, posterior a ello, presenta vomito por primera vez y 8 cámaras de diarrea abundante sin moco ni sangre. 8 días antes del ingreso continúa con fiebre por lo que acude a la posta médica donde se le diagnóstica deshidratación dándole tratamiento EV y le descartan dengue con resultado negativo, se le da de alta el mismo día en posta. Al día siguiente se vuelve a hidratar EV en posta médica y se le da de alta con bismutol en jarabe + sulfametoxazol, sin embargo, continúa con diarrea de 7-8 cámaras y fiebre. 3 días antes del ingreso presenta 6 cámaras diarreicas en las cuales 1 fue con moco y sangre, asociado a fiebre 38° donde se le da paracetamol y antibiótico (no especifica) por dos días. El día del ingreso presenta heces con moco ni sangre, fiebre y apetito disminuido.

Con signos vitales al ingreso de FC: 116 lpm, FR: 20 rpm, Temperatura 36.6 °C, Peso: 11 kg

Al examen físico en emergencia se encuentra piel pálida, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos, sin alteraciones en el resto de los aparatos.

Paciente cuenta con antecedente de ser producto de 2da gestación con parto por cesárea de emergencia por ruptura prematura de membrana, hermano fallecido a los 16 años por cáncer de huesos. Viaje a Piura hace 2 días Niega hospitalizaciones, niega cirugías, niega alergia a medicamentos.

Se plantea en tópico los diagnósticos de:

1. Fiebre
2. Diarrea disintérica
3. Dengue (presuntivo)
4. Parasitosis intestinal (presuntivo)
5. Fiebre sospechosa de malaria (presuntivo)

Se le indica hospitalización con:

- Dieta blanda + líquidos a voluntad
- Dextrosa 5% 1000cc + ClNa 20% 40cc + ClK 20% 10cc pasarlo EV 800cc en 24 horas
- Medios físicos y/o metamizol 200 mg EV lento y diluido en $T \geq 38^\circ$
- Ceftriaxona 600 mg EV lento y diluido cada 12 horas
- Control de funciones vitales y registro de balance hidroelectrolítico

Se le indicaron laboratorios donde los resultados fueron:

- Dengue prueba rápida NEGATIVO
- Hemograma normal
- Reacción inflamatoria: color pardo, consistencia pastosa, moco +, leucocitos >100

En el primer, segundo y tercer día de hospitalización se reporta deposición líquida esporádicamente, con los diagnósticos de síndrome febril y enfermedad diarreica disintérica, teniendo evolución favorable continuando con tratamiento antibiótico.

Al cuarto día paciente evoluciona favorablemente sin fiebre, no deposiciones líquidas, se le da de alta con indicaciones de:

- Saccharomyces boulardii solución VO dividido en $\frac{1}{2}$ vaso mañana y noche por 5 días

- Simeticona 80mg/ml: 20 gotas VO cada 8 horas por 3 días
- Paracetamol 120mg/5ml: 6ml VO condicional a $T \geq 38^\circ$
- Reposición de perdidas con sales de rehidratación oral por vía oral
- Control por consultorio externo de pediatría en 7 días.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Santa Rosa es un establecimiento de salud de tercer nivel (III-1), que se ubica en la provincia de Lima, específicamente en Pueblo libre, siendo parte de la DIRIS Lima Centro. También contiene un anexo en el mismo distrito ubicado en la calle Moreyra y Rigios 128. Este anexo contiene algunos servicios específicos:

- Medicina Física y Rehabilitación
- Psicología
- Estrategia Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (1)

Este cuenta con una organización particular para poder desenvolverse ordenadamente. Cuenta con diferentes órganos dentro de su distribución:

- Órganos de Dirección: Aquí se encuentra la dirección general
- Órganos de Control: Aquí se encuentra el control institucional
- Órganos de Asesoramiento: Aquí encontramos oficinas de planteamiento estratégico, asesoría jurídica, epidemiología y gestión de calidad
- Órganos de apoyo: Este cuenta con la oficina de administración, comunicaciones, seguros, estadística y apoyo a la docencia
- Órganos de línea: En este se encuentran todos los servicios de salud que tiene el hospital como cirugía, psicología, nutrición, emergencias, enfermería, servicio social, entre otros.(2)

El hospital fue fundado el 26 de julio de 1956, inicialmente llamada “Central de Asistencia Social Santa Rosa de Lima” a cargo de un comité precedido por la esposa del presidente Don Manuel A. Odría. El hospital cambio de nombre repetidas veces conforme el paso de los años, llamándose Hospital Materno Infantil Santa rosa en 1962, Hospital de Apoyo Santa Rosa en 1996 y Hospital Santa Rosa en 2005.

Dentro del periodo del 2022 podemos ver las principales causas de morbilidad en consulta externa, siendo estos trastornos de adaptabilidad y obesidad no controlada. También podemos encontrar los diferentes egresos del mismo año, como los de hospitalización siendo estos 5 888 mensualmente, principalmente en diciembre. En cuidados intensivos se encontraron 230 en 2022, principalmente en Setiembre. En el servicio de emergencias se encuentran 58 306, principalmente encontrándose la mayoría en el mes de enero. (3)

La Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación resalta en el hospital por su labor. Frecuentemente se encuentran incentivando las discusiones de casos clínicos con todo el personal médico disponible para reevaluar y mejorar los conocimientos de su personal, evitando así repetir errores. También utiliza actividades para la difusión de conocimientos como concursos de posters científicos o de artículos. Utilizan también en cada servicio exposiciones por parte de residentes o internos para promover el criterio clínico en los diferentes casos y repasar las guías actuales.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1. Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 1

Según lo expuesto la patología por la cual acudió a emergencia es una exacerbación de la hipertensión arterial, esta se define como la elevación persistente de la presión arterial sistólica de 140 mmHg o más y/o de la presión arterial diastólica de 90 mmHg o más. Además, asociado a trastorno de conciencia alterado.

Con respecto al fisiopatología está involucrado el sistema renina angiotensina aldosterona, que se activa aumentando la retención de sodio y agua, el aumento del sistema nervioso simpático, disfunción endotelial que provocan vasoconstricción, elevando la presión arterial. Los factores de riesgo son la edad aumentada, antecedentes familiares, índice de masa corporal elevado, sedentarismo, elevada ingesta de sodio, alcohol y tabaco, altos niveles de estrés y antecedentes patológico de diabetes(4)

La clínica de la hipertensión arterial normalmente es asintomática pero también se puede presentar cefalea, mareos, vértigos, palpitaciones, fatiga, sangrado nasal y visión borrosa. (4)

El tratamiento de la hipertensión en basa en cambios en el estilo de vida como la reducción de sodio, ejercicio de al menos 30 minutos, pérdida de peso para mantener un IMC saludable, limitación de bebidas alcohólicas, abandono del tabaco, etc. Con respecto al tratamiento farmacológico se utilizan diuréticos, Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), Antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA II), Betabloqueantes, Calcio antagonistas. (5)

Caso clínico n.º 2

En el caso presentado nos relata acerca de que el paciente entró por cuadro convulsivo definido como episodio transitorio de la alteración de la actividad cerebral generando cambios en la función motora, comportamiento y conciencia por una descarga neuronal excesiva.

Las causas incluyen epilepsia, lesiones cerebrales, infecciones, trastornos metabólicos, enfermedades vasculares, intoxicaciones, fiebre alta (en niños). Con respecto a la fisiopatología involucra la hiperexcitabilidad neuronal y la desinhibición de las neuronas, específicamente hay un aumento de la actividad de los neurotransmisores excitadores (como el glutamato) o disminución de los neurotransmisores inhibidores (como el GABA), cambios en la homeostasis de los iones como el sodio, potasio y calcio que afectan la excitabilidad neuronal, lesiones cerebrales que promueven actividad neuronal anormal.(6)

En la tomografía encefálica tomada nos describe hipodensidades en la sustancia blanca profunda periventricular y en los centros semioviales, lo que nos dice que sugiera cambios isquémicos crónicos probablemente de etiología microvascular.

Según lo descrito en la tomografía y tomando en cuenta los antecedentes del paciente podemos sospechar de la Enfermedad de Pequeños Vasos cerebral la cual afecta a las arterias, arteriolas, capilares y vénulas del cerebro causando una disfunción vascular que puede llevar al daño cerebral.(7)

Los factores de riesgo asociados encontramos la hipertensión arterial crónica daña los vasos sanguíneos pequeños generando cambios isquémicos crónicos en el cerebro, la diabetes mellitus, edad avanzada, hiperlipidemia, enfermedad aterosclerótica. El paciente del caso presenta algunos factores de riesgo y condiciones.

En la clínica se presenta por el declive cognitivo que se manifiesta como problemas de memoria, atención y funciones ejecutivas, al igual que el deterioro motor manifestado por marcha lenta o inestable, debilidad y a veces caídas, al igual que los trastornos del estado de ánimo.

El manejo se basa en el control de la presión arterial, control de la diabetes, reducción de lípidos y modificación del estilo de vida (según sea el caso).(7)

III.2. Rotación en Cirugía General

Caso clínico n.º 1

En el caso descrito nos muestra una colecistitis aguda calculosa definida como una inflamación aguda de la vesícula biliar que ocurre en presencia de cálculos biliares (colelitiasis).

En la fisiopatología implica una construcción del conducto cístico que impide el flujo normal de la bilis desde la vesícula biliar, resultando que la bilis se retenga en la vesícula, aumentando la presión intravesicular, esta bilis retenida puede causar irritación e inflamación de la mucosa de la vesícula. La estasis biliar facilita el crecimiento bacteriano (comúnmente *Escherichia coli*, *Klebsiella*, y *Streptococcus*), que contribuye a la inflamación y puede llevar a infección severa. La presión intraluminal alta y la inflamación pueden comprometer el flujo sanguíneo, resultando en isquemia y necrosis de la pared vesicular. (8)

La clínica frecuente con la cual se presenta el cuadro es dolor abdominal en el cuadrante superior derecho o epigastrio que puede irradiarse a la espalda o el hombro derecho, fiebre, escalofríos, náuseas y vómitos, signo de Murphy positivo e ictericia. En los exámenes laboratoriales se puede encontrar elevación de leucocitos, transaminasas, bilirrubina, y fosfatasa alcalina, Para complementar el diagnóstico clínico se puede utilizar ecografía buscando cálculos biliares, engrosamiento de la pared vesicular y líquido pericolecístico, también puede utilizarse colangiopancreatografía por resonancia magnética para visualizar el árbol biliar. (9)

Para el tratamiento médico está indicado la colecistectomía que es la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar que puede ser realizada por vía laparoscópica o abierta. Se recomienda que se realice en las primeras 24 a 72 horas del diagnóstico para prevenir complicaciones. (9)

Caso clínico n.º 2

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice vermiforme, una pequeña estructura tubular que se extiende desde el ciego en el intestino grueso. Esta patología ocurre por la obstrucción de la luz del apéndice que puede ser causada por fecalitos, hiperplasia linfoide, cuerpos extraños, o, raramente, tumores. Esta obstrucción favorece el crecimiento de bacterias dentro del apéndice. La edad más común es en adolescentes y adultos jóvenes, predominantemente en hombres. (10)

La clínica que comienza con dolor epigástrico o periumbilical que migra al cuadrante inferior derecho, anorexia, náuseas y vómitos, fiebre, signos McBurney y Blumberg positivos. Para el diagnóstico además de lo mencionado se basa en elevación de leucocitos (leucocitosis) con predominio de neutrófilos, ecografía, tomografía computarizada que muestra un apéndice dilatado con pared engrosada y la resonancia magnética que está indicado en casos como el embarazo. (11)

El tratamiento de elección es la apendicectomía que puede realizarse por vía laparoscópica o abierta. En algunos casos seleccionados de apendicitis complicada, especialmente cuando hay un absceso, se puede considerar inicialmente el manejo con antibióticos y drenaje percutáneo.(12)

III.3. Rotación en Ginecología Y Obstetricia

Caso clínico n.º 1

Con respecto al caso clínico descrito se trata de la presentación transversa que se refiere a que la posición fetal se da horizontalmente dentro del útero.

Esta posición no es frecuente, sin embargo, se da con más frecuencia en los casos que la madre sea multípara, polihidramnios, embarazos múltiples, anomalías uterinas, placenta previa; datos los cuales la paciente no presenta. En el hospital se diagnosticó mediante la clínica utilizando la maniobra de Leopold palpando la región abdominal encontrándose el eje largo del feto perpendicular al de la madre.

Según la MSF si el feto permanece en posición transversal y comienza el trabajo de parto, generalmente se requiere un cesárea porque intentar un parto vaginal está contraindicado por el alto riesgo de complicaciones como ruptura uterina y sufrimiento fetal (13)

En casos donde las membranas están intactas, se puede intentar una versión cefálica externa suave entre contracciones, si no se tiene éxito, se realizará una cesárea. (13)

Se optó por cesárea programada ya que cumplía con feto a término y se encontraba en pródromo de trabajo de parto.

Caso clínico n.º 2

En el caso visto nos relata acerca de una miomatosis uterina, que es una condición en la cual se desarrollan múltiples fibromas en el útero, estos son tumores benignos formados por células de músculo liso y tejido fibroso.

Con respecto a su fisiopatología para la formación de estos fibromas, se sabe que se desarrollan a partir de una célula muscular lisa que crece de forma anormal y se multiplica, las causas exactas se desconocen, pero se cree que los factores genéticos (antecedentes familiares) y las hormonas (estrógenos y progesterona) juegan un papel crucial en su crecimiento ya que los fibromas, contienen más receptores de estrógenos y progesterona que el miometrio normal.(14)

La clínica varía según el tamaño, número y localización de los fibromas, pudiéndose encontrar menorragia, dolor pélvico, síntomas de compresión

(como frecuencia urinaria, dificultad para orinar, estreñimiento), infertilidad.(15)

En el tratamiento médico farmacológico se utilizan moduladores selectivos del receptor de progesterona (SPRMs) como el ulipristal acetato que puede reducir el tamaño de los fibromas y el sangrado, también se utilizan análogos de GnRH. Continuando con el tratamiento quirúrgico se obtienen opciones como la miomectomía que es la remoción quirúrgica de los fibromas, preservando el útero, que esta indica en mujeres que desean conservar su fertilidad, la histerectomía que es la remoción del útero el cual se recomiendan en mujeres que no desean mantener la fertilidad. (15)

III.4. Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 1

En el caso presentado nos habla de una Crisis asmática conocida también como exacerbación asmática, definida como episodio agudo de deterioro significativo en los síntomas del asma.

Esta patología implica una inflamación crónica de las vías respiratorias, en los cuales los principales mecanismos involucrados es la inflamación de las vías respiratorias donde hay una activación de células inflamatorias, donde la exposición a alérgenos provoca la liberación de mediadores inflamatorios; otro mecanismo es la hiperreactividad bronquial y la obstrucción del flujo aéreo.(16)

El diagnóstico se confirmó por las características típicas compatibles con su cuadro en su clínica y examen físico como dificultad respiratoria, sibilancias, tirajes y posición de trípode. Además, que el paciente presentaba antecedentes de hospitalización por asma y antecedentes familiares de rinitis alérgica y asma. El manejo que se optó en el hospital fue nebulización con Broncodilatadores de acción corta (SABA) como el salbutamol, agregándose corticosteroides sistémicos como metilprednisolona endovenosa,

agregándose anticolinérgico como el bromuro de ipratropio y complementándose con oxígeno con cánula binasal en caso lo requiera.

Caso clínico n.º 2

En el caso expuesto tocamos el tema de diarrea disentérica que es una diarrea caracterizada por la presencia de sangre y moco en las heces, acompañada de dolor abdominal y fiebre. Esta patología afecta principalmente a niños menores de 5 años en países en desarrollo.

Como factores de riesgo se encuentran la ingesta de alimentos o agua contaminado, condiciones de hacinamiento y contacto cercano con personas infectadas. (17)

Se caracteriza por ser una inflamación del revestimiento del intestino delgado y grueso, se produce con la invasión bacteriana en las cuales estas bacterias producen proteínas y toxinas que se adhieren a las células intestinales, penetrándolas, una vez dentro de ellas las bacterias se propagan a células adyacentes causando daño en la mucosa intestinal, después causan la muerte de las células epiteliales provocando una respuesta inflamatorio local en el intestino, esta inflamación produce la diarrea sanguinolenta y mucosa. (17)

El diagnóstico que se realizó en el hospital fue por su clínica, dado que, el paciente presentaba síntomas sistémicos como la fiebre, síntomas gastrointestinales como la diarrea con sangre y moco, también signos físicos como la piel pálida por deshidratación. También se realizó una prueba de rápida de dengue por la fiebre persistente que aquejaba, la coyuntura nacional de incrementos de casos y los antecedentes de viaje a Piura.

Con respecto al manejo indicado se realizó hidratación por vía endovenosa, metamizol endovenoso para tratar la fiebre, ceftriaxona 600 mg endovenoso

en el tiempo hospitalario con un tratamiento de alta de manejo de la fiebre con paracetamol, hidratación y *Saccharomyces boulardii* que es un probiótico que ayuda a mejorar la salud intestinal.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El Hospital Santa Rosa ofrece una variedad de oportunidades de aprendizaje más allá de lo que se ve día a día al ver a los pacientes. Una de las actividades más importantes que se tuvo en este año fue el concurso de posters científicos, en la que el autor pudo participar junto con otros internos y el jefe del departamento de medicina interna. Se logró junto con ellos la producción de una revisión de un caso clínico antiguo de un paciente que falleció por histoplasmosis agravada por sufrir de VIH. Este fue publicado en la revista científica del hospital. También cabe recalcar los diferentes momentos en donde los directivos de la oficina de docencia e investigación invitaron a doctores de otras instituciones para explicar temas de alta densidad.

El hospital también apoya a los estudiantes en su desarrollo profesional en labores extrahospitalarias. Un ejemplo claro fue permitir a uno de sus internos viajar al extranjero para un congreso científico a presentar un trabajo de investigación. También, permitió al autor a ausentarse para presentarse a un congreso realizado por ASPEFAM a presentar un trabajo de investigación realizado con alumnos de la USMP

Una ventaja que se logra obtener al ser interno es mejorar la relación con los pacientes. Cuando se cursa el internado se trabaja más horas de lo que normalmente se tendría cuando el paciente va a una consulta, esto favorece la interacción entre ambos. Cuando esta introducción es bien recibida y profesional, el paciente siente mayor tolerancia a la situación en la que se encuentra, así como mayor confianza en los tratamientos planteados por el doctor. Resulta indispensable esto ya que, el paciente podría negarse a recibir el tratamiento o cirugía si este cree que el doctor no está seguro de sí mismo o si piensa que lo tratará mal

El aprendizaje fue variado en el Hospital Santa Rosa, siendo fructífero con las exposiciones, revisiones de caso, posters académicos y las actividades del día a día. La organización de las mismas también fue cambiando para mejor durante el periodo del internado, como, por ejemplo, invitados que realizaron

capacitaciones sobre resucitación cardiopulmonar al rotar en el servicio de medicina interna. Cabe mencionar el apoyo de muchos de los médicos asistentes con los que se trabajó, siendo parte de su trabajo también orientar a los internos, resultando en pases de visita que también eran didácticos y académicos con preguntas y respuestas de las patologías, tratamientos y exámenes que se les podía realizar a los pacientes. Esto refuerza no solo el aprendizaje, sino también fomenta el debate para un mejor tratamiento y manejo.

Se nota respectivamente en cada una de las rotaciones por las que se cursó, que cada uno tenía sus respectivas debilidades.

- Cirugía: Se refleja principalmente las infecciones de sitio operatorio por no dar el debido seguimiento a la herida. Esto causaba reingresos y mayor morbilidad.
- Pediatría: Principalmente se notó que la mayoría de las patologías eran de naturaleza respiratoria, sin embargo, los pacientes y sus familiares no utilizaban mascarillas muchas veces, a pesar de ser una norma del hospital. Esto resulta bastante importante por el contagio que se da entre pacientes y con sus respectivos padres. Resulta importante reforzar firmemente su uso constante.
- Ginecología y Obstetricia: La gran afluencia de pacientes y el poco personal jugaba un rol muy importante en este servicio. Al haber esta afluencia tan grande, la labor era exhaustante para los residentes e internos, esto causaba menor eficiencia por sobrecarga de labores
- Medicina Interna: Resaltan principalmente las úlceras por presión por no tener el movimiento debido en su estancia hospitalaria. Es correcto resaltar que muchos llegan al hospital con esta condición, pero muchas veces también esta condición es causada por la falta de movilidad que no se proporciona a los pacientes que no son independientes

Hay problemas que encuentran en el hospital que son limitaciones por falta de apoyo del Ministerio de Salud. Esto se ve en todos los servicios. Principalmente lo que se presentaba seguido era la falta de equipo para hacer

limpiezas o curaciones para diferentes patologías (ulceras por presión, pie diabético, etc.). Instrumentos como gasas, esparadrapos, algodones siempre fueron muy limitados, haciendo al personal tener que agarrar de la reserva de los otros servicios. Esto también limita la atención que se puede dar al paciente. Es importante mencionar, que estos insumos se le indica al paciente que deben comprarlos por su cuenta, lo que no es correcto por ser afiliados al SIS, el cuál debe ofrecerles la atención de salud de manera gratuita

La relación entre distintos servicios muchas veces tiene inconvenientes. Esto se nota más cuando resultados de laboratorio o exámenes de imágenes, no se entregan a tiempo. Sucede muchas otras ocasiones que tampoco tienen el informe adjuntado, el cual es necesario para ver la condición del paciente para un riesgo quirúrgico.

CAPITULO V: CONCLUSIONES

1. El internado médico permite a los alumnos a recibir los conocimientos prácticos que no se logran en los primeros 6 años de la carrera. Esto especialmente se vio reforzado por la virtualidad forzada por la pandemia
2. El trabajo asistido y monitoreado de los internos de medicina es indispensable para el funcionamiento del servicio en el que se encuentran para el aprendizaje. Además, el interno recibe conocimientos de parte de los doctores al momento de revisar a los pacientes día a día.
3. El contacto directo con el paciente constituye una herramienta determinante para lograr una comunicación. Esta comunicación resulta fundamental ya que, el paciente necesita poder sentirse seguro en las manos del doctor. El paciente debe sentir la libertad de preguntar y resolver sus dudas sobre su patología
4. Es fundamental lograr llegar a implementar una medicina integral en la que las diferentes disciplinas de la medicina junto con el apoyo laboratorial y de imágenes. De esta manera se asegura una mejor atención a los pacientes

CAPITULO VI: RECOMENDACIONES

1. Una implementación necesaria es la creación de programas de seguimiento a los familiares. Se encuentran muchos casos, especialmente en ancianos que no son independientes, en que la familia no les presta la atención debida.
2. Si bien existe las interconsultas, es necesario la formación de una medicina más integral. Esto se ve especialmente por varios servicios no cumpliendo con revisar a los pacientes de manera correcta y eficiente. También, se ve indisposición de parte de algunos servicios de hacer un manejo conjunto.
3. Resulta necesario que el interno de medicina goce de 1 año de internado médico. Lastimosamente, esto no se da en el MINSA, por cambios que se instauraron en la pandemia. Sería ideal regresar a tener un año completo para poder realizar estas actividades.
4. Un punto importante a resaltar es que muchas veces el interno es sobrecargado de más que todo papeleo o trabajo administrativo. Muchas veces esto es necesario, pero el tiempo empleado en ello no es corto, por lo que quita tiempo de aprendizaje que podría tener. Es recomendable seleccionar personal que haga este trabajo administrativo, ya que esa es la naturaleza del mismo.
5. Es importante mencionar que muchos recursos no se encontraban disponibles en el hospital. Esto dificultaba la enseñanza amplia de diferentes técnicas necesarias para toma de muestras o para procedimientos que se usan de tratamiento.
6. Se sugiere reforzar el alcance académico que el hospital brindaba en sus actividades académicas, siendo las presentaciones de casos clínicos y concursos de artículos un buen ejemplo de medidas que pueden continuarse y mejorar

CAPITULO VII: FUENTES DE INFORMACIÓN

1. MINSA. MINSA. [citado 6 de abril de 2024]. Información institucional. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hsr/institucional>
2. MINSA. MINSA. [citado 6 de abril de 2024]. Hospital Santa Rosa - Plataforma del Estado Peruano. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hsr/organizacion>
3. MEMORIA_ANUAL_2022F.pdf [Internet]. [citado 7 de abril de 2024]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4934334/MEMORIA_ANUAL_2022F.pdf
4. Basile J, Bloch MJ. UpToDate. [citado 28 de mayo de 2024]. Overview of hypertension in adults. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-hypertension-in-adults>
5. Mayo Clinic [Internet]. [citado 28 de mayo de 2024]. High blood pressure (hypertension): Controlling this common health problem-High blood pressure (hypertension) - Symptoms & causes. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/high-blood-pressure/symptoms-causes/syc-20373410>
6. Neschis DD, Dosluoglu HH, Golden MA. UpToDate. [citado 28 de mayo de 2024]. Management of chronic limb-threatening ischemia. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-chronic-limb-threatening-ischemia>
7. Berry C, Sidik N, Pereira AC, Ford TJ, Touyz RM, Kaski J, et al. Small-Vessel Disease in the Heart and Brain: Current Knowledge, Unmet Therapeutic Need, and Future Directions. *Journal of the American Heart Association*. 5 de febrero de 2019;8(3):e011104.
8. Salam F Z, Nezam H. UpToDate. [citado 26 de mayo de 2024]. Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis>
9. Sebghatollahi V, Parsa M, Minakari M, Azadbakht S. A clinician's guide to gallstones and common bile duct (CBD): A study protocol for a systematic review and evidence-based recommendations. *Health Sci Rep*. 12 de septiembre de 2023;6(9):e1555.
10. Ronald F M. UpToDate. [citado 26 de mayo de 2024]. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis/print>

11. Mayo Clinic [Internet]. [citado 26 de mayo de 2024]. Appendicitis - Symptoms and causes. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/appendicitis/symptoms-causes/syc-20369543>
12. Strand N, Heneghan K, Roland R. ACS. [citado 26 de mayo de 2024]. Appendectomy. Disponible en: <https://www.facs.org/for-patients/the-day-of-your-surgery/appendectomy/>
13. Medecins Sans Frontieres [Internet]. [citado 26 de mayo de 2024]. 7.9 Face presentation | MSF Medical Guidelines. Disponible en: <https://medicalguidelines.msf.org/en/viewport/ONC/english/7-9-face-presentation-51417589.html>
14. Stewart EA, Laughlin-Tommaso SK. UpToDate. [citado 27 de mayo de 2024]. Uterine fibroids (leiomyomas): Epidemiology, clinical features, diagnosis, and natural history. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-epidemiology-clinical-features-diagnosis-and-natural-history>
15. Mayo Clinic [Internet]. 2023 [citado 27 de mayo de 2024]. Uterine fibroids - Symptoms and causes. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/uterine-fibroids/symptoms-causes/syc-20354288>
16. Martin J, Townshend J, Brodrie M. Diagnosis and management of asthma in children. *BMJ Paediatr Open*. 26 de abril de 2022;6(1):e001277.
17. Akhondi H, Simonsen KA. Bacterial Diarrhea. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 28 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551643/>