



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO EN EL CENTRO MÉDICO
NAVAL CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA 2021 – 2022**

PRESENTADO POR

**RODRIGO SEBASTIAN SORIANO ALVAREZ
FABRIZIO UMBERTO SQUADRITO MENDIZABAL**

**ASESOR
JEFFREE TOVAR ROCA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL PARA OPTAR EL TÍTULO

PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

LIMA– PERÚ

2022



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO EN EL CENTRO MÉDICO
NAVAL CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA 2021 – 2022**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
RODRIGO SEBASTIAN SORIANO ALVAREZ
FABRIZIO UMBERTO SQUADRITO MENDIZABAL**

**ASESOR
DR. JEFFREE TOVAR ROCA**

LIMA - PERÚ

2022

JURADO

Presidente: M.E Karim Elizabeth Ugarte Rejavinsky

Miembro: M.E Graciela Pilaes Barco

Miembro: M.E Carlos Morales Paitan

Dedicatoria

Rodrigo: A mis padres con quienes he sufrido de principio a fin esta difícil etapa. A mis amigos, que sin ellos nada de esto hubiera sido igual; y Fabrizio, mi primer amigo y ahora tenemos la dicha de concluir juntos con este trabajo. A mi abuela que le debo todo.

Fabrizio: A mis padres, por sentar las bases de quien soy hoy en día. A Milagros, quien siempre estuvo dispuesta a ayudarme en lo que más necesitaba. A los doctores Jaime Flores y Carlos Pisfil, gracias por sus enseñanzas.

Índice

Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPITULO I: TRAYECTORIA PORFESIONAL	1
CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	29
CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	32
CAPITULO IV: REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA	50
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	53
FUENTES DE INFORMACION	55

Resumen

El presente trabajo, tiene como propósito plasmar la importancia del internado médico, último año de la carrera de medicina humana en el Perú, el cual corresponde a una etapa muy importante para la formación del médico. Año donde se afianzarán los conocimientos previos y se aprenderán nuevas técnicas para la evaluación y correcta relación médico - paciente. Corresponde, además, en muchos casos, al año donde el futuro médico se orienta hacia una especialidad de su vocación.

En el presente informe, se explica cómo se desarrolló el internado médico durante el periodo 2021 – 2022 en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”, tomando en cuenta la situación actual de la pandemia de COVID 19 y las limitaciones que ha significado para el correcto desarrollo de las actividades propias de esta etapa de formación. Se han revisado dieciséis casos clínicos de cada especialidad y cómo se manejaron en la institución, según sus protocolos.

Abstract

The purpose of this work is to capture the importance of the medical internship, the corresponding last year of studies in medical school in Peru, which is a very important phase for the education of the future doctor. It is a year where all the gathered knowledge will be reinforced and new evaluation and doctor – patient relation techniques will be gained. This year also corresponds in many cases to the phase where the future doctor will decide or will be oriented towards a possible medical specialty.

In this report, it is shown how the medical internship was developed during the period between 2021 – 2022 at the Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”, considering the actual situation influenced by the COVID 19 pandemic and the limitations for the correct development of the activities. Sixteen clinical cases have been collected in this work; each one has been resolved in accordance to the hospital protocols.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se pone como principio la capacidad de resaltar cuán importante es para el estudiante de Ciencias de la salud de medicina humana el internado médico siendo aún de mayor importancia en el contexto en el cual se desarrolla, durante una pandemia, en un contexto nuevo distinto al del año pasado con una casuística que dejó experiencias gratificantes de aprendizaje, se eligieron 16 casos en los cuales se vieron las cuatro distintas rotaciones que se tuvieron durante la estancia hospitalaria y en la cual se aprende no solo manejo médico, sí no cómo tratar con nuevas personas, y sobre todo el manejo de la relación médico paciente que servirá de manera fundamental para el manejo de casos en una localidad rural como médicos Serumistas.

Estos casos han sido los más significativos en las rotaciones realizadas de 11 meses aproximadamente de estancia hospitalaria que marco de manera distinta a otras experiencias.

Se concluye que si bien el internado no se dió en las condiciones adecuadas de un contexto prepandemia este de igual manera fue muy provechoso y altamente académico y científico.

La finalidad de este trabajo es resaltar la importancia que implica para el estudiante de medicina, el internado médico.

CAPITULO I: TRAYECTORIA PORFESIONAL

En este capítulo se revisaron los 16 casos más significativos en el periodo 2021 al 2022

CIRUGIA

CASO 1

TE: 15 meses

Inicio: Insidioso. Curso: Progresivo

Paciente varón de 59 acudió refiriendo T.E. 15 meses caracterizado por aparición de masa en región inguinal derecha posterior de manera espontánea, refirió que al inicio la masa tenía un tamaño de 1 cm aproximadamente, que se protruía únicamente al realizar esfuerzo físico intenso. Refirió que, con el transcurso de los meses, la mencionada masa creció en tamaño progresivamente, manteniéndose protruida a la bipedestación. Refirió acudir a centro médico particular donde se le realizó ecografía (04/01/21) determinando el diagnóstico de hernia inguinal derecha directa. Paciente refirió incremento continuo de la masa en región inguinal derecha llegando hasta 4 cm de diámetro aproximadamente, asociándose dolor tipo punzada leve (2/10) de aparición infrecuente. Refirió que, al momento del examen para su ingreso, se determinó la aparición de masa en región inguinal izquierda, no dolorosa. Paciente refirió dificultad para realizar las actividades cotidianas, motivo por el que acudió a CEMENA para cirugía electiva.

Antecedentes de importancia:

- Patológicos:
 - o Niega HTA, niega TBC, niega DM2.
 - o Síndrome de colon irritable (2017)

- Trastorno no orgánico del sueño (insomnio) 2020. Enfermedad diverticular (2021)
- Hiperplasia benigna de próstata grado I (2021)
- RAMS: niega
- Quirúrgicos: Niega antecedente quirúrgico.
- Medicación habitual: Clonazepam 2gr vo c/24 hs. Quetiapina 25 mg 1/2 tb c/24 hs.

Examen físico

- FC: 62/min. FR: 20/min. PA: 110/70 mmhg Temp.: 36.0°C. PESO: 60kg
- Piel: Tibia, elástica, hidratada, Llenado capilar <2 seg.
- Tórax: MV pasa bien por ACP.
- CV: RC rítmicos, regulares, de buena intensidad
- Abdomen: Plano, móvil a los movimientos respiratorios B/D, RHA (+), No dolor a palpación profunda ni superficial. Región inguinal izquierda: En bipedestación se aprecia masa de 2 cm aproximadamente, de consistencia blanda, no dolorosa a la palpación, con anillo herniario de 1.5 cms aproximadamente, reductible a la digitopresión. Landívar (+). No cambios de coloración. Región inguinal derecha: en bipedestación observa masa de 4x3cm, de consistencia blanda, que protruye la maniobra Valsalva, se palpa anillo herniario de +/- 3 cm diámetro, reduce a la digitopresión. Al decúbito: masa palpable reduce a digitopresión. Landívar (+) sin signos de flogosis ni cambios de coloración.
- Región perianal: En posición genupectoral: Se Evidencia paquete hemorroidal a horas 9. No cambio de coloración, no es doloroso al tacto. Tacto Rectal: Esfínter normo tónico, no se palpa masas, ampolla vacía.
- GU: PPL (-) y PRU (-)
- SNC: Glasgow 15.

Riesgos Quirúrgicos: RQ cardiológico: 10/02/22: RQ|1

Exámenes auxiliares:

- Ecografía de partes blandas (04/01/2021): A nivel de canal inguinal se observa una imagen de bordes irregulares, mixta y homogénea, que presenta peristaltismo en su interior, la cual protruye con maniobra de Valsalva, medialmente a los vasos epigástricos. Dicha imagen es concordante con un saco herniario de 12x07 mm de diámetro.
- Colonoscopia (18/10/2021): A la inspección pasiva se observa en radio 6 paquete hemorroidal externo, azulado y congestivo que aumenta con maniobra de Valsalva. Se identifica a nivel de ciego agujero apendicular y válvula ileocecal. Mucosa descendente y sigmoides con orificios diverticulares aislados.

Exámenes de laboratorio: (10/02/22)

- Hemograma Hemoglobina: 13.6g/dl Hematocrito: 38.6% Plaquetas: 182 Leucocitos: 5.35 AB: 0%
- Bioquímica: Glucosa:78 mg/dl Urea:19 mg/dl. Creatinina:0.71m/dl.
- Perfil de coagulación:3 MIN TC:8 MIN
- Ex. Orina No patológico
- Serología HIV-1 (ELISA): No Reactivo RPR: No reactivo VHB: no reactivo
- Grupo y factor O RH+
- Antígeno covid-19 no reactivo

Diagnósticos:

- Hernia inguinal bilateral
- Colon irritable
- Trastorno no orgánico del sueño
- Enfermedad diverticular
- Hiperplasia benigna de próstata grado I
- Hemorroides externas

Plan:

- Hernioplastia inguinal bilateral (TEP)

- Previo a sala de operaciones: profilaxis antibiótica con cefazolina 2 g vía endovenosa 30 minutos antes.

Hallazgos operatorios:

- Región inguinal derecha: defecto herniario de aprox 4x3cm, por donde protruye sacó herniario por dentro de vasos epigástricos inferiores, contenido epiplón
- Región inguinal izquierda: defecto herniario de aprox 3x2cm por donde protruye saco herniario, contenido epiplón

Manejo:

- Ketoprofeno 100 mg ev prn dolor
- Inicia tolerancia oral 6h post operación
- Ranitidina ev 300 mg
- Inspirómetro incentivo

Evolución: paciente se fue de alta y fue citado para para ser reevaluado en 7 días.

CASO 2:

TE: 11 meses

Inicio: Insidioso

Curso: Progresivo

Paciente mujer de 63 años acudió con T.E. 11 meses caracterizado por haber presentado distensión abdominal asociado a pirosis posterior a ingesta de comidas copiosas, por tal motivo acudió a endocrinólogo quien le solicitó ecografía abdominal (estableciéndose el diagnóstico esteatosis hepática asociado a litiasis y poliposis vesicular. Paciente refirió que 5 meses antes del ingreso presentó dolor tipo cólico en epigastrio e hipocondrio derecho asociado a sensación nauseosa que no conllevaron al vómito, motivo por el cual solicitó consulta por servicio de cirugía general donde se le solicitaron

exámenes prequirúrgicos. Paciente acudió a CEMENA para programación de cirugía electiva.

Antecedentes:

- Patológicos:
 - o HTA (-), DM2 (+) hace 6 años. Hipotiroidismo hace 6 años, Nódulos tiroideos (7 años) RAMS (%) TBC (-)
- Quirúrgicos:
 - o Histerectomía por hemorragia uterina anormal (hace 30 años)
 - o Legrado uterino (hace 35 años)
 - o Anexectomía bilateral (hace 15 años) Tiroidectomía total (hace 7 años)
- Medicación de uso frecuente:
 - o Dapagliflozina/Metformina clorhidrato 10 mg/1000 mg lib c/24 horas.
 - o Levotiroxina 100 mg lu-mie 1/2tb

Examen físico:

- FC: 70X* FR: 18X* PA: 110/70 T: 36.5CSat: 99% W: 81Kg. T: 1.53 IMC: 32
- Apariencia: AREG AREH AREN
- Piel: Tibia/humedad/elástica. Llenado capilar 2", No ictericia. Cicatriz cervical anterior de +/-4 Cms por antecedente quirúrgico.
- Tórax: MV audible en ACP. No hay ruidos agregados. Amplexación conservada
- Cv: RCR, de buena intensidad. No soplos audibles. Pulsos simétricos de buena intensidad.
- Abdomen: Móvil con los movimientos respiratorios, globuloso. B/D. RHA (+) buena intensidad frecuencia, No presencia de cicatrices. No se palpa masas, no dolor a la palpación profunda en HCD Murphy (-) Cicatriz suprapúbica de +/- 15 Cms por antecedente quirúrgico.
- GU: PPL negativo. PRU negativos
- SNC: Glasgow 15, LOTEP, Sensibilidad y motor conservados.

Exámenes auxiliares:

- Ecografía abdominal (16/07/21): Hígado de bordes regulares, ángulos y tamaño conservado. Parénquima hepático mostraba moderado incremento de su ecogenicidad con atenuación de sus ecos tisulares. Vías biliares intra y extrahepáticas de calibre normal. Vesícula biliar de 67 x 36 mm, pared de 2,4mm. Asimismo se apreciaban dos imágenes ecogénicas sésiles de bordes regulares midiendo 8x5mm la más grande compatible con pólipo. Conclusión: Esteatosis moderada sin lesiones focales, Litiasis + pólipo vesicular.

Laboratorio:

- Hemograma: Hb: 15.8 p/d Pla: 184 MIL Leuc: 9.87
- P. Coagulación: TS: 1 min 45 seg TC: 7 min
- Bioquímica: Urea: 38.1 mg/di Creatinina: 0.84 mg/di Glucosa: 125 mg / di BT:0.27 BD:0.10 Bi:0.17
- Hto:47.3%
- Serología hep B: NR Hep C: NR VIH: NR
- RPR: NR
- Grupo y factor: O RH positivo
- Sedimento de orina: no patológico

Riesgos prequirúrgicos:

- Riesgo cardiológico: II
- Endocrinología: Puede ser intervenida si glucosa > 60 y < 180.

Diagnósticos:

- Colecistitis crónica calculosa.
- Poliposis vesicular
- Esteatosis hepática
- Diabetes mellitus 2
- Hipotiroidismo
- Obesidad tipo I

Plan terapéutico:

- Colectomía laparoscópica
- Previo a sala de operaciones: profilaxis con cefazolina 2g ev 30 min antes

Hallazgos operatorios:

- Vesícula de 6x3 cm, abundante barro biliar
- Arteria cística única, conducto cístico único
- Resto de órganos sin novedades

Manejo:

- Ketoprofeno 100 mg EV PRN dolor
- Ranitidina EV 300 mg
- Inicia tolerancia oral 6h post operación
- Inspirómetro incentivo

Evolución: paciente fue dada de alta en su po1 y citada para ser reevaluada en 7 días.

CASO 3:

Tiempo de enfermedad: 16 horas

Forma de inicio: brusco

Curso: progresivo

Signos y síntomas: dolor abdominal, anorexia, náuseas

Paciente varón de 19 años, sin antecedentes de importancia, acudió a emergencia refiriendo dolor de intensidad 10/10 en cuadrante inferior derecho, asociado a anorexia, sensación de alza térmica, náuseas y vómitos. Refirió que 16 horas antes del ingreso, presentó dolor de tipo opresivo en región epigástrica, de intensidad 6/10, con el paso de las horas, dolor migró a cuadrante inferior derecho, asociándose a náuseas y vómitos.

Examen físico preferencial:

- Funciones vitales: PA: 110/60 mmHg, FC: 102 lpm, FR: 22 rpm, T: 38cC, SatO2: 96%
- Tórax y pulmones: amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan estertores
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles, pulsos periféricos presentes, simétricos
- Abdomen: plano, móvil con la respiración, ruidos hidroaéreos presentes, disminuidos en frecuencia, dolor a la palpación en cuadrante inferior derecho. McBurney (+), signo de rebote (+), Rovsing (+)
- Genitourinario: puño percusión lumbar negativa, puntos renoureterales negativos
- Sistema nervioso central: despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos

Con los datos obtenidos, tanto en la anamnesis como en el examen físico, se planteó el diagnóstico de apendicitis aguda. Además, se solicitaron estudios auxiliares como ecografía abdominal y estudios de laboratorio (hemograma, urea, creatinina, glucosa). En cuanto a la ecografía, se obtuvo como resultado lo siguiente: “impresiona cambios inflamatorios, a correlacionar con cuadro de apendicitis aguda”. En cuanto a los exámenes de laboratorio, se obtuvo como resultado leucocitos 14000/mm³. Según escala de Alvarado, correspondía a un puntaje de 9, el cual se interpretaría como certeza de apendicitis aguda.

Fue intervenido quirúrgicamente de apendicectomía laparoscópica más colocación de dren Penrose. En cuanto a los hallazgos operatorios, se obtuvo lo siguiente: apéndice cecal de 10 x 1.5 cm, abscedado en su extensión, base indemne. Debido a la manipulación y líquido libre en cavidad peritoneal, se indicó tratamiento antibiótico con Ceftriaxona 2g EV c/24 horas por 3 días. Posterior a los 3 días de tratamiento antibiótico, se retiró el drenaje y el paciente fue dado de alta.

CASO 4:

Tiempo de enfermedad: 8 horas. Forma de inicio: brusco

Curso: agudo

Signos y síntomas: dolor abdominal, distensión abdominal, náuseas y vómitos.

Paciente varón de 21 años, acudió a emergencia con tiempo de enfermedad de aproximadamente 8 horas, caracterizado por dolor súbito, difuso en abdomen, asociado a náuseas, vómitos, anorexia, distensión abdominal, constipación. Niega antecedentes de importancia.

Examen físico preferencial:

- Funciones vitales: PA: 120/70 mmHg, FC: 80 lpm, FR: 20 rpm, T: 37.5cC, SatO2: 97%
- Tórax y pulmones: amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores audibles.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: móvil con la respiración, distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos en intensidad y tono, doloroso a la palpación difusa, no masas palpables.
- Genitourinario: puño percusión lumbar negativa, puntos renoureterales negativos, micción espontánea a voluntad, testículos en bolsa escrotal, no edemas.
- Sistema nervioso central: despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos.

Como exámenes auxiliares de laboratorio, se solicitó hemograma completo, glucosa, urea, creatinina; en cuanto a estudios de imágenes, se solicitó una tomografía abdominal. Entre los resultados, se obtuvo una hemoglobina de 13.5 g/dl, glucosa de 89 mg/dl, urea 35 mg/dl, creatinina 0.9

mg/dl; mientras que, en la tomografía abdominal, se evidenció signo de grano de café.

Habiendo considerado el hallazgo de la tomografía abdominal, se planteó el diagnóstico de vólvulo del sigmoides, para lo cual el tratamiento establecido fue quirúrgico. Se realizó una sigmoidectomía laparoscópica con anastomosis primaria. Cinco días después, el paciente fue dado de alta con tratamiento antibiótico por vía oral con cefuroxima 500 mg cada 12 horas por 5 días.

GINECOLOGIA

CASO 5

Paciente mujer de 31 años, de ocupación militar, con un tiempo enfermedad de 3 días que refirió que hace 3 días cursaba con sangrado fue monitoreada y dada de alta por no presentar alteraciones en el en el monitoreo fetal, aparentemente fue un diagnóstico de desprendimiento del tapón mucoso. Al día siguiente acudió por presentar sangrado profuso con coágulos, por lo cual se le realizó un monitoreo fetal donde no se apreciaban contracciones.

Antecedentes:

- Médicos: Niega hospitalizaciones por hematoma retro corial
- Quirúrgicos: Salpinguectomía 2016
- Alergias: No refiere
- Accidentes: No refiere
- Transfusiones: Niega
- Ginecológicos: FUR: 24 mayo 2021, FPP: 01/05/2022, EG: 38 semanas 2/7 por la ecografía del tercer trimestre, GESTA 3 PARA 1011 RM: 4/28, menarquia 11 años PAP: 2021 negativo

Examen físico:

- Funciones vitales: presión arterial 100/60 mmhg, pulso 83, frecuencia respiratoria 18, temperatura 36.2, peso 70 kg, talla 155 cm.

- Piel: Tibia y elástica hidratada llenado capilar menor a dos segundos
- Cardiovascular: Ritmos cardiacos rítmicos buena intensidad no soplos
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no estertores
- Abdomen: útero grávido, altura uterina 36, MF: +++ LCF: 134 lpm
- Genitourinario: TV: diferido, coágulos de sangre, movimientos fetales positivos, sangrado evidente, PPL(-) PRU(-)
- Sistema nervioso central: lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15

Diagnóstico:

- Gestante de 38 semanas 2/7 por ecografía del primer trimestre
- Pródromos de trabajo de parto
- Hemorragia del tercer trimestre controlada.

Plan:

- Cesáera

Hallazgos operatorios:

- Recién nacido a término de 40 semanas por capurro
- Placenta de implantación baja
- Puérpera de cesárea

CASO 6

Paciente mujer de 28 años, de ocupación ama de casa, con tiempo de enfermedad 6 horas de inicio insidioso de curso progresivo, refirió contracciones uterinas de 3 en 10 minutos asociado a pérdida de tapón mucoso.

Antecedentes gineco obstétricos:

- Controles prenatales: se evidencian 8 controles prenatales
- Menarquia: 15 años

- Régimen catamenial: 3/irregular
- Fecha última regla: 21 de mayo del del 2021
- Fecha probable de parto: 25 de febrero del 2022
- Métodos anticonceptivos: niega
- Dismenorrea: niega
- Leucorrea: niega
- Dispareunia: niega
- PAP: 2016 resultado negativo
- Primera relación: sexual 17 años
- Última relación sexual: diciembre del 2021
- G2P1001
- Gestación 1 2016 varón por parte eutócico

Examen físico:

- Funciones vitales: Presión arterial: 110/60. Pulso: 89. Frecuencia respiratoria: 18. Temperatura: 37 °C. Peso: 69 kg. Talla: 158 cm
- Piel: tibia elástica hidratada no edemas no cianosis llenado capilar < 2s
- Tejido celular cutáneo: sin alteraciones
- Sistema linfático: no se palpan adenopatías
- Osteomuscular: sin alteraciones
- Cuello: no adenopatías palpables
- Mamas: blandas no secretoras simétricas
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares no estertores
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad no soplos audibles pulso periférico presentes
- Abdomen: blando depresible, altura uterina: 34 cm, útero grávido, frecuencia cardiaca fetal: 140 por minuto, movimientos fetales: +++
- Genitourinario: dinámica uterina (+), frecuencia 3 en 10 minutos, duración 15 segundos, de intensidad de 70 mmhg, tacto vaginal: pelvis: ginecoide, vagina: amplia, cérvix: altura de presentación: -3, dilatación: 3, útero: no doloroso, anexos: libres, fondo de saco:

- Sistema nervioso central: escala de glasgow 15/15, lúcida orientada en tiempo espacio y persona

Impresión diagnóstica:

- Gestante de 38 4/7 semanas por ecografía del primer trimestre
- Trabajo de parto en fase latente

Exámenes de laboratorio:

- Sedimento urinario negativo
- Perfil de coagulación: tiempo de sangría 2 min, tiempo de coagulación 7 min
- Grupo sanguíneo O positivo
- Urea 10.8 mg/dl, creatinina 0.36 mg/dl, glucosa basal 91 mg/dl
- Hepatitis B negativo
- Hepatitis C negativo VIH negativo
- Hemoglobina 12.8 leucocitos 9.97 Covid-19 prueba antigénica (-)

Ecografía el primer trimestre (5 de julio del 2021): gestación única activa de 6 semanas 3 días por ecografía

Plan:

- Parto eutócico

Evolución favorable

Diagnósticos:

- Puérpera de parto eutócico
- Recién nacido vivo de sexo masculino de peso de 3520

CASO 7

Tiempo de enfermedad: 3 horas

Forma de inicio: brusco

Curso: agudo

Signos y síntomas: sangrado vaginal, dolor pélvico

Paciente mujer de 21 años, sin antecedentes de importancia, acudió a emergencia con un tiempo de enfermedad de 3 horas caracterizado por sangrado vaginal de regular cantidad, asociado a dolor pélvico de intensidad 8/10 luego de ejercicio físico. Refería que el sangrado no correspondía al periodo menstrual.

Antecedentes: FUR: 19/10/21. RC: 5-6/30. URS: 31/10/21. Niega uso de anticonceptivos. G0P0

Examen físico preferencial:

- Funciones vitales: PA: 90/60 mmHg, FC: 68 lpm, FR: 19 rpm, T: 36.8°C, SatO₂: 97%
- Tórax y pulmones: amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores audibles
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: plano, móvil a la respiración, ruidos hidroaéreos presentes, conservados en tono y frecuencia, dolor leve a la palpación en hipogastrio, no se palpan masas.
- Genitourinario: puño percusión lumbar negativa, puntos renoureterales negativos, se evidencia sangrado activo en vulva. En la especuloscopia se evidencia orificio cervical interno entreabierto, sangrante; al tacto vaginal, no hay dolor a la movilización de anexos.
- Sistema nervioso central: despierta, orientada en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos.

Como exámenes auxiliares, se solicitaron hemograma, subunidad beta HCG y ecografía transvaginal. En el hemograma se obtuvo una hemoglobina de 11.5 g/dl, leucocitos en 12000/mm³, sin desviación izquierda, subunidad beta HCG de 850 mIU/ml. En la ecografía se observó un saco gestacional

vacío. Se estableció el diagnóstico de aborto, para lo cual se planteó el tratamiento quirúrgico correspondiente a un legrado uterino.

CASO 8

Tiempo de enfermedad: 2 semanas

Forma de inicio: insidioso

Curso: progresivo

Signos y síntomas: dolor, sangrado

Paciente mujer de 60 años, obesa, con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo, acudió con un tiempo de enfermedad de 2 semanas caracterizado por sangrado vaginal y dolor de intensidad 6/10, intermitente.

Antecedentes: FUR: hace 15 años

Examen físico preferencial:

- Funciones vitales: PA: 130/80 mmHg, FC: 92 lpm, FR: 20 rpm, T: 37.5°C, SatO2: 96%
- Tórax y pulmones: amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan estertores
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: globuloso por abundante panículo adiposo, móvil con la respiración, ruidos hidroaéreos presentes, conservados en tono y frecuencia. No doloroso a la palpación superficial ni profunda. No se palpan masas
- Genitourinario: puño percusión lumbar negativa, puntos renoureterales negativos, genitales externos sin alteraciones. Tacto vaginal: anexos no dolorosos, fondo de saco de Douglas libre, OCE cerrado. Especuloscopia: se observan coágulos en cérvix.
- Sistema nervioso central: despierta, activa, orientada en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos.

Como exámenes auxiliares, se solicitaron un hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, sedimento urinario y una ecografía transvaginal. Se obtuvo como resultado lo siguiente: hemoglobina de 10.5 g/dl, hematocrito de 30%, leucocitos en 4500/mm³, glucosa 102 mg/dl, urea 30 mg/dl, creatinina 1.2 mg/dl. En la ecografía transvaginal, se observaron tres masas redondeadas, de bordes bien definidos, la más grande de aproximadamente 6 cm de diámetro en miometrio, la cual protruye hacia endometrio; se planteó el diagnóstico de miomatosis uterina, diagnóstico para el cual se proporcionó como tratamiento una histerectomía radical, la cual se realizó bajo consentimiento de la paciente al siguiente día. Tres días después del procedimiento, la paciente fue dada de alta, sin molestias.

MEDICINA

CASO 9

Tiempo de enfermedad: 7 días

Forma de inicio: brusco

Curso: progresivo

Signos y síntomas: dolor, fiebre, edema en miembros inferiores

Paciente varón de 57 años, sin antecedentes de importancia, acudió a emergencia refiriendo tiempo de enfermedad de 7 días aproximadamente, caracterizado por dolor en pie derecho 8/10, asociado a aumento de volumen, eritema en región dorsal de dicho pie y calor en dicho miembro. Refirió que un día antes de acudir a emergencia, inició síntomas similares en pie izquierdo, con menor intensidad.

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 130/70 mmHg, FC: 78 lpm, FR: 19 rpm, T: 38° C, SatO₂: 98%
- Piel y TCSC: turgente, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, no se evidencia palidez, cianosis, ni ictericia. Se evidencia

eritema en dorso de ambos pies y tercio distal de pierna derecha.
Edema 2+ en miembro inferior derecho.

- Tórax y pulmones: amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos audibles, pulsos periféricos presentes y simétricos.
- Sistema osteomuscular: dolor a la movilización de miembro inferior derecho
- Sistema nervioso: despierto, orientado en tiempo, espacio, persona, no signos meníngeos.

Con los datos presentados, se planteó el diagnóstico de celulitis, para lo cual se indicó al paciente reposo absoluto, además de terapia analgésica con paracetamol 1 gramo cada 8 horas junto con medios físicos durante 10 minutos cada 2 horas. Como tratamiento antibiótico, se le indicó dicloxacilina 500 mg cada 6 horas por vía oral, durante 10 días.

CASO 10:

Tiempo de enfermedad: 2 semanas. Forma de inicio: insidioso. Curso: progresivo

Signos y síntomas principales: lumbalgia, disuria, fiebre, letargia.

Paciente mujer de 42 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 no controlada, acudió a Emergencia refiriendo dolor de intensidad 10/10 en región lumbar izquierda, asociado a dolor al miccionar, “orina turbia y maloliente”, malestar general, fiebre cuantificada en 38.7° C. Refirió automedicarse con fenazopiridina 100 mg por 3 días, sin presentar mejoría alguna, por lo cual abandonó el tratamiento. Acudió a CEMENA por persistencia de síntomas.

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 130/80 mmHg, FC: 110 lpm, FR: 24 rpm, T: 38.5° C, SatO₂: 96%
- Tórax y pulmones: amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, taquicárdicos, de buena intensidad, no soplos audibles. Pulsos periféricos presentes, simétricos.
- Abdomen: simétrico, móvil con la respiración. Ruidos hidroaéreos presentes, frecuencia de 7 por minuto. Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en flanco izquierdo, fosa iliaca izquierda e hipogastrio.
- Genitourinario: puño percusión izquierdo (+), punto renoureteral superior izquierdo (+). No secreción vaginal.
- Sistema nervioso: despierta, letárgica, orientada en tiempo, espacio y persona. Funciones mentales superiores conservadas.

Con los datos presentados, se planteó el diagnóstico de ITU complicada, motivo por el cual se le solicitó un sedimento urinario y urocultivo, glucosa, hemoglobina glicosilada. El sedimento urinario reveló nitritos (+), leucocitos 30 - 50 por campo, gérmenes 3+, lo cual confirmó el diagnóstico presuntivo. La paciente fue hospitalizada para iniciar tratamiento endovenoso con Ceftriaxona 2 g cada 24 horas. El resultado de glucosa fue de 325 mg/dl y hemoglobina glicosilada de 11.34%.

Durante la hospitalización, al quinto día, se realizó ecografía abdominal de vías urinarias, en la cual se evidenció una colección de aproximadamente 9 x 3 cm en riñón izquierdo. Además, ese mismo día, se obtuvo el resultado de Urocultivo: *E coli* por lo cual se rotó tratamiento antibiótico a Ertapenem 1g cada 24 horas. Luego de 9 días de tratamiento, la paciente mostró mejoría clínica.

CASO 11:

Tiempo de enfermedad: dos semanas

Forma de inicio: brusco. Curso: progresivo

Signos y síntomas: cefalea, fatiga, dolor opresivo en frente y pómulos

Paciente varón de 35 años, militar en actividad, con antecedente de rinofaringitis aguda cuatro semanas antes, acudió a emergencia refiriendo un tiempo de enfermedad de dos semanas caracterizado por cefalea, anosmia, fiebre, fatiga, dolor de tipo opresivo en frente y pómulos que aumenta al inclinarse. Refirió presentar también congestión nasal asociado a descargas purulentas esporádicas y dolorosas.

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 120/70 mmHg, FC: 82 lpm, FR: 20 rpm, T: 38°C, SatO₂:97%
- Piel: turgente, elástica, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no se evidencia palidez, cianosis ni ictericia.
- Cabeza: normocéfalo, doloroso a la palpación en región frontal y maxilar a predominio izquierdo. Nariz semipermeable por presencia de abundante mucosidad y descarga purulenta.
- Tórax y pulmones: sin alteraciones significativas
- Cardiovascular: sin alteraciones significativas
- Sistema nervioso: despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, sin signos meníngeos.

Se planteó el diagnóstico de sinusitis, para lo cual se solicitó una radiografía de senos paranasales en incidencias Caldwell y Waters. En la incidencia Caldwell se observó radiopacidad en base de seno frontal asociado a nivel hidroaéreo; mientras que en la incidencia Waters, nivel radiopaco en región maxilar izquierda. Debido al tiempo de enfermedad y la presencia de secreción purulenta, se consideró de probable etiología bacteriana, por lo cual

se indicó tratamiento antibiótico con amoxicilina 500 mg por vía oral cada 8 horas durante 10 días.

CASO 12:

Tiempo de enfermedad: 3 meses. Forma de inicio: insidioso. Curso: progresivo. Síntomas y signos: poliuria, polidipsia, polifagia, fatiga

Paciente mujer de 45 años, ama de casa, con antecedente de hipertensión arterial desde 2015 y prediabetes desde 2016, obesa, acudió a emergencia con tiempo de enfermedad 3 meses, caracterizado por poliuria a predominio nocturno, polidipsia, polifagia (refirió sentir hambre pese a haber ingerido alimentos 6 veces por día). Refirió haber presentado cansancio pese a dormir más de 8 horas por día; además, refirió presencia de calambres en miembros inferiores cuando realizaba actividad física o se mantenía erguida. Acudió porque un día antes presentó sensación de desvanecimiento.

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 130/90 mmHg, FC: 98 lpm, FR: 20 rpm, T: 37°C, SatO₂: 96%
- Piel: turgente, elástica, hidratada, no se evidencia ictericia ni cianosis, palidez leve 1+. TCSC: sin edemas, abundante panículo adiposo de predominio abdominal.
- Tórax y pulmones: amplexación simétrica, disminuida por panículo adiposo, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, sin evidencia de estertores
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos, pulsos periféricos presentes y simétricos.
- Abdomen: móvil con respiración, distendido por abundante panículo adiposo, no se observa circulación colateral; ruidos hidroaéreos presentes, conservados en intensidad y frecuencia, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no masas palpables

- Genitourinario: puño percusión lumbar negativa, puntos renoureterales negativos, genitales externos sin alteraciones, micción espontánea a voluntad.
- Sistema nervioso: despierta, orientada en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos.

Con los datos presentados, se planteó el diagnóstico de debut de diabetes mellitus tipo 2, para lo cual se solicitaron los siguientes laboratorios: glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, hemograma completo los cuales dieron los siguientes resultados: Glucosa: 400 mg/dl. Urea: 15 mg/dL .Creatinina: 0.8 mg/dL. Hemoglobina: 17 g/dl. Sodio: 137 mmol/l. potasio: 4.5 mmol/lo. cloro 100 mmol/L. magnesio 2.1 mmol/L

Con los resultados obtenidos, el paciente pasó a sala de observación donde se le administró tratamiento con insulina por vía endovenosa junto con hidratación profusa. Pasadas las 2 horas, se reevaluó al paciente, donde se evidenció una glucemia de 250 mg/dl, por lo cual se decide continuar con la hidratación. A las 4 horas de atención, se evaluó con glucemia de 200 mg/dl, funciones vitales estables, presión arterial 120/60 mmHg; se decidió hospitalizar al paciente para manejo nutricional y estabilización del cuadro actual. Luego de 3 días, la paciente fue dada de alta con indicaciones de insulino terapia y reevaluación a las 2 semanas por el servicio de endocrinología.

Manejo:

- Dieta 2000 kcal/ día 250 gr/día de carbohidratos complejos, no azúcares simples
- Insulina glargina 10 UI SC 9pm
- Insulina R escala según escala de corrección:
 - 180-220 mg/dl: 2 uisc
 - 221-260 mg/dl: 3uisc
 - 261-300 mg/dl: 4uisc
 - >300 mg/dl: 5uisc

- Hgt 30 minutos antes de d/a/c

PEDIATRIA

CASO 13

Paciente varón de 2 años que, desde hace 1 día, fue traído a emergencia por haber cursado con deposiciones líquidas de regular cantidad y de frecuencia aumentada 5 cámaras en lo que iba del día, asociada a vómitos de contenido gástrico 2 veces y fiebre de 39 grados centígrados, madre refirió que las heces no tenían rasgos de sangre.

Funciones biológicas:

- Sed: aumentada
- Deposiciones: aumentadas en frecuencia, disminuidas en consistencia
- Orina: normal
- Apetito: disminuido
- Sueño: conservado

Peso actual: 15 kilos. RAMS (-)

Antecedentes perinatales:

- Peso al nacer: 3.5 kilos
- Tipo de parto: eutócico
- Lactancia materna exclusiva 6 meses, ablactancia a partir del 7 mes
- Dieta sólida: 12 meses
- Sostén de cabeza: 3 meses
- Sedestación 5 meses
- Deambulación 11 meses
- Vacunas: según esquema de vacunación nacional

Antecedentes patológicos: ninguno

Antecedentes familiares: padre y madre sin enfermedades referidas, primo con cuadro similar desde hace 2 días

Examen físico:

- Funciones vitales: FC: 105 lpm, FR: 20 rpm, T: 38°C, SatO2%: 99%, peso: 15 kg, talla: 79 cm
- Piel y mucosas: mucosas húmedas, llenado capilar menor de 2 segundos. de pliegue negativo (-). No edemas no cianosis. Ojos no hundidos, presencia de llanto con lágrimas.
- Cuello: no adenopatías ni presencia de masas.
- Orofaringe: no congestiva, no eritematosa. No presencia de placas
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: RCR de buena intensidad. No se auscultan soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes de intensidad normal aumentados en frecuencia, blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no masas palpables.
- Neurológico: LOTEPE, no irritable, no signos meníngeos, no focalización, despierto activo.

Con los datos que se encontraron, se planteó el diagnóstico de enfermedad diarreica aguda sin signos de deshidratación, o deshidratación leve, por lo que se inició tolerancia oral con agua de anís. En la emergencia se reevaluó a los 30 min. Se administró paracetamol vo para el manejo de la fiebre.

Paciente es reevaluado a la media hora tolerando vía oral, por lo cual se le otorga manejo ambulatorio del cuadro indicándose a la madre los signos de alarma por los cuales tendría que volver a la emergencia y el manejo higiénico dietético para el manejo de su rehidratación, y además indicación de paracetamol vía oral condicional a fiebre.

Evolución: alta con indicaciones médicas.

CASO 14:

Paciente de sexo femenino de 4 años, con tiempo de enfermedad 3 días que acudió por presentar cuadro febril de 39 °C en 2 ocasiones y luego haber presentado deposiciones líquidas de regular cantidad, el primer día en 8 ocasiones, el segundo día 9 ocasiones y el día de ingreso 4 ocasiones, además de hiporexia y vómitos, madre refirió también que su sed estaba aumentada y que desde hacía un día estaba muy somnolienta, por lo que acudió a emergencia.

Antecedentes perinatales:

- Peso al nacer: 3 kilos.
- Tipo de parto: eutócico.
- Llanto al nacer: inmediato Apgar: 8 (1) y 9(5).
- Lactancia materna exclusiva 5 meses, ablactancia a partir del sexto mes.
- Dieta sólida: 11 meses. Sostén de cabeza: 3 meses. Sedestación 6 meses.
- Deambulación 12 meses
- Vacunas: completas según esquema de vacunación nacional

Antecedentes patológicos: niega

Antecedentes familiares: padre y madre sin enfermedades referidas

Antecedentes epidemiológicos: actualmente acude a guardería

Funciones biológicas:

- Sed: muy aumentada, no tolera vía oral
- Deposiciones: aumentadas en frecuencia, disminuidas en consistencia
- Orina: disminuida en frecuencia de micción
- Apetito: disminuido
- Sueño: aumentado, hipoactividad

Examen físico:

- Funciones vitales: FC: 115 lpm, FR: 22 rpm, T: 39°C, SatO2%: 99%, peso: 20 kg, talla: 102cm
- Despierta, hipoactiva, reactiva, poco conectada con su entorno.
- Ojos hundidos, irritable presencia de llanto sin lágrimas.
- Piel y mucosas: mucosas secas, llenado capilar menor de 2 segundos. de pliegue negativo (+). No edemas
- Cuello: no adenopatías ni presencia de masas.
- Orofaringe: no congestiva, no eritematosa. No presencia de placas
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No estertores
- Aparato cardiovascular: RCR de buena intensidad. No se auscultan soplos.
- Abdomen: RHA +++ de intensidad normal aumentados en frecuencia, blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no masas palpables.
- Neurológico: LOTEPE, irritable, con tendencia al sueño, no focalización.

Con los datos que se encontraron, se planteó el diagnóstico de enfermedad diarreica aguda con signos de deshidratación severa, por lo que se inició tratamiento con hidratación EV, además se administró paracetamol para el manejo de la fiebre.

Paciente fue reevaluado a la media hora tolerando vía oral, por lo cual se dio manejo ambulatorio del cuadro indicándose a la madre los signos de alarma por los cuales tendría que volver a la emergencia y el manejo higiénico dietético para el manejo de su rehidratación, y además indicación de paracetamol VO condicional a fiebre.

Evolución: alta con indicaciones médicas

CASO 15

Tiempo de enfermedad: 3 días. Forma de inicio: brusco. Curso: progresivo
Signos y síntomas: falta de aire, rinorrea, fatiga

Paciente varón de 8 años, fue traído a emergencia por madre, quien refirió que desde hacía tres días presentaba rinorrea asociado a fatiga a la actividad diaria. Refirió que un día antes del ingreso, presentaba falta de aire y “le silbaba el pecho”, por lo cual le realizó baño de vapor con eucalipto. El día del ingreso, el paciente amaneció con cianosis en labios y extremidades, motivo por el cual acudió a emergencia.

Antecedentes: uso de inhaladores desde los 2 hasta los 4 años

- Examen físico preferencial:
- Funciones vitales: PA: 100/60 mmHg, FC: 130, FR: 34, SatO₂: 98%, T: 36.8°C
- Piel: turgente, elástica, hidratada, cianosis en labios y miembros.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, se auscultan sibilancias a la inspiración y espiración sin necesidad de estetoscopio. Uso de musculatura accesoria marcado (esternocleidomastoideo)
- Cardiovascular: RCR, de buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, se observa retracción subcostal.
- Genitourinario: PPL (-) PRU (-) micción espontánea a voluntad
- Sistema nervioso central: despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos

Se catalogó al paciente como una crisis asmática, con un Score Pulmonar de 7, el cual nos demostró que nos encontrábamos ante una crisis asmática grave. Por tal motivo, se le indicó terapia de rescate con salbutamol 4 puff cada 20 minutos junto con bromuro de ipratropio, oxigenoterapia y luego pasó a UCIP para un mejor manejo. Paciente presentó leve mejoría luego de 2

horas, pero quedó internado en UCIP para continuar manejo integral. Luego de una semana, el paciente fue dado de alta sin complicaciones. Se le explicaron los signos de alarma a la madre para que no dejase pasar el tiempo en un siguiente episodio.

CASO 16

Tiempo de enfermedad: 1 día. Forma de inicio: brusco. Curso: progresivo.
Signos y síntomas: rinorrea, tos, fiebre.

Paciente femenino de 5 años, con antecedente de asma, acudió a emergencia traída por madre, refiriendo un tiempo de enfermedad de 1 día caracterizado por rinorrea, tos productiva y fiebre no cuantificada. Refirió que le administró paracetamol en jarabe “una cucharadita” por la noche y otra por la mañana del día. Al no ver mejoría, decidió acudir a emergencia de CEMENA.

Antecedente: Asma bronquial.

Examen físico preferencial:

- Funciones vitales: PA 90/60 mmHg, FC: 92 lpm, FR: 20 rpm, SatO₂: 95%, T: 38°C.
- Piel: turgente, hidratada, elástica, no cianosis, no eritema, no ictericia.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, se auscultan sibilancias a la espiración. Leve uso de musculatura accesoria.
- Cardiovascular: RCR, de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: plano, blando, depresible, no doloroso a la palpación.
- Genitourinario: PPL (-) PRU (-), micción espontánea a voluntad
- Sistema nervioso central: despierta, orientada en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos.

Se catalogó como una crisis asmática leve (SP 2), para lo cual se determinó tratamiento de rescate con salbutamol 4 puff cada 20 minutos. Luego de dos terapias de rescate, la paciente presentó mejoría clínica, por lo cual quedó en observación dos horas más. Luego de las dos horas, la paciente fue dada de alta sin complicaciones, se explicaron signos de alarma a la madre.

CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El internado se desarrolló en el Centro médico naval Cirujano Mayor Santiago Távara, que se encuentra ubicado en la cuadra 3 de la Av. República de Venezuela S/N, Bellavista, Callao; es un centro de nivel III el cual cuenta con una distribución de 15 salas de hospitalización, pero debido al contexto de pandemia, solo se tuvo acceso a 4 ya que la gran mayoría se encontraba destinado a pacientes con el diagnóstico de COVID 19.

La rotación de medicina fue aquella en la cual se atendían pacientes con alta epidemiológica de las salas UCI de COVID y pacientes que tenían enfermedades sin contar con el diagnóstico de infección de COVID 19, estas salas se encontraban divididas de acuerdo al género, mas no por especialidad. Esta rotación en el servicio de medicina se llevó a cabo en 4 salas, mientras que las rotaciones de ginecología y pediatría cada una en su propia sala, y la rotación de cirugía en 8 salas (incluyendo aquellas destinadas a especialidades quirúrgicas y de internamiento conjunto a otras especialidades médicas).

Las rotaciones se llevaron a cabo alrededor de 2 meses y medio por rotación. Dentro de las funciones de los internos de medicina durante los primeros meses, comprendían la redacción de historia clínica, evolución diaria, epicrisis y papeles de ayuda diagnóstica, además del traslado de pacientes y asistencia a ciertos requerimientos de cada paciente como cambio de bolsas de colostomías, cambio de sondas Foley o lavado de sitios operatorios.

En emergencia, se cuenta con tópicos de cirugía y medicina, emergencia pediátrica y emergencia ginecológica, donde se daba el primer contacto con los pacientes, haciendo labor de triaje, y evaluación del paciente para el posterior manejo, con dirección de residente y asistente. A pesar de ser manejo de emergencia, a estos tópicos no solían llegar verdaderas emergencias, siendo las de mayor cantidad de prioridad III o IV.

El tópico de medicina es el de mayor afluencia de pacientes, ya que por protocolo de manejo, la mayoría de evaluaciones, tienen que ser realizadas por residente y asistentes propios del servicio de medicina interna y emergencia, para poder derivar a las especialidades diversas especialidades, en el caso de ginecología, del triaje parte hacia el tópico y en el caso de pediatría se cuenta con un triaje diferenciado y propio de dicho servicio.

Paralelamente a las funciones descritas, se hacen actividades académicas de aprendizaje de manera diaria, en las cuales incluían temas de exposición de los principales temas de importancia por rotación, y además de tópicos en los cuales se hacen dinámicas, de aprendizaje como preparación para el ENAM.

En la rotación de medicina, se contó con manejo de múltiples enfermedades en las cuales se evaluaban distintas especialidades de inicio y una vez encontrado el diagnóstico, propio de la especialidad, se refería para un manejo más especializado, se evaluaban alrededor de 8-10 pacientes por interno y se contaba con el apoyo de residentes y asistentes asignados a la sala correspondiente. Las enfermedades más frecuentes en medicina eran las que abarcan la especialidad de gastroenterología, seguidas de las reumatológicas y neurológicas, siendo la patología más frecuente las complicaciones propias de estadios terminales de cirrosis, lupus eritematoso sistémico activo y secuelas de ACV.

En la rotación de ginecología , lo más frecuente era las atenciones obstétricas, de las cuales la más frecuente fueron las cesáreas, estas en su mayoría se manejaban de manera oportuna, previa ponderación de tamaño por biometría fetal en ecografía, que usualmente eran programadas, además de los legrados por abortos incompletos, de corta estancia, pero atención oportuna, y las emesis gravídicas en paciente militares las cuales debían ser hospitalizadas ya que al encontrarse en actividad constante física podían agudizar su cuadro. En esta área se contaba con los medios completos para poder manejar a las pacientes positivas a COVID 19 que estaban en labor de

parto y también el área de intermedios en las cuales se tenía en evaluación constante a paciente de alto riesgo obstétrico.

En la rotación de pediatría, lo más frecuente eran las enfermedades diarreicas agudas, seguidas de las crisis asmáticas leves y moderadas que se solían agudizar en la mayoría de los casos por presentación de una enfermedad viral de vía respiratoria. Además, en la sala de hospitalización era frecuente ver paciente con diagnósticos oncológicos de larga estancia hospitalaria, que cursaban con tratamiento. En esta rotación también se tuvo participación en el área de neonatología, en la cual se evaluaban diariamente a los recién nacidos hasta su alta, cursando con todos los tamizajes.

Finalmente, en la rotación de cirugía, se abarcaba diagnóstico, manejo y seguimiento de cirugías mayores y menores, donde se observaban pacientes con procesos crónicos con cirugías de largo tiempo; procesos agudos cuyo manejo y evolución era rápido. En esta rotación, el manejo era lo más pronto posible. En el área de emergencia se manejaban suturas menores, todas a cargo de los internos y siempre supervisadas por los residentes y asistentes, además del manejo nutricional en unidad clínica con el área de nutrición. La mayoría de los pacientes comprendían patologías crónicas, siendo en su mayoría de etiología vesicular; mientras que patologías agudas, procesos apendiculares.

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

CASO 1: HERNIA INGUINAL BILATERAL

Definición: Una hernia es definida como una protrusión de cierto contenido, ya sea torácico o abdominal (víscera) a través de un orificio natural. Está compuesta por un saco, anillo, y contenido siendo esta triada de fundamental para el reconocimiento clínico de una hernia. Dependiendo donde sea la protrusión mencionada.

Dentro de los principales factores de riesgo antecedentes de hernia recidiva, edad avanzada, sexo masculino, raza caucásica, tos crónica, constipación crónica, lesión de la pared abdominal, tabaquismo y antecedentes familiares de hernia. Las más frecuente son las hernias inguinales indirectas estas son aquellas que protruyen por el anillo inguinal profundo, lateral a los vasos epigástricos inferiores, las hernias inguinales directas, protruyen medialmente a los vasos epigástricos inferiores, exactamente por el triángulo de Hasselbach.

La hernia inguinal es la protuberancia que se manifiesta en mayor proporción cuando el paciente está en bipedestación, es por ello que al examen físico se realiza con el paciente de pie preferentemente. De no ser visible, pues, se le pide al paciente que realice una maniobra de Valsalva. Existen diversas maniobras, dentro de la exploración física de una hernia, como la maniobra de Edwards Wyllys Andrews, que consiste en colocar el dedo a través de la piel del escroto e introducirlo siguiendo el trayecto inguinal, al realizar esto se palpa el anillo inguinal superficial, y se le indica al paciente pujar o toser; si protruye en la punta del dedo, estaríamos ante una hernia inguinal indirecta. En cambio, si protruye, empujando el dedo hacia adelante, estaríamos ante una hernia inguinal directa. Cabe resaltar que la maniobra mencionada solo es de aproximación diagnóstica, puesto que el diagnóstico de una hernia, para definir si es directa o indirecta es intraoperatorio.

El manejo de las hernias es quirúrgico. Se sabe de diversas técnicas quirúrgicas para el manejo de una hernia, entre ellas tenemos: herniorrafía (o también llamada reparación tisular o con tensión) y las hernioplastias (que consiste colocación de mallas, conocida como reparación sin tensión). Otra clasificación que se maneja es la convencional que consiste en una operación abierta, entre ellas las herniorrafías y hernioplastias. También las técnicas laparoscópicas, que es cerrada ya que no implica incisiones grandes en el abdomen, como transabdominal pre peritoneal (TAPP) y totalmente extraperitoneal (TEP), se prefieren las técnicas laparoscópicas debido a los beneficios que esta trae consigo (8,9)

En el caso presentado el paciente manejaba muchos factores de riesgo de los cuales lo predisponían a hacer hernias, por el aumento de presión abdominal, la edad, y el sexo, además de la actividad que hacía, el se dedicaba a ser maquinista pesado, además tenía algunas patologías de fondo que concluían en que la funcionalidad de la presión abdominal estaba aumentada.

El manejo conto de una hernioplastia laparoscópica, en la cual se colocó una maya de 30x15 cm para cubrir los defectos de pared, en nuestro hospital es habitual el uso de esta técnica para el manejo de hernia ya que se cuenta con el material para poder hacerlo, y el manejo en comparación a herniorrafías y plastias convencionales es mejor, ya que el paciente tiene menos manipulación, menos dolor y puede comenzar a caminar en el post operatorio 1 como es el caso del paciente.

Dentro de las cosas más resaltantes de este caso es que la técnica de manejo laparoscópico en esta patología no hace, redirigirnos en 180 grados para observar desde un punto diferentes la reducción de las hernias y toda la anatomía compuesta en la zona inguinal. (8,9)

CASO 2: COLECISTITIS CRÓNICA CALCULOSA

La colecistitis se define como la inflamación de la vesícula biliar, la cual si ampliamos el termino crónico, refiere a que es de larga data y calculosa, no da la causalidad de esta que son los litos vesiculares, siendo este la causa frecuente del cuadro, así a su vez la irritación mecánica o ataques recurrentes de inflamación logran un engrosamiento de la pared de la vesícula y además de una fibrosis. La colecistectomía es el pilar del tratamiento de la colecistitis calculosa. En la manejo de recurrencia del dolor en los cuadro crónicos se debe hacer con AINES, y manejo dietético , en el pre SOP se recomienda la colocación de antibiótico profiláctico, el uso de cefalosporina de primera generacion es de alta incidencia en los casos de profilaxis y, está en comparación con la cirugía de emergencia de una colecistitis aguda , es de manejo quirúrgico más accesible , por lo cual es habitual, cursar con una estadía hospitalaria corta , en algunas de las colecistitis crónicas calculosas cursan con complicaciones en las cuales se agudiza el cuadro y la situación se maneja como una cirugía de emergencia (10,11,12)

CASO 3: APENDICITIS AGUDA:

Es una condición en la cual el apéndice cecal se encuentra con signos de inflamación, considerándola la causa más común de abdomen agudo quirúrgico, esta se encuentra ubicada en la base del ciego, constituida por células linfoides tipo b y t.

Su incidencia es de 100/1000000 personas al año, siendo la edad más frecuente la 2da y 3er década de vida.

Dentro de las causas principales de esta patología se encuentra la obstrucción apendicular, causada principalmente por fecalitos, cálculos, hiperplasia linfoidea, procesos infecciosos y tumores.

Dentro de las manifestaciones clínicas encontramos dolor abdominal, ubicado en el cuadrante inferior derecho, anorexia, nausea y vómitos, la gran

parte de pacientes describe la pérdida de apetito como primer síntoma, el dolor migratorio es uno de los valores a considerar dentro del score de Alvarado, pero este solo se encuentra en un 45%-65% de los pacientes. Dentro de la patología en estadios iniciales el examen físico no es muy contributivo, conforme pasa el tiempo este dolor por inflamación se localiza en el cuadrante inferior derecho el cual es detectado mediante exploración de abdomen.

Signo MC BURNEY: puntos dolorosos ubicado en el 1/3 medio y externo de la línea que une el ombligo con la espina iliaca anterosuperior.

Signo de Rebote: dolor a la descompresión del cuadrante inferior derecho

Dentro del laboratorio gran cantidad de casos presenta marcadores de reacción inflamatorio elevados dentro de ellos PCR y PROCALCITONINA, así como leucocitosis con desviación izquierda.

Con respecto a diagnóstico por imágenes la de elección dentro de estos cuadros es la TAC abdominal con contraste.

El score que nos orienta a la identificación de un cuadro apendicular agudo es la escala de Alvarado, que consta de una puntuación total de 10:

- Dolor migratorio en el cuadrante inferior derecho: 1 punto.
- Anorexia o hiporexia: 1 punto
- Náuseas o vómitos: 1 punto
- Dolor en cuadrante inferior derecho: 2 puntos
- Dolor al rebote en cuadrante inferior derecho: 1 punto
- Fiebre > 37,5 ° C: 1 punto
- Leucocitosis > 10 000: 2 puntos
- Desviación izquierda: 1 punto

Siendo la suma de este puntaje menor a 4 para alejar el diagnóstico apendicular por otro lado una puntuación mayor a 4 nos sugiere que se evalúe

más afondo es aquí donde entra el método diagnóstico por imágenes siendo de elección la TAC con contraste Abdominal, si este puntaje es mayor de 7 nos orienta a que es una apendicitis y no necesitaríamos el diagnóstico radiológico.

En pacientes con apendicitis no perforada el tratamiento es la apendicectomía, la que debe realizarse <12 horas establecido el diagnóstico. Media hora antes de la operación se debe administrar una dosis de antibióticos profilácticos como cefoxitima o cefazolina con metronidazol. El manejo puede ser laparoscópica o por laparotomía, siendo la elección a criterio del cirujano que tiene que ver con lo complejo del cuadro, aquellos pacientes que cursan con una apendicectomía laparoscópica tienen un progreso más rápido de recuperación y además menos complicaciones postoperatorias (1,2).

CASO 4: VÓLVULO DE SIGMOIDES

Un vólvulo es una patología donde el intestino gira sobre el eje de su suministro de sangre. Cuando se habla de vólvulo del sigmoide, la torsión se genera por la base del mesenterio sigmoideo. Corresponde al tipo más común de vólvulo colónico.

La obstrucción producida por el vólvulo del sigmoide es un clásico ejemplo de obstrucción del asa cerrada del intestino grueso donde mientras el flujo de entrada y de salida están obstruidos, el intestino continuará distendido debido a las bacterias formadoras de gas que se encuentran en su interior, lo cual puede producir una perforación del segmento comprometido.

Para el diagnóstico diferencial, se recomienda una tomografía computarizada donde se observará el clásico signo de “grano de café” u otra patología.

Previo al tratamiento quirúrgico, se recomienda utilizar una sonda nasogástrica para la descompresión del tracto digestivo proximal a la lesión.

La indicación quirúrgica de resección del sigmoides dependerá del grado de afectación del aporte sanguíneo. (4)

CASO 5: PLACENTA PREVIA:

Es la presencia de tejido placentario sobre la extensión del orificio cervical interno , esta patología es importante porque es la causa más frecuente de sangrado de gestantes en el segundo trimestre , además esta puede como consecuencia tener una alta morbimortalidad ya que puede conducir a una hemorragia, ante parto intraparto y o post parto , dentro del manejo adecuado de las paciente con placenta previas con sintomatología como la descrita en el caso anterior, es mantener la estabilidad hemodinámica y determinar la finalización del embarazo mediante estudios radiológicos, además también la evaluación materna fetal integral que siempre debe estar presente.

La finalización del parto está indicada en la paciente que cuentan con el diagnóstico, ecográfico mayor a 20 semanas, y manejarlo mediante la vía de la cesárea, una vez se encuentren en labor de trabajo activo, sangrado vaginal severo.

Se puede clasificar en:

- Grado 1: de 2 -5 centímetros del OCI
- Grado 2: placenta en el OCI sin obstruirlo
- Grado 3: placenta en el OCI obstrucción parcial
- Grado 4: placenta en el OCI obstrucción total

El manejo es una cirugía programada habitualmente.

Dadas las condiciones del país, en muchos de los casos se sabe que algunas gestantes no llevan un buen control prenatal, al menos por norma en el Perú se exige uno por trimestre como mínimo, en estas se puede evaluar mediante ecografía la posibilidad de este diagnóstico, y programar para evitar complicación en labor de parto.

Incluso para el manejo con la cesárea es importante contar con una ecografía y saber de la posición de esta para evitar el sangrado, así a su vez si este estuviera presente se debe manejar con oxitocina o ácido tranexámico

En caso el sangrado nos controle, se puede usar métodos compresivos, como el taponamiento con balón intra SOP. (14)

En el caso anteriormente expuesto, se comenta del sangrado, es un signo característico, es importante saber que si se sospecha de placenta previa no se puede evaluar con tacto vaginal, de preferencia evidenciar el sangrado, mediante un espejo para evita sangre más este cuadro, dentro de los hallazgos se encuentra una placenta de implantación baja, lo cual es indicativo de cesárea.

CASO 6: PARTO EUTOCICO

El parto eutócico se define como el fin de la gestación, mediante la vía fisiológica, o canal vaginal, el cual se da por una serie de secuencias propias del proceso de parto, generalmente para que se da entre las semanas 37 y 42 completas del embarazo, y al culminar está el producto y el continente se encuentran en buenas condiciones, previa evaluación de que no haya ninguna alteración de contenido ni continente, ni del canal del parto. (3,13)

Generalmente se da de un inicio espontáneo y de forma progresiva, dentro del labor de parto tenemos 3 etapas las cuales duran.

Etapa de dilatación: Esta se inicia cuando inicia la dilatación, y se divide en fase latente y fase activa que es cuando la dilatación de cervix llega a 4 e inicia una dilatación más rápida de aproximadamente.

Etapa de expulsivo: Cuando labor de parto inicia el expulsivo puede durar aproximadamente 1h en multíparas y en nulíparas 2h como máximo.

Dentro de la labor de parto normal tenemos una secuencia en el expulsivo que se debe cumplir:

- Encajamiento
- Descenso
- flexión
- Rotación interna
- Extensión
- Rotación externa
- Expulsión

Etapa de alumbramiento: Cuando termina el expulsivo e inicia la salida de la placenta, con manejo activo es de 15 minutos y sin manejo es de 3º minutos (manejo activo es el uso de oxitocina).

Si estos tiempos se sobre pasan la normalidad se puede asociar a ciertas patologías, como parto precipitado o en su contraparte parto prolongado, así a su vez la evaluación de estas etapas independientemente en el transcurso de ellas no evalúa la posibilidad de culminar el embarazo por cesárea si es que hay alguna complicación.

También es de suma importancia la evaluación de las funciones vitales del producto, ya que de este también depende, el progreso a una cesárea. (3,13)

En el caso anterior mente comentado observamos que las fase de la labor están dentro de los parámetros esperados de un parto normal ,ya que la paciente es multípara, además dentro del manejo inmediato se ve el uso de analgesia la cual , en el caso de algún desgarro puede ayudar a la mejoría del dolor , otra condición que se suele decir verbalmente pero no se apunta en las indicaciones es el masaje uterino para la contracción de este post parto y la estimulación de pezones para que también ayude con este.

CASO 7: ABORTO ESPONTÁNEO

Se define aborto espontáneo como la pérdida de una gestación intrauterina inviable hasta las primeras 22 semanas de gestación o con un peso menor de 500 gramos.

El aborto espontáneo suele presentarse con sangrado y dolor abdominal. Aunque, entre un 20 a 30% de los embarazos experimenta sangrado dentro del primer trimestre, no todos terminan en un aborto. Por otro lado, estos casos pueden complicarse debido al volumen de sangre perdido y a complicaciones como infecciones.

Se debe diferenciar entre un aborto completo e incompleto: mientras que un aborto completo es aquel caso en el que no se observan remanentes (saco gestacional, partes fetales o placenta) en el estudio ecográfico transvaginal; mientras que el aborto incompleto es aquel donde se puede observar la presencia de restos correspondientes a un embarazo.

El tratamiento suele incluir primero la administración de misoprostol para poder dilatar el cérvix para poder realizar un AMEU (aspiración mecánica Endo uterina) o un legrado, dependiendo de las semanas de gestación y la disponibilidad de los instrumentos en las instituciones de salud. Mientras que el AMEU está indicado para casos entre las 8 y 10 semanas de gestación, el legrado se puede realizar en cualquier momento. (15,16)

En el presente caso se optó por realizar un legrado uterino debido a que, en la institución, como protocolo, es el único procedimiento a seguir una vez confirmado el caso de aborto espontáneo.

CASO 8: MIOMATOSIS

Los miomas uterinos corresponden a los tumores uterinos benignos más comunes. Suelen aparecer en mujeres en edad fértil, y cuando generan síntomas, estos incluyen sangrado profuso y dolor.

La clasificación de los miomas está determinada por la FIGO va a plantear cuatro grandes grupos, entre los cuales habrá diferentes grupos:

1. Miomas submucosos (0, 1 y 2): inmediatamente debajo del endometrio, protruyen hacia la luz de la cavidad uterina. Mientras que el tipo 0 se encuentra completamente en la cavidad uterina, el tipo 1 va a extenderse en menos de un 50% hacia el miometrio; mientras que el tipo 2, más del 50%
2. Miomas intramurales (tipo 3, 4 y 5): dentro de la pared uterina, pueden llegar a distorsionar la arquitectura uterina dependiendo del tamaño
3. Miomas subserosos (tipo 6 y 7): se originan en la región subserosa del útero, pueden protruir hacia la cavidad uterina y no suelen hacer síntomas específicos
4. Miomas cervicales (tipo 8): estos se ubican a nivel del cuello uterino.

El tratamiento de los miomas uterinos va a depender de la edad, el tipo de mioma, el deseo de una gestación posterior. En el caso, teniendo en cuenta la edad de la paciente (60 años) y los síntomas que presentaba, se optó por realizar una histerectomía radical. (5,17)

CASO 9: CELULITIS

Se considera celulitis a la infección de piel y tejidos blandos, se manifiesta con área de eritema calor y edema en la región afectada, como resultado de ingreso de agentes infecciosos en la zona afectada.

Esta se da con mayor frecuencia en paciente de edad media o avanzada siendo el factor principal la alteración de la barrera cutánea debido a algún tipo de lesión previa, o inflamación previa teniendo como factores de riesgo los siguientes:

- Inflamación de la piel (como eccema, radioterapia, psoriasis)

- Edema por alteración del drenaje linfático
- Edema por insuficiencia venosa
- Obesidad
- Inmunosupresión (como diabetes o infección por VIH)
- La piel se rompe entre los dedos de los pies ("intertrigo en la membrana de los dedos"); estos pueden ser clínicamente inaparentes
- Infección cutánea preexistente (como tiña pedis, impétigo, varicela)
- Extracción previa de vena safena para cirugía de injerto de derivación de arteria coronaria

Dentro del agente más frecuente causal es el estreptococo de grupo beta hemolítico, *Streptococcus pyogenes* y *S. aureus*.

Con respecto al tratamiento usualmente se usa las opciones comunes como cefazolina para terapia intravenosa y cefalexina para terapia oral, amoxicilina y clindamicina (como opción) para terapia empírica. (25)

En el caso comentado el manejo, además de la terapia antibiótica, manejada, se indica terapia coadyuvante en la cual se incluye crioterapia y también se incluye analgesia y reposos absoluto, ya que ayudan a que el cuadro de evolución se maneje de manera más rápida con respecto a los síntomas, este caso en particular era muy común de encontrar en la emergencia puesto que en el hospital es mucho mayor la población geriátrica, lo que predispone a una inmunosupresión mediada por edad.

CASO 10: ITU COMPLICADA

Las infecciones del tracto urinario comprenden tanto las infecciones bajas como altas. Se considera como infecciones altas a aquellas que comprometen el riñón (pielonefritis); y como infecciones bajas, aquellas que comprometen la vejiga (cistitis).

ITU complicada se refiere a la infección del tracto urinario asociado a una alteración anatómica, funcional o sistémica que va a generar un aumento del riesgo o recurrencia de infección, aumenta el riesgo de agentes etiológicos resistentes a tratamiento antibiótico, aumenta la morbimortalidad de este caso. Toda ITU complicada va a requerir la realización de un urocultivo para determinar el agente causal y así poder dar un tratamiento dirigido hacia ese patógeno por un tiempo mayor.

Por consenso, se considera que toda pielonefritis es una ITU complicada, independiente de las comorbilidades que presenten los pacientes. Por otro lado, el agente etiológico más frecuente de las infecciones urinarias es *Escherichia coli*, además de enterobacterias, tales como *Klebsiella spp* y *Proteus spp.* (7,18,19)

En el caso, se optó por dar ertapenem de tratamiento por dos motivos: sensibilidad del patógeno al antibiótico y disponibilidad del medicamento en el hospital.

CASO 11: SINUSITIS

La sinusitis se define como la inflamación que causa síntomas en cavidad nasal y senos paranasales con una duración de menos de 4 meses.

Siendo su etiología más frecuente infecciones virales, por lo que generalmente el manejo es sintomático y la resolución del cuadro es entre 7-10 días de manera espontánea o con tratamiento sintomático.

Sus síntomas característicos son obstrucción nasal y rinorrea, así como los signos y síntomas sistémicos, como fiebre y fatiga, dolor a digito presión de senos paranasales.

El manejo de esta se da mediante sintomáticos como:

- Paracetamol / Ibuprofeno: generalmente manejo del dolor y sintomatología sistémica
- Corticoides intranasales como mometasona: para el manejo de para el manejo de la inflamación
- Suero salino en espray: hidrata el pasaje nasal y diluye mucosidad para pasaje más fácil hacia fuera de cavidad nasal
- Pseudo efedrina o fenilefedrina: alivia a través de vaso constricción
- Antihistamínicos: dependiendo de la generación causan efectos de alivio, tales como la disminución de secreción de moco o secado de fosas nasales. (6,20)

CASO 12: DIABETES MELLITUS DEBUT

Se define como diabetes mellitus como la enfermedad que afecta el metabolismo de carbohidratos, que tiene como característica principal la hiperglucemia, asociado a mal función o secreción relativa o total de insulina, incluyendo patrones de resistencia a estos.

Se diagnostica de la siguiente manera:

- Si el paciente tiene síntomas como Poliuria, polifagia, polidipsia, pérdida de peso. asociado a una glicemia aleatoria mayor o igual a 200 mg /dl
- Glicemia en paciente sin ingerir alimentos por 8 h o más, mayor a 126 mg/dl
- HbA1C mayor o igual a 6.5%
- Glicemia en una prueba de toleración a la glucosa, ingesta de glucosa anhidrida de 75mg disuelta en agua, a las 2horas mayor o igual a 200 mg/dl

Dentro de las etiologías más frecuentes se encuentra los patrones metabólicos patológicos, como es la obesidad o el síndrome metabólico que

causa ocasionalmente un patrón de resistencia a la insulina la cual, ya no se hace efectiva para la contra regulación de la glicemia.

Otras son problemas pancreáticos como pancreatitis, y genético como algunas presentaciones MODY.

El manejo en resumen consta de algunas pautas incluye educación dietética del paciente, además de la toma de conciencia de las complicaciones que puede traer a la larga, el objetivo básicamente es llevar un control de glicemia, diana de acuerdo con el paciente, y sus expectativas de vida, además evitando fármacos que puedan predisponer a la hiperglicemia.

Dentro del manejo se puede incluir el manejo con cirugía bariátrica, que pueden remitir el curso de la enfermedad durante varios años.

Unos de los objetivos clave, es la reducción de peso ya que este es uno de los factores principales del mal control glucémico.

Se debe de constar con una dieta hipocalórica, hipoglucida, con control y seguimiento de glucemias, para el manejo más específico con el tratamiento adecuado.

De inicio se puede manejar la diabetes con biguanidas como son la metformina, en dosis única o dosis doble dependiendo de la glucemia diana

Luego el manejo a la larga se puede dar, de acuerdo con la acentuación de su cuadro y complicación sistémicas que este conlleve. (21,22)

En el caso anterior al tratarse de un cuadro hiperglicemia alto se maneja con insulina, ya que el cuadro es de debut y con este manejo se puede tener menos efectos adversos, si es que tiene un problema de fondo, además este logra ser el tratamiento más efectivo y de manejo rápido.

Durante la hospitalización se maneja con insulina, incluyendo escala móvil, la cual, en el manejo esta desactualizada ya la glicemia debe ser manejada

de acuerdo con el paciente y no con un patrón ya establecido, ya que esta puede tener acción mayor o menor de acuerdo con el tipo de paciente que se tenga, en resumen, debe ser más personalizada.

CASO 13-14: ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Se define como el aumento de frecuencia y disminución de consistencia en heces, las cuales duran no más de 14 días. Pueden ser:

- Acuosa: consiste en deposiciones líquidas.
- Disentérica: consiste en deposiciones líquidas con moco y con sangre.

La causa es de origen viral en su gran mayoría, en menos frecuencia le siguen las bacterianas o parasitarias.

Dentro del manejo, lo más resaltante es la evaluación del nivel de deshidratación del paciente, ya que al ser una enfermedad viral en su mayoría no requiere tratamiento específico si no sintomático:

- Sin signos de deshidratación: Déficit de peso corporal menos del 5%
- Moderada deshidratación: Déficit de peso corporal del 5 al 10%
- Deshidratación grave: Déficit de peso corporal más del 10%

Se evalúa estos parámetros para estipular el grado aproximado de deshidratación:

- Lágrimas
- Sed
- Signo del pliegue
- Estado de conciencia
- Ojos
- Mucosas

Siendo los más resaltantes el signo del pliegue, el estado de conciencia y el contenido de los ojos.

En lactantes, uno signo determinante es el hundimiento de la fontanela.

Una diarrea sin signos de deshidratación es cuando todos los signo anteriormente mencionados están sin alteración. Para un grado leve a moderado se espera que al menos 2 de los signos este alterados. En la deshidratación severa se espera la alteración de signos claves, al menos uno, y el estado de conciencia.

Según MINSA se plantea un manejo para la deshidratación de acuerdo con el grado, siendo los planes A, B, C.

Plan A consiste en la reposición de líquidos vía oral ambulatoriamente, utilizando los siguientes puntos:

- Ingesta de líquidos aumentada
- No restricción de alimentación cotidiana
- Instruir a los padres con los signos de alarma, por el cual debería acudir al centro de salud, para ser evaluado. Siendo los signos de alarma vómitos a repetición, paciente luce tóxico, existe letargia o irritación, aumento de la sed, intolerancia oral.
- Prevención con medidas higiénico-dietéticas
- Suplementación con ZINC para disminución de casos

Al paciente con deshidratación moderada le corresponde el tratamiento tipo B que consiste en la implementación de SRO (sales/suero de rehidratación oral) y el manejo se da dentro de un establecimiento de salud. El tratamiento dura 4 horas y debe ser evaluado por un personal de salud capacitado. se administra 50 a 100 ml/kg de peso de SRO en 3 a 4 horas, si hay intolerancia oral se pasaría se pasaría al manejo parenteral, si lo tolera se le da de alta.

A pacientes con deshidratación severa se usa el plan C en el cual se maneja de manera parenteral y volumen depende del estado del paciente.(23)

En el caso 13 podemos observar a un paciente que acude por presentar diarreas casi de inmediato al ver que cursa, y al examen casi no se encuentra alteraciones, el niño esta estable y con hidratación, oral supervisada mejora.

Caso contrario la niña del caso 13 se encuentra muy deshidratada y con una evolución de muchos días , en la cual ha estado deshidratándose mucho , esto nos pone a pensar que en pediatría el manejo de enfermedades , tiene que ver mucho , en particular con la calidad de padres que se tiene , un padre preocupado por la salud de su hijo acudirá con premura al inicio de síntomas anormales, pero talvez padres más despreocupados, no hagan eso y dejan que el cuadro evolucione hasta que se torne más grave y tenga que cursar con un manejo más invasivo y por lo tanto más traumático en los niños.

La deshidratación severa es de manejo precoz y más si el paciente esta febril ya que en estos pacientes la perdida de líquidos es mayor por el aumento de temperatura, y si no se maneja a tiempo el paciente puede descompensarse de manera muy rápida.

CASO 15 – 16: CRISIS ASMÁTICA

La crisis asmática se define como un episodio de dificultad respiratoria progresiva o brusca, asociado a presencia de disnea, tos y/u opresión torácica. Para poder tratar esta enfermedad, debe determinarse la gravedad del cuadro, mediante una correcta anamnesis y clasificación por diversas escalas.

Entre las escalas más utilizadas, se encuentra el Score Pulmonar, el cual valora la frecuencia respiratoria, la presencia de sibilancias y el uso de musculatura accesorio (determinado por el músculo esternocleidomastoideo). Además, la medición de la saturación de oxígeno complementa la determinación de la gravedad.

El tratamiento de esta patología va a depender de la gravedad del cuadro. Por ejemplo, si nos encontramos ante un cuadro de crisis asmática leve, se aplicará terapia de rescate con Salbutamol 2-4 puff cada 20 minutos. Pero, si nos encontramos ante un cuadro de crisis asmática grave, el tratamiento será el uso de Salbutamol concomitantemente con Bromuro de Ipratropio y posterior monitoreo estricto. (24)

CAPITULO IV: REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA

Desde el inicio, se presentaron ciertos problemas correspondientes a los requisitos solicitados para la vuelta al internado y la administración de vacunas. Por otro lado, en el mes de junio se suspendieron las actividades del internado del presente proceso debido a que aún no se habían determinado los lineamientos a seguir por parte de MINSA. Una vez publicados dichos lineamientos, los escritores pudieron volver a sus actividades normales dentro de la institución hospitalaria.

Si bien se vieron algunos problemas para la correcta realización de un internado médico considerado normal. Esto no significó que no se haya aprovechado al máximo todas las oportunidades ofrecidas.

El iniciar por el servicio de medicina, permitió a los escritores familiarizarse de una mejor manera con las patologías más frecuentes dentro de la población, así como también la correcta relación médico - paciente. Se vio desde patologías clásicas como infecciones urinarias, crisis hipertensivas, neumonías, hasta enfermedades nuevas, secuelas, tales como el síndrome post COVID 19. Los pacientes que presentaban el diagnóstico de síndrome post COVID, solían cursar con secuelas asociadas al tratamiento dentro de UCI, para lo cual requerían un manejo exhaustivo de terapia respiratoria y física para poder recuperarse.

Dentro de la rotación de medicina interna, se realizaban guardias diurnas de 12 horas en el servicio de emergencia, donde se podía atender desde una epigastralgia, hasta una arritmia cardíaca. Si bien los pacientes que llegaban a atenderse en emergencia no tenían una sintomatología que pusiese en riesgo su vida, se debía atender a todos por igual, dando prioridad a los casos más graves.

Se logró rotar por las cinco salas de medicina interna, donde se pudo tratar pacientes de diversos estratos sociales, experiencia enriquecedora para los escritores.

La siguiente rotación de los escritores correspondió al servicio de ginecología y obstetricia, servicios no extraños para ellos, puesto que rotaron en dicho servicio durante el periodo previo a la pandemia del año 2020. Volver a un servicio conocido hizo que los escritores logren desarrollar habilidades nuevas, volviéndose relativamente independientes de los médicos, lograron realizar diagnósticos con mayor certeza, procedimientos con mejores habilidades. La gran diferencia al proceso de internado previo correspondió al sistema de rotaciones: cada 15 días y únicamente para guardias de 12 horas, ya sean diurnas o nocturnas.

Al conocer previamente tanto a los residentes, como a los médicos asistentes, se les dio la posibilidad de conformar un filtro previo para las atenciones de los demás internos, pudiendo hacer correcciones y enseñándoles diferentes patologías y los motivos por los cuales ciertos diagnósticos eran errados.

La tercera rotación de los escritores se dio en el servicio de pediatría, servicio en el cual se acudía cada 10 días, guardias tanto en el servicio de emergencia pediátrica como en neonatología. Durante esta rotación, los escritores lograron aprender el correcto trato hacia el paciente menor de edad, las patologías clásicas de este grupo etario y los tratamientos para estas patologías, que, en algunos casos, difería del tratamiento en adultos.

Durante la cuarta rotación, en el servicio de cirugía general, se logró aprender sobre el manejo del paciente previo a las intervenciones quirúrgicas y posteriores a ella. Observando una resolución esperada del cuadro, como también complicaciones del mismo procedimiento. Durante la estancia en este servicio, los escritores pudieron rotar por el servicio de urología, donde las patologías neoplásicas eran las más comunes, teniendo a la cabeza las neoplasias prostáticas, seguidas de neoplasias renales. Por otro lado, también se rotó como parte de cirugía general, en el servicio de traumatología y ortopedia, servicio donde se observan las patologías tanto traumáticas, como congénitas en las extremidades. Se logró aprender los diversos manejos para cada patología asociada a dicha especialidad.

CONCLUSIONES

1. La rotación de Medicina Interna fue satisfactoria ya que permitió que el interno aprenda el manejo de las patologías más frecuentes, tanto en emergencia como en hospitalización. Permitió que el interno logre comprender la importancia de un proceso de triaje adecuado y cómo identificar aquellos casos que requieren tanto un manejo inmediato, como también aquellos casos que pueden solucionarse por consulta externa.
2. La rotación de Ginecología y Obstetricia fue buena, ya que, a pesar de tener una distribución de solo quince días por mes, durante las guardias realizadas se logró poner en práctica todo lo aprendido, tanto en pacientes con patologías ginecológicas como también en gestantes. A diferencia de otros establecimientos del estado, CEMENA no cuenta con obstetrices ni internos de obstetricia, por lo cual el interno de medicina tiene la libertad de poder atender por completo a las gestantes; además, el centro de salud cuenta con todos los materiales necesarios para una atención de calidad.
3. La rotación de Pediatría cumplió la expectativa, teniendo en cuenta el tipo de población con la que cuenta CEMENA, siendo la mayoría casos respiratorios, tanto en emergencia como hospitalización. Durante las guardias realizadas, diurnas y nocturnas, se logró aprender el manejo de las emergencias más comunes: crisis asmáticas, enfermedades diarreicas, síndromes febriles, entre otros.
4. La rotación de Cirugía General superó las expectativas. A pesar de la pandemia y el cierre de sala de operaciones por remodelación, se logró realizar una gran variedad de procedimientos quirúrgicos, siendo los más frecuentes colecistectomías y apendicectomías. Además, durante esta rotación, también se rotaba por las especialidades de Urología y Traumatología.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda utilizar en todo momento el equipo de protección personal establecido para esta patología, mientras dure la pandemia.
2. Se recomienda que las coordinaciones con el hospital para licencias, por las clases brindadas por la universidad, sean manejadas de mejor manera, para evitar perder aprendizaje y generar algún tipo de incomodidad, con respecto a este.
3. Se recomienda que la universidad fiscalice a los hospitales para que estos cumplan con las normas establecidas por MINSA para la ejecución del internado y así se puedan asegurar todas las garantías para este proceso.
4. Se recomienda que el interno de medicina, sin importar la sede rotante, se presente apto para aprender de los médicos residentes, asistentes, demás personal hospitalario y pacientes; tratarlos con respeto, considerando siempre los cargos.
5. Se recomienda que se cumpla con las indicaciones que se les da en cada rotación, por muy simple que se crea que es, siempre se lograrán aprender nuevos conceptos.
6. Se recomienda que, al cursar el internado en cualquier parte del país, se tenga una buena cordialidad con todo el personal de salud ya que con ellos se trabaja en conjunto para sacar adelante la resolución de los cuadros, de los pacientes y al tener un buen ambiente laboral esta mejora de gran manera
7. Se recomienda que se amplie la capacitación solicitando rotaciones en especialidades que usualmente no se rotan dentro del hospital, tales como diagnóstico por imágenes, anestesiología, otorrinolaringología, oftalmología, neurocirugía y cirugía plástica, ya que estas ayudarían a orientarse mejor en la próxima especialidad, que se quiera ejercer, así también ayudaría con ciertos manejos, que tal vez se puedan presentar en la etapa de serumista
8. Se sugiere proponer exposición de casos durante la estancia en pediatría, para así afinar el manejo de dosis y diagnóstico, que será de suma importancia en la estancia rural, ya que los casos que se puedan presentar

en provincia por ser zonas endémicas de ciertas enfermedades no son las que tienen mayor frecuencia en esta zona del país.

FUENTES DE INFORMACION

1. Rushing A, Bugaev N, Jones C, Como JJ, Fox N, Cripps M, et al. Management of acute appendicitis in adults. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2019 Jul;87(1):214–24.
2. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World Journal of Emergency Surgery*. 2020 Apr 15;15(1).
3. Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth* (Berkeley, Calif) [Internet]. 1997 Jun 1;24(2):121–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9271979/>
4. Lieske B, Antunes C. Sigmoid Volvulus [Internet]. PubMed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cited 2022 Mar 3]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441925/>
5. Day Baird D, Dunson DB, Hill MC, Cousins D, Schectman JM. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: Ultrasound evidence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2003 Jan;188(1):100–7
6. Meltzer EO, Hamilos DL, Hadley JA, Lanza DC, Marple BF, Nicklas RA, Bachert C, Baraniuk J, Baroody FM, Benninger MS, Brook I, Chowdhury BA, Druce HM, Durham S, Ferguson B, Gwaltney JM Jr, Kaliner M, Kennedy DW, Lund V, Naclerio R, Pawankar R, Piccirillo JF, Rohane P, Simon R, Slavin RG, Togias A, Wald ER, Zinreich SJ; American Academy of Allergy, Asthma and Immunology; American Academy of Otolaryngic Allergy; American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery; American College of Allergy, Asthma and Immunology; American Rhinologic Society. Rhinosinusitis: Establishing definitions for clinical research and patient care. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004 Dec;131(6

Suppl):S1-62. doi: 10.1016/j.otohns.2004.09.067. PMID: 15577816;
PMCID: PMC7118860

7. Gupta K, Hooton TM, Naber KG, Wullt B, Colgan R, Miller LG, et al. International Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Acute Uncomplicated Cystitis and Pyelonephritis in Women: A 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. *Clinical Infectious Diseases*. 2011 Mar 1;52(5):e103–20.
8. Brooks D, Hawn M. Classification, clinical features, and diagnosis of inguinal and femoral hernias in adults [Internet]. UpToDate 2022 [15 de febrero 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/classification-clinical-features-and-diagnosis-of-inguinal-and-femoral-hernias-in-adults?search=hernia%20inguinal&source=search_result&selectedTitle=2~126&usage_type=default&display_rank=2#H549554470
9. Brooks D. Overview of treatment for inguinal and femoral hernia in adults [Internet]. UpToDate 2022 [citado 15 de febrero 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-treatment-for-inguinal-and-femoral-hernia-in-adults?search=hernia%20inguinal&source=search_result&selectedTitle=1~126&usage_type=default&display_rank=1#H1448121778
10. Vollmer C, Zakko S, Afdhal N. Treatment of acute calculous cholecystitis [Internet]. UpToDate 2020 [citado 2 de febrero 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=colecistitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H3
11. Zakko S, Afdhal N. Approach to the management of gallstones [Internet]. UpToDate 2022 [citado 2 de febrero 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of->

gallstones?search=colecistitis&topicRef=654&source=see_link#H334795
9734

12. Sopper N, Malladi P. Laparoscopic cholecystectomy [Internet]. UpToDate 2022 [citado 2 de febrero 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/laparoscopic-cholecystectomy?sectionName=Antibiotics&search=colecistitis&topicRef=3684&anchor=H10&source=see_link#H10
13. Getz A. UP TO DATE [Internet]. 2022 [citado 19 febrero 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-normal-labor-and-delivery?search=parto%20eutocico%20&source=search_result&selectedTitle=7~150&usage_type=default&display_rank=7#H414267876
14. Ononeze BO, Ononeze VN, Holohan M. Management of women with major placenta praevia without haemorrhage: a questionnaire-based survey of Irish obstetricians. *Journal of Obstetrics and Gynaecology: The Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology* [Internet]. 2006 Oct 1 [cited 2022 Mar 3];26(7):620–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17071425/>
15. Tulandi T, M Al-Fozan H. UP TO DATE [Internet]. 2022 [citado 19 febrero 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-loss-miscarriage-clinical-presentations-diagnosis-and-initial-evaluation?search=aborto%20espontaneo&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
16. Tulandi T, M Al-Fozan H. UP TO DATE [Internet]. 2022 [citado 19 febrero 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-loss-miscarriage-management-techniques?search=aborto%20espontaneo&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#references

17. UpToDate [Internet]. www.uptodate.com. Available from: https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-epidemiology-clinical-features-diagnosis-and-natural-history?search=miomatosis%20uterina&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
18. Infecciones del tracto urinario [Internet]. www.elsevier.es. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864010705794>
19. UP TO DATE [Internet]. 2022 [citado 19 febrero 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-including-pyelonephritis-in-adults?search=infeccion%20urinaria%20complicada&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1932835916
20. Getz A. UP TO DATE [Internet]. 2022 [citado 19 febrero 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/uncomplicated-acute-sinusitis-and-rhinosinusitis-in-adults-treatment?search=sinusitis%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H12966712
21. McCulloch D. UP TO DATE [Internet]. 2022 [citado 8 enero 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/initial-management-of-hyperglycemia-in-adults-with-type-2-diabetes-mellitus?search=diabetes%20mellitus%20type%20%20treatment&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1667087
22. McCulloch D. UP TO DATE [Internet]. 2022 [citado 8 enero 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-initial-evaluation-of-diabetes-mellitus-in->

adults?search=diabetes%20mellitus&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

23. Guía Técnica: "Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en la niña y el niño" [Internet]. Gobierno del Perú. 2017 [citado 12 de febrero 2022]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf
24. Asensi Monzó M, Asensi Monzó M. Crisis de asma. *Pediatría Atención Primaria* [Internet]. 2017 [cited 2022 Mar 3]; 19:17–25. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000300002&lng=es.
25. UpToDate [Internet]. www.uptodate.com. [cited 2022 Mar 4]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-in-adults-treatment?search=celulitis%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1