



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

MAYO 2022 – FEBRERO 2023

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR
LIZET PAOLA HUACACHI MONTOYA

ASESOR

LINCOLN F. BLÁCIDO TRUJILLO

LIMA- PERÚ

2023



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
MAYO 2022 – FEBRERO 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

LIZET PAOLA HUACACHI MONTOYA

ASESOR:

DR. LINCOLN F. BLÁCIDO TRUJILLO

LIMA, PERÚ

2023

JURADO:

PRESIDENTE: Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

MIEMBRO: DR. JOHANDI DELGADO QUISPE

MIEMBRO: DR. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mi padres y hermano, por su apoyo, confianza y paciencia que siempre me han dado durante estos años de carrera, lo que me impulsa a seguir siempre adelante y poder lograr todas las metas que pasen en el camino de esta hermosa carrera profesional.

ÍNDICE:	
DEDICATORIA	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	9
I.1. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	9
Caso clínico N°1	9
Caso clínicos N°2.....	10
I.2. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA	12
Caso clínico N°1	12
Caso clínico N°2.....	13
I.3. ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL	14
Caso clínico N°1	14
Caso clínicos N°2.....	16
I.4. ROTACIÓN DE PEDATRÍA	17
Caso clínico N°1	17
Caso clínicos N°2.....	18
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	20
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	21
III.1 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	21
III.2 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA	27
III.3 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL	29
III.4 ROTACIÓN DE PEDIATRIA	33
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	36
CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES	39
BIBLIOGRAFIA	41

RESUMEN

El último año de la profesión de Medicina Humana es cuando se realiza el internado médico. Bajo la guía e instrucción de los tutores de cada rotación, el interno espera poner en práctica durante este año los conocimientos teóricos y prácticos obtenidos durante los seis años anteriores de su carrera para poder utilizar lo aprendido como profesional de la medicina.

En el presente trabajo se presenta parte de las experiencias vividas durante el internado médico en el periodo 2022 – 2023, en el Hospital Militar Central, así como el relato de 8 casos clínicos de las diferentes especialidades fundamentales como Cirugía general, Pediatría, Ginecología y Medicina Interna.

ABSTRACT

The final year of the Human Medicine profession is when the medical internship takes place. Under the guidance and instruction of the tutors of each rotation, the intern hopes to put into practice the theoretical and practical knowledge obtained over the previous six years of their career during this year in order to be able to use what they have learned as medical professionals.

This paper presents part of the experiences lived during the medical internship in the period 2022 - 2023, at the Central Military Hospital, as well as the account of 8 clinical cases of the different fundamental specialties such as General Surgery, Pediatrics, Gynecology and Internal Medicine.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL MAYO 2022 - FEBRE RO 2023

AUTOR

LIZET PAOLA HUACACHI MONTOYA

RECUENTO DE PALABRAS

9493 Words

RECUENTO DE CARACTERES

51859 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

40 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

87.7KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 25, 2023 11:30 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 25, 2023 11:30 AM GMT-5**● 17% de similitud general**

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

- 16% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

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



NA. 618065500
Lincoln F Blácido Trujillo
MEDICO PEDIATRA
CMP 18196 RNE 11962

<https://orcid.org/0000-0002-1829-3679>

INTRODUCCIÓN

El último año de la profesión de Medicina Humana es cuando tiene lugar el internado médico. Con el fin de poner en práctica la información teórica y práctica obtenida durante los seis años anteriores de estudio, el estudiante de medicina realiza prácticas durante este año bajo la orientación e instrucción de los profesores de rotación. En el interno se rota entre 4 especializaciones principales a lo largo de diez meses (2 meses y medio por especialidad): cirugía general, pediatría, ginecología y medicina interna; dichas especialidades son fundamentales para el proceso de formación integral de los futuros médicos.

En el Hospital Militar Central, un hospital de categoría III-1 (Nivel III de Complejidad y Nivel 1 de Atención) situado en el barrio limeño del distrito de Jesús María, realicé mis prácticas de medicina.

A diferencia de otros internos de medicina que realizaron su internado médico 5 meses en hospitales y 5 meses en centros de salud, tuve la oportunidad de poder realizar el internado médico en su totalidad en el Hospital Militar Central con una rotación de 1 mes y medio en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé por el servicio de pediatría y neonatología completando mi experiencia médica.

El Hospital Militar Central no solo enriqueció mis conocimientos y experiencias médicas, también forjó valores, principios y lealtad hacia los pacientes, con el ejemplo de los médicos residentes y asistentes que me brindaron sus conocimientos, enseñanzas y respeto hacia los pacientes y hacia cada uno de los internos.

Este trabajo presenta parte de las experiencias vividas durante el internado médico en el periodo 2022 - 2023.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

En esta parte del trabajo se presentan 8 casos clínicos que pude observar, aprender y manejar durante las 4 rotaciones, que forman parte de las experiencias vividas durante mi internado en el Hospital Militar Central entre el periodo de mayo 2022 y febrero 2023.

I.1. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico N°1

Paciente varón de 25 años procedente de Valle esmeralda – Satipo - Junín, llegó a emergencia refiriendo haber presentado desde hace 8 días fiebre persistente, cefalea y malestar general siendo atendido en el policlínico de dicha provincia donde luego de ser evaluado se le aplicó Metamizol, el cual no ayudó con la fiebre. Por tal motivo es referido al hospital de Junín dos días después, donde se agregan síntomas como náuseas, vómitos, diaforesis y dolor abdominal. Se le realizan exámenes de laboratorio pudiéndose encontrar con resultado de COVID negativo, una ITU leve y resultado de Ig G positivo para Dengue. Paciente es hidratado y tratado con paracetamol para posteriormente ser traído a Lima por emergencia del HMC.

Antecedentes de importancia: RAMS: Ceftriaxona.

Funciones vitales:

- PA: 110/60, FC: 103 por minuto, FR: 20 por minuto, Temperatura: 36.6°C, SatO₂: 97%

Examen físico:

- Piel y mucosas: Deshidratadas, Escleras ictéricas.
- Tórax pulmones: amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax.
- Abdomen: Plano, blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

Además, se le solicitaron exámenes auxiliares con resultados:

- Hemoglobina: 10.5, Hematocrito: 29.5 g/dl, Leucocitos: 4.6, Plaquetas: 15 mil, Glucosa: 105, Urea: 37.8, Creatinina: 0.79, TGO: 44.9, TGP: 35.9, BT: 3.13,

BD:1.9, FA: 145.9, GGT: 163.9, PCR: 161.6, TP: 13.1, INR: 0.99, Exámenes serológicos (sífilis, HIV, HCV, HBsAG): negativos, Gota gruesa: positivo para Plasmodium vivax, Elisa de captura IgM Dengue: Negativo.

Se le realizó ecografía de abdomen superior donde se evidenció hepatomegalia y esplenomegalia.

El paciente se mantiene en observación siendo evaluado por el servicio de infectología donde se plantea el diagnóstico de Malaria severa, iniciando tratamiento de Artesunato 60mg 03 ampollas EV a la hora 0, luego a las 12 y 24 horas. También se recomienda dieta atraumática, no uso de AINES, no metamizol y no intramusculares.

Al segundo día de observación al paciente se le realiza exámenes de control con resultados:

- Hemoglobina: 8.4, Hematocrito: 23.5 g/dl, Plaquetas: 30 mil, TGO: 72.2, TGP: 61.7, BT: 1.46, BD: 0.83, FA: 160.2, GGT: 201, PCR: 108.

Pasa a hospitalización por el servicio de Medicina interna, donde completa tratamiento de Artesunato 60mg EV indicado anteriormente para luego continuar con tratamiento vía oral: Cloroquina 250mg 4 tab VO por 2 días y posteriormente 2 tab VO por 1 día; Primaquina 15mg 2 tab VO cada 24 horas por 7 días.

Durante los días de tratamiento el paciente no presentó síntomas de náuseas, vómitos, ni fiebre, solo cefaleas que fueron disminuyendo con los días.

Luego de 8 días de hospitalización con resultados de exámenes de laboratorio de Gota gruesa: negativo, plaquetas: 156 mil, perfil hepático dentro de los valores normales y mejoría notable del paciente es dado de alta con indicaciones de control de hemograma en 7 días posteriores.

Caso clínicos N°2

Paciente varón de 84 años trasladado del Hospital Geriátrico. Familiar del paciente refiere que hace 15 días el paciente presenta tos sin expectoración, mareos y malestar general; por tal motivo acuden a enfermera la cual le coloca dexametasona y clorfenamina IM por 3 días, sin mejoría de síntomas. Un día antes del ingreso el paciente presenta tos persistente acompañado con agitación moderada a medianos esfuerzos y fiebre. Paciente es llevado al Hospital Geriátrico donde se le realiza

exámenes auxiliares encontrándose con un EKG alterando que indica fibrilación auricular, por tal motivo es llevado de emergencia al Hospital Militar Central.

Antecedentes de importancia:

- HTA, HBP.

Funciones vitales:

- PA: 100/60, FC: 76 por minuto, FR: 26 por minuto, Temperatura: 36°C

Examen físico:

- Tórax y pulmones: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa disminuido en ambos hemitórax, se ausculta roncales, sibilantes y crépitos en ambos hemitórax.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos arrítmicos de buena intensidad, no se ausculta soplos.

Además, se le solicitaron exámenes auxiliares con resultados:

- Hemoglobina: 13.1, Hematocrito: 39.9 g/dl, Leucocitos: 15.9, Plaquetas: 205 mil, Abastoados: 1, Segmentados: 92.9, Glucosa: 160, Urea: 26.1, Creatinina: 1.19, TGO: 26.6, TGP: 31.6, BT: 0.48, BD: 0.21, FA: 131.2, GGT: 86, PCR: 125.4, BNP: 598.96, CK-MB: 2.35, Troponina I: 0.03, TP: 19.1, INR: 1.45.
- Se le realiza un EKG donde se encuentra fibrilación auricular con frecuencia cardiaca de 160 por minuto.

Se plantean diagnósticos de NAC y FARVA.

El paciente se mantiene en observación iniciando tratamiento con Ceftriaxona 2g EV cada 24 horas, Salbutamol 03 puff cada 4 horas, Bromuro de ipratropio 03 puff cada 6 horas, Amiodarona 150mg más dextrosa 5% 100cc EV, Enoxaparina 60mg SC cada 12 horas, Metoprolol 100mg VO cada 24 horas.

Al tercer día de observación se rota el antibiótico a Piperacilina/Tazobactam 4.5g cada 6 horas. Al día siguiente el paciente pasa a hospitalización por el servicio de medicina interna continuando con el mismo tratamiento. Se realiza interconsulta por Cardiología para evaluación de Fibrilación auricular por continuar con alteración de FC en valores entre 56 - 120 por minuto. Por lo cual inicia tratamiento de Rivaroxabán 20mg 01 tab VO cada 24 horas, Telmisartán 80mg 01 tab VO cada 12 horas, Nifedipino 30mg 01 tab

VO 08 p.m., Espironolactona 25mg ½ tab VO 10 a.m., Amiodarona 200mg 01 tab cada 8 horas por 7 días, luego 01tab VO cada 12 horas por 7 días y luego 01 tab VO cada 24 horas.

Durante los días de tratamiento el paciente mejoró los síntomas y signos de la NAC y controló su FC en valores normales. Luego de 9 días de hospitalización cumpliendo tratamiento de 10 días con Piperacilina/Tazobactam y mejoría de los síntomas paciente es dado de alta por el servicio con indicaciones de posterior control por cardiología para continuar tratamiento de fibrilación auricular.

I.2. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA

Caso clínico N°1

Paciente mujer de 72 años presenta desde hace 8 meses sensación de presencia de cuerpo extraño en área genital a esfuerzos moderados, no produce dolor ni prurito. Paciente presenta como antecedente una cirugía de prolapso genital más colocación de malla por haber presentado el mismo problema el año 2013.

Antecedentes ginecológicos:

- FUR: hace 40 años, Menarquia: 15 años, N° de parejas sexuales: 01, G2P2002.

Examen físico:

- Tórax y pulmones: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, sin ruidos agregados.
- Abdomen: Globuloso, RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Genitourinario: Se evidencia protrusión de pared anterior de la vagina.

Se realiza ecografía transvaginal evidenciando útero y ovarios involutivos. Después de la evaluación se determina el diagnóstico de prolapso genital IIBa, por tales motivos se realiza una junta médica para poder evaluar el procedimiento a seguir, quedando de acuerdo con realizar una histerectomía vaginal + colporrafia anterior.

Además, se le solicitaron exámenes auxiliares con resultados:

- Hemoglobina: 12, Hematocrito: 38.2 g/dl, Leucocitos: 13.5, Plaquetas: 240 mil, Abastionados: 0, Segmentados: 92.2, Urea: 40mg/dl, Creatinina: 1.

Luego de evaluación de riesgos quirúrgicos por el servicio de cardiología, neumología y anestesiología, se le realiza histerectomía vaginal + colporrafia anterior. Después de la cirugía se inició tratamiento con Ceftriaxona 1g EV cada 12 horas, ketoprofeno 100mg EV cada 8 horas, con indicación de control de sangrado vaginal. Al día siguiente se retiró la sonda vesical y el packing vaginal.

Se continuo con tratamiento de ceftriaxona durante 3 días, la paciente no presentó molestias, ni fiebre, ni dolor; por lo tanto, fue dada de alta al 5° día de hospitalización con indicación de control por consultorio externo en 7 días por el servicio de ginecología.

Caso clínico N°2

Paciente mujer de 21 años llegó a emergencia por presentar menstruación hace un día acompañado de dolor abdominal en fosa iliaca derecha tipo cólico de intensidad 7/10 asociado a vómitos en 2 episodios y diarrea.

Antecedentes ginecológicos:

- FUR: 11/01/23, Menarquia: 14 años, N° de parejas sexuales: 00, G0P0000.

Funciones vitales:

- PA: 120/60, FC: 86, FR: 18, T°: 36.2°C

Examen físico:

- Tórax y pulmones: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, sin ruidos agregados.
- Abdomen: Distendido, RHA (+), blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha e izquierda, Mc Burney (+), Blumberg (-)

Además, se le solicitaron exámenes auxiliares con resultados:

- Hemoglobina: 10.6, Hematocrito: 31.4 g/dl, Leucocitos: 16.4, Plaquetas: 184 mil, Abastionados: 6, Segmentados: 67, Urea: 26mg/dl, Creatinina: 0.82.

La paciente se mantiene en observación donde se realiza una interconsulta para ser evaluada por el servicio de cirugía general, el cual propone como diagnóstico presuntivo apendicitis aguda.

Posteriormente es evaluada por el servicio de ginecología, donde encuentran que la hemoglobina disminuyó de 10.6 a 8 mg/dl, se le realiza una ecografía pélvica evidenciando masa sólida con líquido libre abundante.

Al examen físico se encuentra abdomen en tabla, signos peritoneales, Blumberg positivo, doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen inferior y palpación de masa sólida; proponiendo como diagnóstico abdomen agudo quirúrgico y como plan de trabajo realizar una laparotomía exploratoria.

Se realiza la laparotomía exploratoria + tumorectomía uterina + DPR, luego de la cirugía se inicia tratamiento con Clindamicina 600mg EV cada 8 horas, Gentamicina 80mg EV cada 8 horas, metoclopramida 10mg EV cada 8 horas, Ranitidina 50mg EV cada 8 horas, Ketoprofeno 100g EV cada 8 horas y se transfunde 2 paquetes globulares.

Se realizó exámenes de control a los 2 días con resultados:

- Leucocitos: 11.4, hemoglobina: 10.1, Hematocrito: 29.4, Abastones: 1, Segmentados: 73, Ferritina: 104.05.

Paciente evolucionó favorablemente presentando solo un cuadro de fiebre de 39°C el primer día postoperatorio, los siguientes días no presentó molestias. Completó tratamiento antibiótico durante 5 días para ser dada de alta sin complicaciones y con indicaciones de control por consultorio externo de ginecología dentro de 7 días.

I.3. ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

Caso clínico N°1

Paciente varón de 20 años sin antecedentes de importancia, llegó de emergencia por presentar hace 6 horas dolor abdominal en zona de mesogastrio de 3/10 de intensidad acompañado de náuseas y vómitos (3 veces en el día de contenido alimentario), fue llevado al Policlínico de Chorrillos donde le administraron Hioscina, Dimenhidrinato y Esomeprazol, lo cual no alivió los síntomas y por ello fue transferido al HMC.

Funciones vitales:

- PA: 130/70, FC: 70 por minuto, FR: 20 por minuto, Temperatura: 36.5°C.

Examen físico:

- Abdomen: Plano, blando, depresible, RHA (+), doloroso a la palpación profunda en zona de mesogastrio. Mc Burney (+), Blumberg (+).

Además, se le solicitaron exámenes auxiliares con resultados:

- Hemoglobina: 12.9, Hematocrito: 37.6 g/dl, Leucocitos: 14.9, Abastionados: 2, Segmentados: 81, Glucosa: 118, Urea: 18.6, Creatinina: 0.59, TGO: 21.7, TGP: 26.3, BT: 2.13, BD: 0.47, FA: 99.1, GGT: 17.1, PCR: 10.3, TP: 16.7, INR: 1.27, Exámenes serológicos (sífilis, HIV, HCV, HBsAG): negativos, COVID (-).

El paciente fue evaluado por el servicio de cirugía general donde se plantea el diagnóstico de apendicitis aguda, por tal motivo es considerado para entrar a sala de operaciones. Se le realiza riesgos quirúrgicos de cardiología, neumología y anestesiología para poder realizarse la apendicectomía de emergencia.

Se da las indicaciones de NPO, ceftriaxona 02g EV cada 24 horas, Ketoprofeno 100mg EV cada 8 horas, Metamizol 1g PRN T° >38°C.

Los hallazgos encontrados en la cirugía fueron de apéndice cecal de aproximadamente 8cm, congestivo en toda su extensión con base apendicular indemne. Siendo el diagnóstico postoperatorio de apendicectomía laparoscópica por apendicitis aguda congestiva.

Como indicaciones postoperatorias inmediata se inició con tolerancia oral para luego continuar con dieta líquida, Dextrosa 5% 1000cc + CNa 2% 01 amp + ClK 20% 01 amp en 30gts EV cada 24 horas, Ceftriaxona 02g EV cada 2 horas, Ranitidina 50mg EV cada 8 horas y Ketoprofeno 100mg 01 amp EV cada 8 horas.

El paciente no presentó fiebre, ni otras molestias durante su recuperación, hubo una buena tolerancia oral hasta llegar a dieta completa. Al segundo día de hospitalización el paciente es dado de alta con indicación de Paracetamol 500mg 2 tab VO cada 8 horas, Simeticona 80mg/ml 60 gotas VO cada 8 horas y control por consultorio externo por el servicio de cirugía general dentro de 7 días.

Caso clínicos N°2

Paciente varón de 63 años sin antecedentes de importancia refiere que hace 11 meses aproximadamente presenta episodios de dolor abdominal a nivel de epigastrio tipo cólico de intensidad 5/10 con irradiación a hipocondrio derecho acompañado de náuseas, hiporexia y sensación de alza térmica no cuantificada. Paciente acude a clínica particular donde recibe hidratación, analgesia y se le realiza ecografía abdominal evidenciando una vesícula biliar piriforme de 77x31mm, pared de 3mm, con contenido homogéneo e imágenes litiásicas de 14x7mm, concluyendo una litiasis vesicular, por lo tanto es programado para una cirugía.

Funciones vitales:

- PA: 100/80, FC: 85 por minuto, FR: 20 por minuto, Temperatura: 36.9°C, SatO₂: 98%

Examen físico:

- Abdomen: Globuloso, blando, depresible, RHA (+), no doloroso a la palpación superficial, ni profunda, no se palpa masas, ni visceromegalia.

Además, se le solicitaron exámenes auxiliares con resultados:

- Hemoglobina: 15, Hematocrito: 43.6 g/dl, Leucocitos: 6.4, Abastionados: 0, Segmentados: 59.5, Glucosa: 108, Urea: 23, Creatinina: 0.71, TP: 12.5, INR: 0.95, Exámenes serológicos (HIV, HCV, HBsAG, treponema): negativos, COVID (-).

El paciente es evaluado por el servicio de cirugía general donde se plantea el diagnóstico de colecistitis crónica calculosa, por tal motivo es considerado para entrar a sala de operaciones. Se le realiza riesgos quirúrgicos de cardiología, neumología y anestesiología para poder realizarse la colecistectomía laparoscópica.

Después de la cirugía el paciente inició tratamiento con ceftriaxona 2g EV cada 12 horas, Ketoprofeno 100mg EV cada 24 horas, Esomeprazol 40mg EV cada 24 horas.

El paciente no presentó ninguna complicación, ni fiebre, ni molestias, por lo cual fue dado de alta con indicación de control por consultorio externo de cirugía general en 7 días.

I.4. ROTACIÓN DE PEDATRÍA

Caso clínico N°1

Paciente varón de 4 años es traído a emergencia por presentar 05 días de episodios de fiebre acompañado de dolor abdominal y presencia de ojo rojo derecho. Familiar del paciente refiere que fue llevado a emergencia donde le recetaron Paracetamol, Azitromicina y Desloratadina. Hace 02 días el dolor abdominal disminuyó, pero los episodios de fiebre persisten.

Funciones vitales:

- FC: 81, FR: 22, T°: 37.8, SatO₂: 97%

Examen físico:

- Ojo: Conjuntivitis lado derecho
- Tórax y pulmones: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, sin ruidos agregados.
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial, ni profunda

Además, presentaba exámenes auxiliares que se le realizaron dos días antes del ingreso con resultados:

- Hemoglobina: 11.5, Hematocrito: 32.2 g/dl, Leucocitos: 12.6, Abastados: 2, Segmentados: 81, PCR: 57.4, TGO: 31.1, TGP: 19.9. Se le tomo nuevos exámenes al ingreso con resultados: Hemoglobina: 11.2, Hematocrito: 31.2 g/dl, Leucocitos: 6.9, Abastados: 0, Segmentados: 73, PCR: 87.7, Examen de orina: normal, Reacción inflamatoria: negativa.

Después de ser evaluado por el servicio de pediatría se determinó como diagnóstico fiebre de origen desconocido, anemia leve y D/C sinusitis. Se inició tratamiento con Ceftriaxona 920mg EV cada 12 horas, Dexametasona 1mg EV cada 8 horas, Azitromicina 6cc VO cada 2 horas (continuando con el tratamiento anterior).

En su segundo día de hospitalización el paciente es evaluado por el servicio de oftalmología diagnosticando conjuntivitis alérgica de ojo derecho +, por tal motivo deja indicación de Carboximetilcelulosa 1 gotas cada 6 horas por 10 días en cada ojo y Olopatadina 2 gotas cada 12 horas por 5 días.

Paciente completó tratamiento antibiótico de 7 días de Ceftriaxona, 5 días de azitromicina y 4 días de dexametasona, mejorando síntomas y sin presentar cuadros de fiebre, por lo tanto, es dado de alta por el servicio con indicación de control por consultorio externo de pediatría en 7 días.

Caso clínicos N°2

Paciente varón de 3 años es traído a emergencia por presentar disnea y taquipnea. Madre refiere que hace aproximadamente 10 días el paciente presentó rinorrea y tos. Al tercer día presentó dolor de oídos, por lo cual es llevado al pediatra donde le diagnosticaron otitis bilateral, brindándole tratamiento con Azitromicina 200mg y Clenbuterol + Ambroxol. Posteriormente presentó fiebre de 39.6°C y respiración agitada por tales motivos es llevado al hospital.

Funciones vitales:

- FC: 127, FR: 30, T°: 36.7, SatO₂: 94%

Examen físico:

- Piel y TCSC: Piel húmeda, elástica, llenado capilar <2 segundos.
- Ganglios: Se palpa adenopatías submandibular izquierda (02)
- Tórax y pulmones: Respiración toracoabdominal, leve tiraje intercostal, amplexación conservada, matidez en ambos hemitórax, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, subcrepitos en ambos hemitórax a predominio izquierdo.
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial, ni profunda

Además, se le solicitaron exámenes auxiliares con resultados:

- Hemoglobina: 10.7 Hematocrito: 30.3 g/dl, Leucocitos: 12.4, Abastionados: 0, Segmentados: 50.4, Plaquetas: 379 mil, PCR: 58.7.

Antecedentes patológicos de importancia:

- Broncoespasmo a los 6 meses con tratamiento de Montelukast por 5 días, Salbutamol por 5 días.
- Rinitis alérgica al 1 año de vida con tratamiento de RinoBB.

Después de ser evaluado por el servicio de pediatría se le realizó una radiografía de tórax donde se pudo evidenciar Neumomediastino y atelectasia. Con los resultados obtenidos y la evaluación clínica se determinó como diagnóstico infección respiratoria aguda: Neumonía, estatus asmático y anemia leve.

Se inició el plan de trabajo con dieta blanda hipoalergénica, se le colocó por vía endovenosa Dextrosa al 5% 1000cc, ClNa al 20% 20cc, ClK al 20% 10cc pasando 30cc por hora. Ceftriaxona 640mg EV cada 12 horas, Azitromicina 4cc VO cada 24 horas por 3 días, Hidrocortisona 160mg EV STAT y luego 24mg EV cada 8 horas, Salbutamol 2 puff cada 2 horas con aerocámara, Budesonida 1 puff cada 12 horas (lavados de boca luego de aplicación), Metamizol 400 mg EV condicional a $T^{\circ} > 38^{\circ}C$.

Luego de iniciar tratamiento antibiótico el paciente presenta mejoría de la saturación con niveles entre 96 – 98%, al segundo día de hospitalización se inicia terapia de respiración con plan de tratamiento de higiene de las vías aéreas en ambos campos pulmonares aplicando movimientos kinestésicos, estímulos de tos, posicionamientos laterales y supino con la ayuda del familiar. También se agrega Nebulización de Salbutamol 8 gotas + 4cc de suero fisiológico cada 4 horas, Bromuro de ipratropio 2 puff después de Salbutamol cada 3 horas, Montelukast 4mg VO 1 sobre diluido cada 24 horas. Se suspendió la Azitromicina al 4to día de tratamiento.

El paciente continuo con las terapias de respiración y el resto del tratamiento. Completó antibioticoterapia de 7 días de Ceftriaxona mejorando síntomas y sin presentar cuadros de fiebre, por lo tanto, fue dado de alta por el servicio con indicación de control por consultorio externo de pediatría en 7 días.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Como se señaló anteriormente, realicé una pasantía médica de 10 meses en el Hospital Militar Central de Jesús María (mayo 2022 - febrero 2023) y una rotación de 1 mes y medio en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

El 1 de diciembre de 1958 se inauguró el Hospital Militar Central bajo la presidencia de Manuel Prado. El hospital fue remodelado y ampliado en 1974. Está considerado una clasificación de hospital de categoría III-1 (Nivel III de Complejidad y Nivel 1 de Atención). También se le conoce como coronel Luis Arias Schreiber, en honor al célebre médico militar que ocupó el cargo de Jefe de Sanidad de 1942 a 1945. Como tal, pudo asumir la dirección del proyecto de construcción del Hospital Militar Central. Se encuentra en la avenida José Faustino Sánchez Carrión, en el barrio limeño de Jesús María. (1)

El Hospital Militar Central dispone ahora de una unidad multifuncional de cuidados críticos, una unidad de cuidados coronarios e instalaciones para el tratamiento, hospitalización, cirugía y cuidados postoperatorios de los pacientes. (1)

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Esta rotación es una de las principales especializaciones que implica muchos cuidados hacia los pacientes. Esta rotación, a diferencia de las demás, puede implicar a pacientes de diversas subespecialidades, como neurología, gastrointestinal, neumología, enfermedades infecciosas, nefrología, etc.

A pesar de no encontrarnos en un estado de alerta, pero aun contando con contagios por COVID-19 el servicio dividió un área especial para los pacientes covid; lo cual, no limitaba el acceso de los internos, pero se tomaba todas las medidas de prevención al momento de examinar a los pacientes.

A lo largo de esta rotación se hizo hincapié en la importancia de obtener una historia clínica exhaustiva, detallada y completa, también aprendió a realizar diversos procedimientos básicos como colocación de sondas nasogástricas, vesicales, punción lumbar, paracentesis, toracocentesis, entre otros procedimientos. Asimismo, se pudo realizar guardias en emergencias donde se pudo aprender sobre diferentes casos desde considerados sencillos a muy complicados, aprendiendo a como evaluarlos y tratarlos.

Algo muy importante que se debe valorar de este servicio es el continuo trato con las personas, mejorando así habilidades comunicativas, ya sea por una atención de emergencia donde los pacientes y familiares se encuentren en un estado de desesperación o pacientes que se encuentren internados por largos periodos de tiempo, donde nuestro contacto con el paciente puede brindarles un poco de alivio, tranquilidad y hasta en un punto alegría.

Caso clínico N°1

La enfermedad de malaria o paludismo es causada por protozoarios del género Plasmodium:

- P. falciparum
- P. vivax
- P. malariae

- P. ovale
- P. Knowlesi.

Estos parásitos transmitidos por mosquitos, que son miembros del género Plasmodium, infectan a los humanos a través de hembras de mosquitos Anopheles. (2)

La transmisión de esta enfermedad puede ser:

- Vectorial: Donde el Anopheles que ha sido infectado, cuando este pica a una persona transmite los esporozoitos, que se considera el tipo infectante del parásito del Plasmodium.
- La transmisión directa de los glóbulos rojos que se encuentran infectados ya sea por vía de transfusión sanguínea o accidental por algún pinchazo con una jeringa contaminada.
- Transmisión vertical: se trata de una madre gestante que se encuentra infectada que puede transmitir la malaria al feto. (2)

La enfermedad de malaria se puede clasificar en 3 formas clínicas:

- Aguda: Es cuando se presenta una fiebre de inicio reciente con tendencia a la periodicidad en personas sanas y que no son inmunodeprimidos, que se presenta acompañada de cefalea intensa, náuseas, vómitos, escalofríos, diaforesis profusa y el aumento de temperatura que se presenta de forma rápida y desciende de manera periódica. La duración va desde las 10 horas hasta las 12 horas.

Estos síntomas se pueden presentar de forma diaria y después de cada 48 a 52 horas, lo cual depende de la especie de Plasmodium (se le puede llamar fiebre terciana o cuartana).

- Crónica: Se considera así cuando la infección se repite en personas semi-inmunes. Pueden presentar anemia de forma severa, parasitemia en niveles bajos (<1%), hepatoesplenomegalia y deterioro general del organismo. La fiebre en este caso no suele ser usual.
- Grave: Esta se encuentra relacionada al P. falciparum, con un cuadro clínico que en este caso es variado incluyendo fiebre, escalofríos y cefalea. Y se considera el causante de una gran parte de las complicaciones que provienen de esta enfermedad. (3)

Otra manera de diferenciar esta enfermedad de malaria es verla en tres formas de presentación de acuerdo a las de alteraciones presentes cuando se llega a malaria grave dentro de estas tres formas se encuentran la malaria no complicada, malaria con signos de peligro y malaria complicada.

Malaria no complicada

Esta malaria se considera sintomática, ya que no presenta signos de severidad y tampoco evidencia alguna disfunción de un órgano vital.

Los síntomas van evolucionando y van de esta manera:

- Los primeros síntomas que presentan son cefalea, debilidad, astenia, dolores articulares y musculares, malestar abdominal.
Seguido a los 3 minutos de escalofríos, frío intenso y progresivo, para llegar a un temblor incontrolable.
- De las 6 a 8 horas: se encuentra en un periodo febril con una temperatura por encima de 38°C, hiperhidrosis, con un cambio de temperatura a 36.8 grados.
- Luego de las 8 horas se encuentra el periodo asintomático. (2)

Malaria con signos de peligro

Los pacientes presentan signos clínicos que nos podría llevar a una complicación. En estos pacientes infectados que llegan a presentar signos de peligro, deben ser evaluados y decidirse si se inicia el tratamiento antimalárico, ya sea de forma ambulatoria o se si se debe hospitalizar al paciente.

Malaria complicada

Esto puede ocurrir si se da el caso de utilizar medicamentos que no fueron efectivos o si el tratamiento demoró en ser iniciado, sobre todo en los casos de malaria por *P. falciparum*, ya que la carga de parásitos aumenta y por lo tanto se puede desencadenar una malaria complicada.

En unas horas la malaria puede llegar a producir una enfermedad grave donde se encuentre:

- Falla renal aguda
- Acidosis metabólica
- Edema agudo del pulmón
- Hipoglicemia

- Anemia severa (2)

En lo que respecta al tratamiento estos se basan de acuerdo con criterios para así definir el esquema terapéutico, dentro de ellos se encuentra:

- Como sea la presentación de la malaria si llega a ser complicada o no lo sea, o si pudiera complicarse.
- Se debe identificar la especie de Plasmodium que está causando la infección.
- El número de parásitos por microlitros/sangre, que se puede definir por una evaluación de la densidad parasitaria.
- La tolerancia que presente el paciente frente al tratamiento por vía oral.
- En caso de una paciente que se encuentre embarazada se debe considerar las contraindicaciones del tratamiento.
- Antecedentes sobre haber presentado la enfermedad y/o tratamientos que haya presentado anteriormente.

Dentro de los medicamentos utilizados tenemos a:

- Cloroquina
- Artesunato
- Artemeter
- Primaquina
- Lumefantrina
- Quinina (2)

Caso clínico N°2

La neumonía se presenta como una infección e inflamación causado por microorganismos que afecta el parénquima pulmonar de las vías respiratorias y también es posible que pueda afectar el intersticio alveolar. En el espacio alveolar se produce un infiltrado celular inflamatorio, este proceso se denomina consolidación, con la alteración en el intercambio gaseoso.

La neumonía es adquirida en la comunidad (NAC) se considera así cuando el paciente presenta los signos y síntomas esta enfermedad no estando hospitalizado o en el caso de presentar estos síntomas en las primeras 48 horas de ingreso al hospital. (4)

Con respecto a la etiología se ha podido identificar diversos gérmenes causales, dentro de estos el más frecuente es el *Streptococcus pneumoniae*, en un 20-60%; luego

encontramos al *Haemophilus influenzae* en un 3-10%; seguido por el *Staphylococcus aureus*, bacilos entéricos gramnegativos, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophila* y virus respiratorios. (4)

En todo paciente que se sospeche de NAC debe ser evaluado de acuerdo los criterios diagnósticos, criterios de hospitalización y criterios de UCI, en caso de una NAC severa.

Criterios Diagnósticos

El diagnóstico clínico de NAC se puede establecer de acuerdo con ciertos criterios y estos son:

En el caso que sea menos de 2 semanas se determina como enfermedad de inicio reciente, con presencia de:

- Síntomas sistémicos: fiebre o taquicardia o taquipnea
- Síntomas respiratorios: tos o dolor torácico o disnea
- Hallazgos focales al examen físico de tórax

Si los establecimientos de salud cuentan con los recursos necesarios, el diagnóstico no solo debe ser de forma clínica sino también ser complementado con una radiografía de tórax, que apoye el diagnóstico de NAC.

- Cambios radiográficos recientes.

Criterios de Hospitalización

Todo paciente con diagnóstico de NAC que cumpla al menos uno de los siguientes criterios de hospitalización debe ser derivado por los profesionales sanitarios de primer nivel a un centro de segundo o tercer nivel.

- Confusión
- Taquipnea: Frecuencia respiratoria mayor a 30/min
- Hipotensión: presión arterial <90/60 mmHg
- Edad mayor de 65 años
- Comorbilidades como neoplasia, insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad hepática descompensada, desnutrición severa, postración crónica o dependencia física.
- Intolerancia a la vía oral

Criterios de ingreso a Cuidados Intensivos

La unidad de cuidados intensivos (UCI) será el lugar donde estarán hospitalizados todos los pacientes que cumplan alguno de los criterios principales de NAC grave:

- Necesidad de ventilación mecánica
- Shock séptico
- Insuficiencia renal aguda

Además, los pacientes deben permanecer en la UCI si cumplen al menos 3 de los criterios menores que se mencionan a continuación.

- Frecuencia Respiratoria >30/minuto
- PafiO₂ <250
- Confusión
- Presión arterial <90/60
- Compromiso radiológico multilobar (5)

En cuanto al tratamiento de la NAC se recomiendan medidas generales en todos los pacientes. Suplencia de oxígeno para mantener una saturación mayor del 90%, hidratación y balance electrolítico, terapia respiratoria, profilaxis para eventos tromboembólicos, monitorización hemodinámica, manejo de enfermedades concomitantes, y monitorización respiratoria no invasiva para pacientes que se encuentren en el área de UCI.

En cuanto al tratamiento de la NAC en todos los pacientes se deben seguir medidas generales. Dentro de ellas está el suplemento de oxígeno para mantener una saturación superior al 90%, terapia respiratoria, profilaxis de eventos tromboembólicos, monitorización hemodinámica, manejo de enfermedades concomitantes y monitorización respiratoria no invasiva para pacientes en el área de UCI.

Las diferentes opciones terapéuticas dentro de la terapia dirigida pueden simplificarse si se identifica el agente etiológico o si existe una fuerte sospecha. En casos de NAC grave y cuando queremos asegurarnos de que se cubren los gérmenes atípicos, los macrólidos son muy útiles. Es importante hacer hincapié en el uso de betalactámicos y macrólidos en el tratamiento combinado de la NAC porque se ha comprobado que reduce la mortalidad, sobre todo en pacientes con NAC grave.

La terapia con corticosteroides se ha considerado uno de los tratamientos más cruciales para los pacientes con NAC entre otros fármacos. La función principal de estos

corticosteroides es suprimir la producción de citocinas proinflamatorias, que están directamente relacionadas con la respuesta inmunológica inducida por la NAC. (4)

III.2 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA

Este servicio de ginecología y obstetricia es una especialidad de gran importancia para la atención de la mujer. Este servicio se divide en 2 partes: La primera parte es el servicio de ginecología, donde podemos encontrar diversas enfermedades ginecológicas y presentar atención de pacientes postparto o postcesarea; la otra parte es la obstetricia, en la cual se encuentran las pacientes gestantes y donde podemos observar todo el proceso de embarazo y emergencias de partos. En el hospital donde pude realizar mi internado las rotaciones se dividían en consultorio lugar donde podíamos tener casos tanto ginecológicos como obstétricos como controles prenatales, el área de emergencia que en su mayoría se presentaba emergencias obstétricas como por ejemplo casos de amenaza de abortos, dentro de este se encontraba la sala de partos, el área de hospitalización donde nos encargábamos de monitorizar constantemente a las pacientes con problemas ginecológicos y gestantes, aquí pude aprender a aplicar diversas pruebas como las estresantes, pruebas no estresantes, el perfil biofísico, monitorización de latidos fetales y la toma de ecografías.

En esta especialidad también podemos encontrar procedimientos quirúrgicos, por lo cual pude ingresar a sala de operaciones permitiéndome aprender y ayudar en diferentes procedimientos como cesáreas y a algunas cirugías ginecológicas como las diferentes histerectomías, polipectomía histeroscópica, mastectomías, entre otros procedimientos.

Y finalmente se contaba con un área igual de importante que es el de planificación familiar donde podíamos brindar asesorías a todas las pacientes que lo necesitaban sobre métodos anticonceptivos, salud sexual, entre otros temas.

En esta rotación se realizaba exposiciones semanales que complementaban nuestro aprendizaje, reforzando temas vistos en las diferentes áreas ya mencionadas de este servicio siempre bajo la supervisión de los médicos residentes y asistentes.

Caso clínico N°1

En este caso se habla del prolapso genital femenino, este tema y su tratamiento es un importante capítulo de la ginecología. En la mayoría de las mujeres se observa un cierto descenso y relajación de la pared vaginal, no existe un consenso en el cual se defina que el prolapso genital sea patológico siendo más frecuente en mujeres de mayor edad. Dentro de los prolapsos severos entendidos como de III y IV grado, la población en general solo presenta este prolapso genital severo en un 3%. Además, es muy posible que entre el 3 y el 6% de las mujeres sufran el mencionado prolapso en algún momento de su vida. (6)

Existen diversos factores asociados al prolapso:

- Multiparidad: En estas situaciones se sugiere el parto vaginal y denervación parcial del diafragma pélvico que resulta en el debilitamiento producto de esta asociación. Se puede pensar que la episiotomía regular aumenta la probabilidad de desgarros graves y también pueden producirse desgarros importantes, un aumento del hiato genital y, por último, deterioro del suelo pélvico.
- Defectos del tejido conectivo: Puede ocurrir cuando el prolapso se desarrolla en mujeres jóvenes nulíparas sin ningún factor de riesgo adicional que explique el prolapso, lo que plantea la posibilidad de que la causa sean trastornos secundarios relacionados con anomalías de la matriz de colágeno. Cuando el prolapso aparece en mujeres jóvenes nulíparas sin ningún otro factor de riesgo que lo explique, se plantea la posibilidad de que el motivo sean enfermedades secundarias relacionadas con anomalías de la matriz de colágeno.

La conexión entre el prolapso vaginal y la hiperlaxitud articular, que demuestra que las alteraciones del tejido conjuntivo podrían ser el mecanismo causal común, es un ejemplo que podría considerarse.

- Factores congénitos: Hasta el 80% de las personas que padecen enfermedades como mielodisplasia, mielomeningocele o espina bífida, que afectan a las vías nerviosas espinales inferiores o a las raíces nerviosas pélvicas, experimentan parálisis del suelo pélvico y posteriormente desarrollan prolapso.
- Otros factores asociados: El aumento prolongado de la presión intraabdominal se ha relacionado con el desarrollo de prolapso vaginal en estas afecciones,

entre las que se incluyen la obesidad, las neumopatías crónicas, el tabaquismo y los cambios en el eje axial del esqueleto. (6)

Los síntomas del prolapso de órganos pélvicos varían mucho; a menudo, hay más de un factor implicado y se manifiesta más de un síntoma. Dando la impresión de que un tumor o un bulto sobresale de la vagina. Los demás síntomas de prolapso están directamente relacionados con la sensación de que cada víscera sale del cuerpo.

Clasificación por grados de los componentes del prolapso de órganos pélvico.

Los grados van del 0 al 4. El uretrocele, el cistocele, el histerocele, el prolapso de cúpula, el enterocele y el rectocele son los elementos referenciales para la puntuación y estos son:

- Grado 0: No existe signos de prolapso de órganos pélvicos.
- Grado I: Más de 1 cm por encima del nivel del himen es la parte más distal del prolapso.
- Grado II: Midiendo desde el nivel del himen, la parte más distal del prolapso oscila entre -1 cm y +1 cm.
- Grado III: La porción más distal del prolapso está a más de 1 cm por abajo del plano del himen, pero no más de 2 cm.
- Grado IV: La porción distal del prolapso está a más de 2 cm sobre el plano del himen. (7)

El fin de la corrección quirúrgica del prolapso genital severo es aliviar los síntomas, mantener y eventualmente mejorar la funcionalidad de los órganos pélvicos, así como también restituir la anatomía. (6)

III.3 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

El área de cirugía se dividía en cirugía general, urología, traumatología, cirugía cardiología vascular, anestesiología y cirugía plástica. El servicio de cirugía general fue la especialidad que requirió mayor demanda de trabajo y que en mi parecer forjó las bases de como ser un buen interno de medicina, brindando disciplina y enseñando a comprometernos con la recuperación completa de los pacientes.

La especialidad de cirugía general se dividía en hospitalización donde los internos se encargaban de programar cirugías y ver a los pacientes postoperados que en su mayoría consistían en apendicetomías, colecistectomías, hernioplastias, entre otras, y guardias de emergencia donde se ponía en práctica los conocimientos para el diagnóstico de diferentes enfermedades como apendicitis, colecistitis, etc. y realizar procedimientos como suturar, colocación de sondas vesicales, etc.

El ingreso a sala de operaciones era constante por la gran cantidad de pacientes que eran atendidos diariamente, por lo cual se tenía la oportunidad de participar en diferentes cirugías donde los asistentes y residentes permitían un aprendizaje completo y académico.

Caso clínico N°1

El motivo más típico de un abdomen agudo y la razón más común para necesitar cirugía de urgencia en todo el mundo es la apendicitis, que se define como la inflamación del apéndice vermiforme. (8)

El síntoma más típico en esta situación es el malestar estomacal, sin embargo, la anorexia, las náuseas, el estreñimiento, la diarrea y la fiebre figuran como síntomas comunes en esta patología. Aunque este síntoma es bien conocido, sólo entre el 50 y el 60% de los pacientes con apendicitis aguda presentan dolor migratorio, que a menudo se sitúa en la zona periumbilical y epigástrica y posteriormente migra al cuadrante inferior derecho.

Además, hay efectos secundarios como náuseas y vómitos que aparecen después del dolor, y la fiebre suele aparecer seis horas después del cuadro clínico; estos síntomas pueden variar considerablemente de una persona a otra, ya que en algunos casos otras ubicaciones del dolor se podrían atribuir a la localización de la punta del apéndice. Asimismo, se pueden encontrar otros síntomas relacionados a la irritación que produce el apéndice, como síntomas de urgencia miccional, disuria o síntomas rectales como tenesmo o diarrea.

Los primeros indicios clínicos de apendicitis suelen ser vagos en la exploración física. La exploración física puede revelarlo porque cuando la inflamación empeora, el peritoneo parietal se ve implicado, generando dolor en el cuadrante inferior derecho. A

dos tercios del ombligo en una línea trazada desde el ombligo hasta la espina ilíaca anterosuperior derecha, se encuentra el punto máximo de malestar que casi siempre corresponde al punto de McBurney. (8)

La estabilización precoz del paciente y la terapia quirúrgica definitiva son las piedras angulares del tratamiento de la apendicitis aguda.

El paciente puede estar deshidratado, febril, acidótico y séptico cuando lo evaluamos. Por lo tanto, hay que insistir en la administración de líquidos intravenosos y prestar atención a los antibióticos preoperatorios.

Debe utilizarse un antibiótico dirigido principalmente contra las bacterias gramnegativas y otros microorganismos anaerobios presentes en el apéndice.

El uso preoperatorio de antibióticos está justificado porque ayuda a prevenir el desarrollo de abscesos intraabdominales y los problemas postoperatorios relacionados con la infección de la herida quirúrgica. Una dosis única de cefalotina o ampicilina es beneficioso para el paciente en caso de apendicitis aguda no perforada. Por otra parte, para tratar la apendicitis perforada puede utilizarse un régimen antibiótico triple de ampicilina, gentamicina y metronidazol/clindamicina. (9)

Caso clínico N°2

La colecistitis crónica es una inflamación aguda de la vesícula biliar provocada en el 90% de los casos por un cálculo biliar que obstruye el conducto cístico. Como consecuencia, la vesícula biliar obstruida se agranda, lo que provoca una inflamación química de la pared que causa edema y engrosamiento. (10)

De acuerdo con algunas literaturas se pueden encontrar factores de riesgo y factores de protección.

Factores de riesgo

- Edad
- Sexo femenino
- Aumento de triglicéridos
- Obesidad
- Nutrición parenteral (PT)

- Embarazo
- Pérdida de peso
- Anticonceptivos
- Descenso de HDL

Factores protectores

- Ácido ascórbico
- Proteínas vegetales
- Consumo de café
- Grasas poliinsaturadas y monoinsaturadas

Normalmente, el cuadro clínico es asintomático. El dolor abdominal agudo, que puede ser constante y localizarse en el hipocondrio derecho, es el síntoma principal; este dolor puede durar hasta más de 5 horas, con irradiación que comúnmente se encuentra en la espalda, y se acompaña frecuentemente de náuseas, vómito y fiebre de entre 37.5°C y 39°C.

El hipocondrio derecho presenta una región de hipersensibilidad a la exploración física, y el signo de Murphy se encuentra positivo a la palpación manual, este se evalúa durante la inspiración intensa, provocando dolor el cual cesa con la inspiración que se presenta con resistencia muscular a la exploración. En algunos casos de pacientes con patologías de diabetes y adultos mayores no suelen presentar dolor.

Podemos detectar leucocitosis, bilirrubina elevada y fosfatasa alcalina en las pruebas de laboratorio. El examen de la orina puede revelar un aumento de la excreción de urobilinógeno.

Para el diagnóstico se recurre al interrogatorio, la exploración física, las pruebas de laboratorio y las técnicas de imagen. La prueba no invasiva es la primera opción entre ellas. (10)

La colecistectomía es el procedimiento quirúrgico utilizado para tratar todas las colecistitis. Es la intervención preferida, que se realiza rápidamente y, en el mejor de los casos, por laparoscopia. La decisión debe considerarse cuidadosamente en estas situaciones, ya que el desarrollo clínico en determinadas circunstancias puede llevar

más de 72 horas o algunos individuos pueden mostrar un riesgo muy significativo para la cirugía o la anestesia.

Existe dos técnicas de esta cirugía que son la colecistectomía laparoscópica la cual es preferida por los médicos ya que no es muy invasiva y produce una recuperación de menor tiempo y tras probar la cirugía laparoscópica, existe una posibilidad que se requiera una conversión a colecistectomía abierta en el caso de los pacientes que no toleran un neumoperitoneo a bajas presiones o por algunas razones técnicas. (11)

III.4 ROTACIÓN DE PEDIATRIA

Esta rotación está dividida en dos partes: Pediatría y Neonatología. En este caso las rotaciones pasaban por hospitalización y emergencia para el servicio de pediatría, y atención inmediata, consultorio y hospitalización para el servicio de neonatología.

En el Hospital Militar Central la demanda de pacientes no era una cantidad considerable, por tal motivo pude rotar en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé por mes y medio. En este hospital tuve la oportunidad de atender una gran cantidad de pacientes tanto en el servicio de pediatría como de neonatología, sobre todo en el área de hospitalización y atención inmediata del recién nacido. A parte de las distintas patologías aprendidas por estos servicios, en el área de neonatología se daba la mayor importancia a la lactancia materna exclusiva que conllevaba una correcta lactancia, cuya técnica se tenía que explicar a cada uno de las madres reiteradas veces hasta que logren realizarla.

Caso clínico N°2

La inflamación del parénquima pulmonar, incluidos los alvéolos, el intersticio y las diminutas vías respiratorias, es una forma de definir la neumonía.

Se calcula que 4 millones de niños menores de cinco años fallecen cada año por infecciones respiratorias agudas; la neumonía es la principal causa de muerte en más del 90% de estos casos.

Aunque la neumonía puede producirse en cualquier época del año, es más frecuente en invierno y a principios de primavera, cuando existe un mayor riesgo de contagio, ya que los niños permanecen más tiempo en casa. (12)

No se considera NAC en recién nacidos y, en la mayoría de los casos, se tratará de forma similar a la sepsis neonatal precoz y tardía, en la que intervienen bacterias como las enterobacterias.

En los niños de edades comprendidas entre las 3 semanas y los 3 meses se plantean más problemas de diagnóstico, lo que implica también que hay más dudas sobre la mejor pauta de tratamiento. Es bien sabido que las enfermedades respiratorias causadas por virus son más frecuentes en esta franja de edad. Además, debido al debilitamiento de su sistema inmunitario, son más propensos a contraer infecciones por bacterias, como *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, HiB y *Pneumococcus*.

Las bacterias como *S. pneumoniae* y ocasionalmente virus como el VSR son patógenos víricos muy prevalentes en este grupo de edad, tienen la mayor prevalencia en la franja de edad de 4 meses a 5 años.

El neumococo es el germen más frecuente en niños mayores de 5 años, y si se ha completado todo el calendario de vacunación contra este agente se tiene que tener en cuenta la infección por *Mycoplasma pneumoniae*. (13)

Debemos tener en cuenta cinco elementos fundamentales que nos pueden ayudar mucho cuando se evidencia patología respiratoria, estos son la sintomatología alta, baja, presencia de fiebre, frecuencia respiratoria y oximetría de pulso.

- Los estornudos, el malestar general, las flemas nasales y la rinorrea son ejemplos de sintomatología respiratoria alta.
- Indicios de sintomatología respiratoria baja como crépitos alveolares, retracciones subcostales, taquipnea, estridor, sibilancias, disnea y tos.
- La indicación más sensible y clara en niños menores de 5 años es la taquipnea.

Según la Organización Mundial de la Salud, la taquipnea es el único síntoma que tiene una sensibilidad del 50-75% y una especificidad del 67% para predecir la neumonía. La ausencia de taquipnea tiene un valor predictivo negativo del 80%. (13)

Se define taquipnea como:

- FR > 60 por minuto en menores de 2 meses
- FR > 50 por minuto en niños de 2 - 12 meses
- FR > 40 por minuto en niños de 1 a 5 años

Sobre el tratamiento existen medidas generales:

- Obtener suficientes nutrientes e hidratación
- Suministro óptimo de oxígeno en función de las necesidades
- Tratando el dolor y la fiebre
- El tratamiento de patologías concurrentes, como otitis, broncoespasmo, impétigo, etc
- Dependiendo de la gravedad de la afección, hospitalizar según sea necesario o tratar como paciente ambulatorio.

En casos de tratamiento ambulatorio se deben dividir por grupos de edad:

En pacientes entre 3 meses - 5 años y mayores

- Afebril:
 - o Eritromicina 30-40 mg/k/día
 - o Azitromicina 10mg/k/día el 1 día y luego a 5 mg/k/día por 4 días más
 - o Claritomicina 15mg/K/día x 2 semanas Nota: igual manejo de 1-3 meses si se sospecha neumonía atípica.
- Febril:
 - o Amoxicilina 80 - 100 mg/k/día (c/8h)
 - o Amoxicilina - AC. Clavulánico
 - o Ampicilina – Sulbactan
 - o Trimetropin-Sulfa 8mg/k/día (2 dosis)
 - o Cefuroxime Axetil: 30mg/k/día (2 dosis)
 - o Cefprozil: 30mg/k/día (2 dosis)
 - o Ceftriaxone IM
 - o Penicilina procaínica: 25000-50000 u/k/ día IM (1 dosis). (13)

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Las prácticas médicas sobre todo el internado de medicina son esenciales en el proceso de convertirse en médico. Al momento de estar en contacto directo con los pacientes previo aprendizaje teórico y práctico de los años anteriores podemos aplicar a la práctica todo lo aprendido.

Los estudiantes de séptimo año de medicina interesados en mejorar sus habilidades y aplicar sus conocimientos en los servicios de especialidades primarias realizan sus prácticas médicas en diversos hospitales de Lima y alrededores.

Debido a los acontecimientos sucedidos en los años 2020 y 2021, nuestra promoción de estudiantes no pudo realizar las practicas preinternado correspondientes en los distintos hospitales, estas practicas se dieron de manera virtual mediante la simulación invertida y los diferentes materiales académicos brindados por los docentes de la institución; por tal motivo estas rotaciones fueron nuevas a nivel práctico, aprendiendo desde cero el manejo tanto en piso de hospitalización como en el área de emergencia. En estos diferentes servicios se contó con el apoyo de los médicos residentes de cada especialidad, quienes al tener el conocimiento de la falta de prácticas preinternado fueron un soporte y guía en este aprendizaje, poniendo a disposición sus conocimientos y experiencia.

El internado médico del Hospital Militar Central duró del 1 de mayo al 28 de febrero de 2023, se dividió a los internos en grupos de aproximadamente 26 personas para ser ubicados en las distintas especialidades, en mi caso las prácticas comenzaron con una rotación en el servicio de cirugía general y continuaron con rotaciones en pediatría, ginecología y medicina interna. En general, las funciones del interno incluían desde la elaboración de la historia clínica del paciente en el momento del ingreso, el seguimiento de su evolución diaria, la realización de la anamnesis y exploración física adecuadas para cada paciente, el análisis de pruebas complementarias para confirmar o descartar un diagnóstico presuntivo y la atención en tópico de emergencias durante los turnos diurnos de 7:00 a 19:00 horas, realizadas por 2 internos y en los turnos nocturnos de 7 p.m. a 7 a.m. realizadas por 1 interno siempre acompañado de un médico residente y asistente, donde los internos del turno anterior se tienen que relevar los pacientes que se queden en observación. Diariamente el interno de medicina cada semana realiza

sus responsabilidades en el área de hospitalización con exposiciones semanales sobre temas predeterminados por los médicos residentes.

Esta experiencia del internado medico es fundamental para la formación médica así como también ayuda a definir el carácter profesional de cada uno de nosotros futuros profesionales de la salud.

CONCLUSIONES

El último año de la profesión de Medicina Humana es cuando se realizan las prácticas médicas que es el internado médico, es una etapa necesaria e importante para la formación del médico. En este año, el estudiante de medicina aplica la información teórica y práctica que ha aprendido durante los seis años de estudio anteriores, a la vez que desarrolla una nueva perspectiva sobre el sistema sanitario del país.

En esta etapa el interno logra interactuar y trabajar en conjunto directamente con los médicos residentes, asistentes, y también con otros profesionales de la salud como enfermeros, técnicos, inclusive personal administrativo, todo ellos es importante porque ayuda al interno de medicina a desarrollar el trabajo en equipo y a conocer las funciones de cada uno de los trabajadores dentro de un ambiente de salud.

A pesar de que en este año de internado ya no nos encontramos en un estado de emergencia por el COVID-19, aún se mantenían medidas de protección como por ejemplo el uso contante de mascarillas dentro de la institución, ya sea para el personal de salud o los pacientes. Estas medidas de seguridad nos recordaron la importancia de las normas de bioseguridad y de prevención, medidas que siempre tener que estar presentes en un centro de salud.

Esta experiencia vivida en el internado médico nos ayuda a entender la gran importancia y responsabilidad que recae en esta profesión de medicina humana. Las enseñanzas tenidas en este periodo nos sirven para toda nuestra vida médica y nos prepara con conocimientos sobre las diversas patologías que podremos ver y resolver en nuestra siguiente etapa de SERUMS.

RECOMENDACIONES

Dentro de las recomendaciones para futuros internos de medicina se debe recordar que en esta etapa se debe aprovechar al máximo el tiempo en cada rotación, tomando la iniciativa para realizar los procedimientos médicos, siempre bajo la supervisión de los médicos residentes o asistentes, para así desarrollar ciertas habilidades y destrezas necesarios para nuestra carrera como médicos, ya que todo ello nos ayudarán para un mejor desempeño profesional en las siguientes etapas como son el SERUMS y el Residentado Médico.

También sería necesario una adecuada promulgación de una ley para el desarrollo adecuado del internado medico donde se establezca de manera clara los horarios y se brinde equipo de protección para cada uno de los internos, siendo todo ello respetado por los diferentes hospitales del país.

También sería prudente mencionar que en los hospitales se adecuen mayores espacios para que el personal de salud incluido los internos puedan descansar, guardar pertenencias de manera segura y contar con un ambiente donde se pueda estudiar, haciendo que la experiencia del internado mejore.

La duración de las prácticas médicas es algo importante que se debe mencionar, que en esta ocasión fue de 10 meses. Sería beneficioso poder realizar el internado por 12 meses como anteriormente lo era. Pasar el mayor tiempo posible en el hospital es vital, ya que el objetivo de las prácticas es aprender y aplicar todo lo aprendido.

En este internado dentro de estos 10 meses se tuvo la opción de rotar la mitad del tiempo en los hospitales y la otra mitad en los centros de salud. Se debería buscar mayor cantidad de plazas para que todos los estudiantes puedan tener la oportunidad de estar en un hospital durante todo el internado. Los centros de salud son un buen aporte sobre gestión y atención, pero es necesario tener el conocimiento sobre el manejo dentro de la hospitalización,

procedimientos complicados, emergencias, manejo de UCI, etc que se aprende más en los hospitales.

Por último, dentro del internado por parte de la universidad se tuvo actividades académicas que complementaron nuestro aprendizaje, algo que se podría agregar serían cursos adicionales e instructivos como videos explicativos con temas puntuales opcionales como por ejemplo procedimientos, semiología, manejo de enfermedades frecuentes, entre otros temas, que nos ayuden a desarrollarnos mejor en el internado. Con respecto a los tutores que se encuentran dentro del hospital, se puede considerar tener una clase práctica un día a la semana en los mismos hospitales con los casos de los pacientes hospitalizados desde el diagnóstico, manejo, recuperación y posteriores recomendaciones posthospitalización de cada paciente según cada caso. Todo ello beneficiaría a los estudiantes teniendo un mayor soporte y guía durante este proceso de aprendizaje.

BIBLIOGRAFIA

1. Historia - HMC [Internet]. [citado 9 de marzo de 2023]. Disponible en: https://hmc.ejercito.mil.pe/nosotros_historia
2. Uribe AG, Bernal GB. Malaria - Memorias. Ministerio de Salud y protección social [Internet]. 2013 de 2012; Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/memorias_malaria.pdf
3. Castro-Sancho JI, Munguía-Ramírez M del R, Ávila-Agüero ML. Malaria: una actualización. Acta Médica Costarricense. septiembre de 2002;44(3):107-12.
4. Martínez-Vernaza S, Mckinley E, Soto MJ, Gualtero S. Neumonía adquirida en la comunidad: una revisión narrativa. Universitas Medica. diciembre de 2018;59(4):93-102.
5. Sociedad Peruana de Enfermedades infecciosas y tropicales. Guía de Práctica Clínica: Neumonía Adquirida en la Comunidad en Adultos [Internet]. 2009. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2418.pdf>
6. Braun B H, Rojas T I, González T F, Fernández N M, Ortiz C JA. PROLAPSO GENITAL SEVERO: CONSIDERACIONES CLÍNICAS, FISIOPATOLÓGICAS Y DE TÉCNICA QUIRÚRGICA AL MOMENTO DE SU CORRECCIÓN. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2004;69(2):149-56.
7. García López AJ. Prolapso de órganos pélvicos. Iatreia. marzo de 2002;15(1):56-67.
8. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cirujano general. marzo de 2019;41(1):33-8.
9. Fallas González J. Apendicitis Aguda. Medicina Legal de Costa Rica. marzo de 2012;29(1):83-90.
10. Pérez Huitrón MA, Ocaña Monroy JL, Pérez Huitrón MA, Ocaña Monroy JL. Colecistitis crónica litiásica agudizada: una consulta frecuente en la guardia médica. Revista de la Facultad de Medicina (México). agosto de 2018;61(4):35-7.

11. Quevedo Guanche L. Colecistitis aguda: Clasificación etiológica, diagnóstico y tratamiento. Revista Cubana de Cirugía. junio de 2007;46(2):0-0.
12. Toledo Rodríguez I de los M, Toledo Marrero M del C. Neumonía adquirida en la comunidad en niños y adolescentes. Revista Cubana de Medicina General Integral. diciembre de 2012;28(4):712-24.
13. Visbal Spirko L, Galindo López J, Orozco Cepeda K, Vargas Rumilla MI. Neumonía adquirida en la comunidad en pediatría. Revista Salud Uninorte. octubre de 2007;23(2):231-42.