

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
CENTRAL POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ “LUIS N. SAENZ”
2022-2023

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

ALEJANDRA CAMILA ANAYA SARAVIA

JAHAIRA ROSANGELINA APARCANA MARTINEZ

ASESOR

JORGE ALONSO GARCÍA MOSTAJO

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 DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
CENTRAL POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ “LUIS N. SAENZ” 2022-
2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
ALEJANDRA CAMILA ANAYA SARAVIA
JAHAIRA ROSANGELINA APARCANA MARTINEZ**

**ASESOR
MTRO. JORGE ALONSO GARCÍA MOSTAJO**

**LIMA, PERÚ
2023**

JURADOS

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro. Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

A todas las personas que confiaron en el proceso y nos acompañaron hasta alcanzar nuestro sueño, sobre todo nuestros padres que nos incentivaron a seguir en pie incluso en los momentos más difíciles de la carrera y nos formaron con grandes ambiciones.

A mi familia y a esta hermosa carrera que es lo mejor que Dios nos pudo dar.

ÍNDICE

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	3
1. Rotación en Cirugía General	4
2. Rotación en Ginecología	9
3. Rotación en Medicina Interna	14
4. Rotación en Pediatría	19
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	27
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	30
Rotación en Cirugía General	30
Rotación en Ginecología	32
Rotación en Medicina Interna	35
Rotación en Pediatría	38
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	42
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	44
FUENTES DE INFORMACIÓN	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>

RESUMEN

El internado médico conforma el último peldaño para la culminación de la carrera de medicina humana, cuyo objetivo es la consolidación de conocimientos adquiridos en los años de estudios. La pandemia generó diversos cambios, pues se programaron rotaciones de 5 meses en hospital y 5 en centros de salud; sin embargo, los internos de sedes pertenecientes a sanidades tuvieron la posibilidad de una rotación hospitalaria en su totalidad, pudiendo reconocer a más detalles la calidad de atención, fortaleza y debilidades de los hospitales en una fase posterior a la pandemia de COVID-19. Objetivo: analizar ventajas y desventajas, sobre la rotación en sedes hospitalarias pertenecientes a sanidades en un contexto posterior a la pandemia. Conclusión: El internado médico conforma el afianzamiento final de todos los conocimientos brindados en los 6 años de la carrera del estudiante de medicina humana. Gracias a ello, nos ayuda a formarnos y moldearnos como grandes médicos y personas en el futuro; adicionalmente, nos brinda conocimientos prácticos y teóricos únicos, así también como nos permite vivir experiencias sorprendentes e inolvidables.

Palabras clave: Internado, sedes hospitalarias, rotaciones, experiencias

ABSTRACT

Introduction: The medical internship forms the last step to finish the human medicine career, whose objective is the consolidation of knowledge previously acquired in the previous years of studies. The pandemic generated various changes regarding internships. rotations of 5 months in hospital and 5 in health centers were programmed, however, interns belonging to hospitals from police or armed forces had the possibility of a full hospital rotation, being able to recognize in more detail the quality of care, strength and weaknesses of hospitals in a post-COVID-19 pandemic phase. Objective: To analyze advantages and disadvantages, on the rotation in hospital sites belonging to healthcare in a post-pandemic context. Conclusion: The medical internship is a part of the final consolidation of all the knowledge provided in the previous 6 years of the human medicine student's career. Thanks to this, it helps us to train and shape ourselves as great doctors and people in the future; In addition to this, it provides us with unique practical and theoretical knowledge, as well as allowing us to live surprising and unforgettable experiences.

Keywords: Internship, hospital settings, rotations, experiences

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL CENTRAL POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ "LUIS N. SAENZ"

AUTOR

**ALEJANDRA CAMILA ANAYA SARAVIA J
AHAIRA ROSANGELINA APARCANA MARTINEZ**

RECuento DE PALABRAS

12917 Words

RECuento DE CARACTERES

75650 Characters

RECuento DE PÁGINAS

55 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

106.2KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 12, 2023 9:45 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 12, 2023 9:46 AM GMT-5

● **13% de similitud general**

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

- 13% Base de datos de Internet
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Jorge A. García Mostajo
Médico Internista
CMP 52901 – RNE 24394

Firma:

Asesor: Jorge A. García Mostajo

DNI: 42091732

ORCID: 0000-0002-8073-0008

INTRODUCCIÓN

El internado médico conforma el último peldaño para la culminación de la carrera, cuyo objetivo es la consolidación de conocimientos adquiridos en los años de estudios y ponernos a prueba mediante la aplicación de la teoría en la práctica de la vida real.

El internado está compuesto de rotaciones en cuatro (4) especialidades: Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Ginecología y Obstetricia. Nuestra casa de estudio, la facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres, para la elección de plazas de rotación, tomó en consideración nuestro orden de mérito y DIRIS perteneciente al distrito de domicilio de cada integrante de la promoción, en establecimientos del Ministerio de Salud (Minsa), Fuerzas armadas y clínicas seleccionadas.

Este año, cada rotación duró aproximadamente dos meses y medio en cada especialidad y, en nuestro caso, fueron llevadas a cabo en su totalidad en el Hospital Central Policia Nacional del Perú "Luis N. Sáenz" con una duración de 10 meses.

El internado 2022-2023 se desarrolló de manera distinta debido a que nos encontrábamos en un periodo posterior a la pandemia del COVID-19, en el que hubo una reducción significativa de contagios y el uso de equipos de protección personal fue de vital importancia. Por lo tanto, el adaptarse a un nuevo ritmo de trabajo, sobre todo tomó su tiempo; no obstante, buscamos mejorar a diario en el campo de la medicina por el bien de nuestros pacientes y los que tendremos a futuro.

Esta experiencia nos permitió no solo comprender que la medicina es integral y se debe evaluar cada aspecto del paciente, sino que la empatía y la generación de lazos de confianza con cada uno y su familia es de vital importancia para cumplir de manera adecuada con el plan de trabajo.

El actual estudio de suficiencia profesional tendrá como objetivo exponer la importancia del internado médico desde nuestra perspectiva, con el propósito de alcanzar nuevas aptitudes y mejorarnos en la práctica médica.

Se busca identificar, así como analizar ventajas y desventajas, de manera que futuras promociones puedan conocer, con mayor detalle, sobre la atención a nivel hospitalario posterior a la pandemia y en sedes pertenecientes a sanidades.

En el presente trabajo, se exponen 16 casos clínicos divididos en cuatro (4) por cada especialidad en la que hemos rotado. Estos han sido recolectados de las patologías más frecuentes y significativas que hemos podido seguir en toda nuestra rotación en el Hospital Central Policía Nacional del Perú "Luis N. Saenz".

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

A lo largo del internado médico, se adquieren nuevas aptitudes y capacidades para enfrentarnos a la práctica médica en la vida real, estas herramientas brindadas no solo abarcan la capacidad de comprensión, razonamiento y resolución de los casos clínicos abocados a las múltiples patologías, si no también se trata de adquirir cualidades tales como ser empáticos y compasivos con nuestros pacientes.

Es primordial reconocer la importancia de una buena anamnesis, extrayendo datos no solo individuales, sino familiares y epidemiológicos, también el enfocarse en los signos y síntomas, usando a la semiología como principal aliada, permitiéndonos así llegar a nuestros diagnósticos sindrómicos, posteriormente diagnósticos presuntivos y con ayuda de la tecnología médica y experiencia adquirida obtendremos uno definitivo, el cual tendrá su respectivo manejo.

Debido al constante estrés que implica el ser médico, estos requieren una adaptación a este medio, pues no siempre se tendrá un ambiente laboral armonioso, así como no siempre se trabajará bajo las condiciones ideales. Muchas veces se sacrifican las relaciones personales, la salud mental y física por el bien de las vidas humanas que son dejadas en nuestras manos. Por eso mismo, el internado es un medio de adaptación a esa vida hospitalaria, el estar en guardias de 12 horas en las emergencias son una manera de poner a prueba las capacidades de razonar y actuar bajo estrés, mientras el tiempo que se pasa en piso de hospitalización es una oportunidad para afianzar nuestros conocimientos de semiología, fisiopatología y otras grandes ramas de la medicina, ya que se cuenta con más tiempo para evaluar al paciente, ese mayor tiempo también es aprovechable para generar lazos de confianza.

Nosotras, como autoras, hemos podido recolectar cuatro (4) casos clínicos más remarcables y frecuentes de cada especialidad en la que hemos rotado; se llegó así al total de 16 en este acápite con su posterior análisis en el capítulo tres.

1. Rotación en Cirugía General

Apendicitis aguda

Paciente, varón de 35 años acude a emergencia de Cirugía General refiriendo tiempo de enfermedad de aproximadamente 18 horas caracterizado por dolor abdominal tipo cólico a nivel de epigastrio y mesogastrio de moderada intensidad que posteriormente migró a cuadrante inferior derecho, además se asocia a hiporexia. Adicionalmente, refiere que hace aproximadamente 6 horas se asocia a náuseas y vómitos de contenido alimentario. Niega sensación de alza térmica. Razón por la cual acude a la emergencia.

- Alergia a medicamentos: niega
- Antecedentes patológicos: niega
- Antecedentes quirúrgicos: colecistectomía laparoscópica (en el año 2015)
- Examen físico: AREG, AREN, AREH
- Funciones vitales: PA: 120/80, FC: 110 por minuto, FR: 23 por minuto, Temperatura: 37 °C
- Piel y TCSC: tibia/ hidratada/ elástica. Llenado capilar < 2 segundos.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitoraz. No estertores.
- Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, signo de McBurney (+), Dumphy (+), Rovsing (+), Blumberg (+).
- Neurológico: orientado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos.

Diagnóstico presuntivo:

1. Síndrome doloroso abdominal
2. D/C apendicitis aguda.

Plan:

Hidratación endovenosa y analgesia.

Se solicita hemograma, glucosa, urea, creatinina, examen de orina, Proteína C reactiva.

Se reciben exámenes de laboratorio donde se evidencia leucocitosis con desviación a la izquierda, proteína C reactiva elevada. Con todos estos resultados se concluye el diagnóstico certero de apendicitis aguda.

Tratamiento:

Apendicectomía laparoscópica

Colecistitis

Se recibe en tópico de Cirugía General, interconsulta de medicina; a paciente, mujer de 56 años con tiempo de enfermedad de 20 horas caracterizado por dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad a nivel de hipocondrio derecho, asociado a náuseas esporádicas sin llegar al vómito. Niega sensación de alza térmica. Refiere haber presentado episodios similares anteriormente pero que cedieron con analgesia, sin embargo, el cuadro actual no remite. Se recibe con resultados de ecografía abdominal: vesícula biliar de 7x10cm, pared vesicular de 6mm, halo perivesicular, con múltiples litos en su interior, colédoco 8mm. Cuenta con resultados de laboratorio: leve leucocitosis con desviación a la izquierda, bilirrubinas dentro de rangos normales, GGTP y fosfatasa alcalina dentro de rangos normales.

- Alergia a medicamentos: niega
- Antecedentes patológicos: Hipertensión arterial controlada, litiasis vesicular
- Antecedentes quirúrgicos: cesárea 1 vez (hace 20 años)

Examen físico: AREG, AREN, AREH

- Funciones vitales: PA: 130/80, FC: 111 por minuto, FR: 20 por minuto, Temperatura: 37 °C
- Piel y TCSC: tibia/ hidratada/ elástica. Llenado capilar < 2 segundos. No ictericia
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitoraz. No estertores.
- Abdomen: No distendido, cicatriz tipo pfannenstiel, ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación hipocondrio derecho, signo de Murphy (+), timpanismo conservado.
- Neurológico: Orientado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos.

Diagnóstico presuntivo:

1. Síndrome doloroso abdominal: Colecistitis aguda
2. D/C coledocolitiasis

Plan:

Hidratación endovenosa y analgesia.

Completar prequirúrgicos

Se solicita colangiografía magnética sin contraste: se evidencia colédoco libre sin evidencia de litos en su interior.

Tratamiento:

Colecistectomía laparoscópica

Mordedura de perro

Paciente, varón de 37 años acude a emergencia de Cirugía General, refiriendo que hace CUATRO (4) horas mientras se encontraba realizando intervención a ladrón, sufre mordedura de perro a nivel de muslo derecho. Refiere que cuenta con el paradero del perro, cuya dueña indica que tiene todas vacunas registradas en su carnet, incluyendo la de rabia. Además, al contactarse con la dueña refiere que canino no presenta salivación, ni cambio de comportamiento.

Alergia a medicamentos: Niega

Antecedentes patológicos: Niega

Antecedentes quirúrgicos: Niega

Examen físico preferencial: AREG, AREH, AREN

Miembro inferior derecho: se evidencia herida única punzante, no sangrado activo, no signos de flogosis a nivel de tercio medio cara anterior de muslo derecho.

Diagnóstico:

1. Mordedura de perro a nivel del muslo derecho.

Plan:

Curación y lavado exhaustivo de la herida

Antibioticoterapia vía oral más analgesia: Amoxicilina 500mg + ácido clavulánico 125mg 01 tableta cada 8 horas por 7 días. Paracetamol 500mg cada 8 horas por 3 días.

Bridas y adherencias

Acude al tópico de Cirugía General paciente, mujer de 13 años, con tiempo de enfermedad de aproximadamente 20 horas caracterizado por distensión abdominal marcada, asociada a dolor abdominal difuso de moderada intensidad, refiere que hace 2 días realizó deposición dificultosa con escala de Bristol tipo 1. Además hace cinco (5) horas se adiciona náuseas y vómitos alimentarios en dos oportunidades. Niega sensación de alza térmica. Por lo que acude a emergencia.

- Alergia a medicamentos: niega
- Antecedentes patológicos: niega
- Antecedentes quirúrgicos: operada de atresia ileal a los 20 días de nacida, reconstrucción por cirugía plástica de cicatriz hace 2 años.

Examen físico: AREG, AREN, AREH

- Funciones vitales: PA: 125/80, FC: 120 por minuto, FR: 25 por minuto, Temperatura: 37 °C
- Piel y TCSC: tibia/ hidratada/ elástica. Llenado capilar < 2 segundos. Mucosas secas

- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitorax. No estertores.
- Abdomen: marcada distensión, se evidencia cicatriz operatoria de aproximadamente 6 cm transversa a nivel de flanco derecho, ruidos hidroaéreos ausentes, dolor abdominal difuso, timpanismo aumentado.
- Neurológico: irritable, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos.

Diagnóstico presuntivo:

1. Síndrome doloroso abdominal
2. D/C Obstrucción intestinal

Plan:

Hidratación endovenosa y analgesia.

Colocación de sonda nasogastrica.

Se solicita hemograma completo, perfil bioquímico completo, Proteína C reactiva.

Se solicita radiografía abdominal de pie y decúbito.

Se reciben resultados: en radiografía abdominal se evidencia dilatación de asas con numerosos niveles hidroaéreos, ausencia de gas distal. Además, a nivel laboratorial se observa leucocitosis con desviación a la izquierda, proteína c reactiva ligeramente elevada.

Diagnóstico definitivo:

1. Síndrome doloroso abdominal
2. Obstrucción intestinal intermedia
3. D/C bridas y adherencias

Tratamiento:

Laparoscopia exploratoria más procedimiento según hallazgos.

2. Rotación en Ginecología

Hiperplasia endometrial

Paciente, mujer de 62 años postmenopáusica que acude a consultorio externo por presentar desde hace 3 años sangrado vaginal abundante, refiere cambio de toallas higiénicas cada 3 horas ya que las ensucia por completo. niega otra sintomatología, niega antecedentes de importancia. En el último año, presentó dos episodios, el primero aproximadamente cinco meses previos a la consulta con duración de seis días que se autolimita, en cantidad moderada, dos semanas antes de la consulta tiene nuevo episodio de sangrado transvaginal, con características similares al primero.

- Alergia a medicamentos: Niega
- Antecedentes patológicos: Obesidad (IMC 33). niega otra patología.
- Antecedentes familiares: padre fallecido por Infarto agudo de miocardio, madre fallecida de cáncer de endometrio.
- Antecedentes gineco-obstétricos: gestas:1, abortos, partos:1. Menarquía a los 11 años. Fecha de la última menstruación: Hace 9 años, no refiere fecha exacta. Método anticonceptivo: niega. uso de hormonas: niega
- Antecedentes quirúrgicos: Niega

Al examen físico se encontró: AREG, AREH, AREN

- Funciones vitales: PA: 130/80, FC: 82 por minutos, FR: 18 por minutos, temperatura: 36.3
- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada. llenado capilar <2”
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, levemente doloroso en hemiabdomen inferior a palpación profunda.
- Genitales externos: sin alteraciones.
- especuloscopia: cuello epitelizado. Orificio cervical externo cerrado, no se evidencian lesiones o sangrado.

- SNC: LOTEP, EG:15/15.

Plan:

Se le solicitan exámenes de laboratorio y una ecografía transvaginal:

En el hemograma se evidenció una hemoglobina de 10.2 mg/dl, plaquetas:320,000 mg/dl, leucocitos: 6000 mg/dl

Ecografía transvaginal: De evidencia grosor de línea endometrial de 6.3mm

Considerando los resultados, se programa a paciente para toma de biopsia endometrial. Los resultados nos indican que se trata de una hiperplasia simple sin atipia.

Diagnóstico definitivo: Hiperplasia endometrial

Tratamiento:

Se prepara a la paciente para una histerectomía total+salpingooforectomía bilateral.

Enfermedad pélvica inflamatoria

Mujer de 25 años, sexualmente activa, acude a emergencia por presentar desde hace una semana y media dolor tipo cólico de intensidad 5/10 en hemiabdomen inferior. refiere que desde hace dos días se agregó sensación de alza térmica que cede con paracetamol. niega otras molestias.

- Alergia a medicamentos: Niega
- Antecedentes patológicos: Niega
- Antecedentes gineco-obstetricos: gestas:1, abortos: 1, partos:0. Menarquía a los 13 años. Fecha de la última menstruación: hace 3 semanas. método anticonceptivo: barrera (ocasional), andria:5
- Antecedentes quirúrgicos: Apendicectomía laparoscópica (a los 14 años)

Examen físico: AREG, AREH, AREN

- Funciones vitales: PA:110/ 60 FC:103 latidos por minuto, FR: 16 por minuto T:37.7 SAT O2: 98 %

- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2", sin cambios de coloración. mucosas húmedas.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados
- Abdomen: no distendido, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a palpación superficial y profunda en hemiabdomen inferior. no reacción peritoneal. mcburney (-) murphy (-) blumberg (-).
- urogenital: PPL (-) PRU (-)
- Geybuss: genitales externos sin alteraciones, a la especuloscopia cérvix epitelizado, sin lesiones ni sangrado, se evidencia secreción mucopurulenta. doloroso a la movilización cervical.
- SNC: LOTEP, EG:15/15

Diagnóstico:

1. Enfermedad pélvica inflamatoria

Plan:

Se le solicita un hemograma donde se evidencia leucocitosis (12,000 mg/dl) con desviación izquierda, PCR y VSG elevados, bioquímica hepática y renal sin alteraciones, prueba rápida de embarazo: negativa.

Se solicitó además PCR en muestras cervicales para neisseria y clamidia

Diagnóstico definitivo: enfermedad pélvica inflamatoria

Tratamiento:

Se inicia con un tratamiento empírico: ceftriaxona 250mg IM dosis única + doxiciclina 100 mg c 12h vo + metronidazol 500mg c 12h vo durante 14 días

Mastitis

Mujer de 25 años, primípara, puérpera mediata que dio a luz vía vaginal hace aproximadamente 2 semanas, acude a emergencia acompañada de esposo,

aludiendo que desde hace 2 días está presentando dolor en mama derecha y sensación de alza térmica, refiere que no le está dando de lactar de ese lado a su pequeño y le está administrando fórmula para complementar por presentar hinchazón y sensación de calor en mama derecha. esposo refiere que le colocó el termómetro hoy en la madrugada donde tenía 38.4 de temperatura, posteriormente le administró paracetamol de 1g, no le volvió a controlar la temperatura.

- Alergia a medicamentos: niega
- Antecedentes patológicos: asma en la niñez
- Antecedentes gineco-obstetricos: gestas:1, abortos:0, partos:1. Menarquía a los 14 años. método anticonceptivo: ninguno, andria:1
- Antecedentes quirúrgicos: frenotomía por anquiloglosia

Examen físico: AREG, AREH, AREN

- Funciones vitales: PA:100/ 60 FC: 99 latidos por minuto, FR: 16 por minuto T:37.2 SAT O2: 99%
- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2", sin cambios de coloración. mucosas húmedas.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos.
- Mama izquierda: sin alteraciones, no masas, no ganglios, sin signos de flogosis.
- Mama derecha: se observa la totalidad de la mama eritematosa, con aumento de temperatura y volumen, dolorosa al tacto profundo, predominantemente en región periareolar con ligera elevación de esta zona. No se aprecian fisuras ni otro tipo de lesiones.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados
- Abdomen: no distendido, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a palpación superficial y profunda. no reacción peritoneal.
- urogenital: PPL (-) PRU (-)
- Geybuss: genitales externos sin alteraciones, a la especuloscopia cérvix epitelizada, sin lesiones ni sangrado, presencia de loquios serosos sin mal olor, se evidencia cicatriz de episiorrafia media lateral.
- SNC: LOTEPE, EG:15/15

Plan:

Se le solicitan exámenes de laboratorio en los que se evidencia:

Hb:12,5 mg/dl Leucocitos: 12000 Plaquetas:328,000 urea: 24 mg/dl
creatinina:0.8mg/dl PCR: 9 mg/dl

Diagnóstico definitivo: Mastitis puerperal

Tatamiento:

Dicloxacilina 500 mg VO c/6 horas, x 10 días.

Paracetamol 500 mg VO c/8 h por 3 días, posteriormente condicional a temperatura superior a 38

Se le explica a la paciente que debe continuar con la lactancia materna y esta condición no es contraindicación.

Control por consultorio externo en 10 días.

Cistitis aguda en la gestación

Acude a consultorio médico para control prenatal, pacientes mujer de 30 años segundigesta de 17 6/7 semanas por fecha de última regla (FUR), con resultados de exámenes donde se evidencia: hemoglobina 9.7 g/dL, resto de los exámenes dentro de valores normales, examen de orina con leucocitos 58 células por campo, nitritos positivo, sangre negativo, células epiteliales 4 células por campo. Refiere que desde hace 5 días, va al baño varias veces al día asociado a ardor al orinar, niega otra sintomatología.

- Alergia a medicamentos: niega
- Antecedentes patológicos: niega
- Antecedentes obstétricos: G2 P1001. Menarquía a los 14 años. método anticonceptivo: ninguno, andria:2, Edad gestacional: 17 6/7 semana por FUR
- Antecedentes quirúrgicos: colecistectomía laparoscópica (hace 2 años)

Examen físico preferencial: AREG, AREH, AREN

- Abdomen: grávido, altura uterina 16 cm , SPP indiferente, latidos cardiacos fetales 130 latidos/minutos.

Diagnóstico:

1. Segundigesta de 17 6/7 semanas por FUR
2. Anemia moderada
3. Infección del tracto urinario: Cistitis aguda

Plan:

Se solicita urocultivo

Sulfato ferroso 300 mg vía oral 2 tabletas cada 24 horas por 3 meses.

Nitrofurantoina 100 mg vía oral cada 12 horas por 7 días.

Control en el próximo control prenatal.

3. Rotación en Medicina Interna

Pancreatitis aguda

Acude a emergencia de medicina general, paciente, varón de 56 años quien refiere tiempo de enfermedad de 12 horas caracterizado por dolor súbito, constante, de moderada intensidad a nivel de epigastrio que se irradia en cinturón y hacia la espalda. Refiere que no se alivia con analgésicos ni con alguna posición. Además, sensación nauseosa asociada a vómitos alimentarios en dos oportunidades. Niega sensación de alza térmica.

- Alergia a medicamentos: niega
- Antecedentes patológicos: litiasis renal
- Antecedentes quirúrgicos: niega

Examen físico: AREG, AREN, AREH

- Funciones vitales: PA: 120/80, FC: 111 por minuto, FR: 21 por minuto, Temperatura: 36 °C

- Piel y TCSC: tibia/ hidratada/ elástica. Llenado capilar < 2 segundos. No ictericia
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitorax. No estertores.
- Abdomen: no distensión, ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación profunda a nivel de epigastrio, no reacción peritoneal.
- Neurológico: orientado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos.

Diagnóstico:

1. Síndrome doloroso abdominal
2. D/C Pancreatitis aguda

PLAN:

NPO

Analgesia e hidratación

Se solicita hemograma completo, amilasa, lipasa, perfil de coagulación, glucosa, urea, creatinina, perfil hepático, proteína c reactiva; de los cuales se evidencia leucocitosis con desviación a la izquierda, amilasa 1300, lipasa 2100, perfil hepático sin alteraciones, proteína c reactiva 100.

Se solicita ecografía abdominal, donde se evidencia esteatosis hepática leve, vesícula sugestiva de microlitiasis, vía biliar con calibre normal, en celda pancreática se evidencia páncreas aumentado de tamaño.

Con los resultados de los exámenes solicitados y con el examen físico, se confirma el diagnóstico de pancreatitis aguda leve de probable etiología biliar. Se evidencia mejoría clínica, con disminución significativa del dolor y disminución progresiva de la amilasa y lipasa; por lo que se inicia tolerancia oral con posterior alta por el servicio con las indicaciones específicas, y es derivado a cirugía general para tratamiento de litiasis vesicular.

Urolitiasis

Paciente, varón de 63 años acude acompañado de su esposa a la emergencia de Medicina Interna por presentar, desde hace 5 horas, dolor en zona lumbar baja izquierda intermitente de intensidad 8/10 que irradia a genitales, además refiere haber observado "sangre en la orina". niega sensación de alza térmica. esposa refiere que paciente vomitó en 2 oportunidades camino al hospital.

- Alergia a medicamentos: corticoides
- Antecedentes patológicos: HTA hace 4 años
- Antecedentes familiares: madre fallecida con cáncer de mama, padre con antecedente de urolitiasis y Diabetes mellitus tipo 2.
- Antecedentes quirúrgicos: corrección de hernia inguinal izquierda hace 10 años y colecistectomía laparoscópica hace 3 años.

Al examen físico se encontró: AREG, AREH, AREN

- Funciones vitales: PA: 130/95, FC: 93 latidos por minutos, FR: 16 respiraciones por minutos, temperatura: 36.2
- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada, sudorosa. llenado capilar <2"
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados
- Abdomen: Globuloso, blando, depresible, doloroso a palpación superficial profunda en hipogastrio. no reacción peritoneal.
- genitourinario: PPL (+) PRU (+)
- SNC: LOTEP, EG:15/15.

Plan:

Se le coloca una vía y se administra tratamiento antiemético, analgesia e hidratación.

se le solicitan exámenes de laboratorio en los que se evidencia:

Hb:13,8 mg/dl Leucocitos: 9800 Plaquetas:285,000 urea:38 mg/dl creatinina:0.9mg/dl
PCR: 4mg/dl

Ex. Orina: pH= 4.8; Leucocitos: 2/campo. Hematíes: 173/campo

Ante la sospecha clínica de una urolitiasis y al contar con los recursos en el hospital, se solicitó una ecografía renal donde contrastado con la úrea y creatinina, se concluyó que no había lesión de parénquima renal. Se le solicitó un urotem, donde se observó un lito de aproximadamente 18 mm de diámetro a nivel de pelvis renal izquierda.

El paciente pasa a cargo de urología para extracción de cálculo mediante técnica requerida, posteriormente se estudiará la etiología del cálculo.

Celulitis glútea

Acude a emergencia paciente, mujer de 50 años con tiempo de enfermedad de 7 días, cuadro inició posterior a una colocación de inyección intramuscular, con leve eritema en región glútea derecha que posteriormente fue en incremento, asociado a calor en la zona y dolor tipo hincada de leve intensidad; por lo que acude a consultorio particular donde le diagnosticaron celulitis recetando dicloxacilina 500 mg vía oral cada 6 horas por 5 días. Paciente refiere que ha incumplido algunas tomas y que nota que ha empeorado zona de lesión, adicionalmente se agregó sensación de alza térmica por lo que acude inmediatamente al nosocomio.

- Alergia a medicamentos: ninguno
- Antecedentes patológicos: Hipertensión arterial compensada
- Antecedentes familiares: madre aparentemente sana, padre con antecedente de Diabetes mellitus tipo 2.
- Antecedentes quirúrgicos: cesárea 2 veces

Al examen físico se encontró: AREG, AREH, AREN

- Funciones vitales: PA: 130/80, FC: 110 latidos por minutos, FR: 19 respiraciones por minutos, temperatura: 38.6°C
- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2"
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no reacción peritoneal.

- Región glútea derecha: se evidencia zona eritematosa de aproximadamente 5 por 7 cm, con signos de flogosis, dolorosa a la palpación, no zona de empastamiento.
- SNC: LOTEP, EG:15/15.

Diagnóstico:

1. Celulitis glútea derecha
2. Hipertensión arterial por antecedente

Plan:

Se solicita hemograma completo, Proteína c reactiva, glucosa, urea, creatinina. Se obtienen resultados de laboratorio donde se evidencia leucocitosis con desviación a la izquierda, glucosa 98 mg/dL, urea y creatinina dentro de rangos normales, PCR en 7 mg/dL.

Se decide hospitalización de paciente con inicio de terapia antibiótica vía endovenosa con vancomicina 30 mg/kg/día cada 12h, analgesia con ketoprofeno 100mg cada 8 horas, metamizol 1g STAT y luego condicional a fiebre.

Lumbago con ciática

Paciente, femenina de 53 años, conocida por el servicio, vendedora en un mercado hace más de 8 años, acude a emergencia refiriendo que mientras ordenaba su área de trabajo, al levantar una pesada caja llena de frutas de manera repentina presentó dolor descrito como “descarga eléctrica” de intensidad 7/10 en región lumbar y glútea del lado derecho que irradia a toda la pierna del mismo lado. Además, refiere sensación de hormigueo y adormecimiento en miembro inferior de dicho lado. La paciente refiere que ha tenido cuadros similares previamente desde hace 3 meses por lo que se ha estado automedicando con pastillas de ibuprofeno que es lo que le recomendaron los trabajadores de la farmacia, cede el dolor parcialmente, sin embargo comenta que acudió al hospital en esta oportunidad por ser un dolor más intenso.

- Alergia a medicamentos: penicilinas
- Antecedentes patológicos: hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina.

- Antecedentes familiares: madre hipotiroidea controlada, padre con antecedente de hipertensión arterial.
- Antecedentes quirúrgicos: cesárea 1 vez, colecistectomía laparoscópica por pólipo vesicular.

Al examen físico se encontró: AREG, AREH, AREN

- Funciones vitales: PA: 120/70, FC: 83 latidos por minutos, FR: 18 respiraciones por minutos, temperatura: 36.3 °C
- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar <2”
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no reacción peritoneal.
- músculo esquelético: miembro inferior derecho: limitación al movimiento y rotación, dolor a la digitopresión desde L4 hasta la región glútea, signo de lasague (+).
- SNC: LOTEP, EG:15/15.

Diagnóstico: lumbago con ciática aguda.

Plan:

Se le administró tratamiento sintomático ketoprofeno + orfenadrina intramuscular y luego se le solicitó una radiografía de columna región lumbosacra frontal y lateral, evidenciándose a nivel de L4 y L5 una listesis anterior. Se le solicitó resonancia magnética donde se observó la presencia de una hernia de núcleo pulposo entre L4 Y L5, se interconsulta a neurocirugía para manejo específico.

4. Rotación en Pediatría

Bronquiolitis

Lactante, varón de 6 meses con tiempo de enfermedad de 5 días, hace aproximadamente 3 días inició con cuadro catarral, hace dos días se agregó tos seca,

se le tomó la temperatura, la cual se encontraba en 38.2, madre refiere que escucha “silbidos” en el pecho de su hijo y que parece “faltarle el aire”, motivo por el cual lo trae a emergencia.

- Alergia a medicamentos: niega
- Antecedentes patológicos: sepsis neonatal
- Antecedentes quirúrgicos:niega
- Aacunas completas para la edad.

- Prenatales: 08 CPN. Intercurrencias: ninguna
- Natales: Edad gestacional: 38.7 semanas.Nacido por parto vaginal.
- Apgar: 9-9, peso 3179 g. Talla: 51 cm. PC: 33 cm
- Madre refiere que niño cuenta con vacunas completas hasta la fecha
- Enfermedades previas: niega
- Medicación previa: paracetamol
- recibe lactancia materna exclusiva

Al examen físico: AREG, AREH, ABEN. reactivo a estímulos, irritable, tolera vía oral, adecuada succión,ventila espontáneamente.

- Funciones vitales: FC: 135 latidos por minuto FR:45 respiraciones por minuto
T: 37.8 SAT O2: 94 %
- Antropometría: peso: 8.2 kg talla:67cm
- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2”. sin cambios de coloración. no cianosis. mucosas húmedas.
- TCSC: no edemas
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos.
- Tórax y pulmones: se auscultan sibilancias en ambos hemitórax, a predominio basal.
- Abdomen: no distendido, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a palpación superficial y profunda.
- SNC: irritable. activo y reactivo a estímulos.

Plan:

se solicita hemograma donde los resultados evidencian: leucocitos: 10,000 mg/dl sin desviación izquierda, hb: 11.7 mg/dl, plaquetas: 350,000, Glucemia: 108 mg/dl

Dadas las características clínicas se concluye como diagnóstico definitivo una bronquiolitis sin criterios de hospitalización. por lo que el tratamiento constaría en tratamiento sintomático y alta

paracetamol condicional a temperatura mayor a 38, se le explica a la madre los cuidados Faltan (F: Manejo de la fiebre, A: Continuar con la alimentación, L: Aumento de la ingesta de líquidos, T: no administrar antitusígenos, A: Reconocimiento de signos de alarma, N: Limpieza de fosas nasales). reevaluación en 24h.

Crisis asmática

Acude a tópico de Pediatría, niño de 7 años acompañado de su madre quien refiere tiempo de enfermedad de aproximadamente 1 mes iniciando con tos seca a predominio nocturno, niega sensación de alza térmica. Sin embargo, 12 horas antes del ingreso tos seca se hizo más persistente en la noche, asociándose a opresión en el pecho, sensación de falta de aire y sibilancias. Por lo que madre automedica con salbutamol 2 puff, debido a que su otro hijo es asmático, cuadro remitió parcialmente sin embargo decidió traerlo de emergencia debido a que la saturación se encontraba en 95 %.

Antecedentes:

Personales

- Desarrollo psicomotor: adecuado para la edad
- Vacunas completas para la edad
- Enfermedades previas: dermatitis atópica
- Medicación previa: salbutamol

Familiares y epidemiológicos

- Padres: papá asma bronquial, mamá aparentemente sana
- Hermano: asma bronquial controlada

- Niega contacto con personas enfermas

Examen físico: AREG, AREH, AREN

- T: 37 °C. FC 118 por minuto. FR 36 por minuto, Sat O2: 96 %, Peso 22 kg
- Aspecto general: Irritable, reactiva a estímulos, ventila espontáneamente,
- Piel y anexos: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2".
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos.
- Tórax y pulmones: uso de esternocleidomastoideo leve, murmullo vesicular pasa disminuido por ambos hemitórax, se auscultan sibilancias en toda la espiración, sonoridad conservada.
- Abdomen: RHA (+), blando/ depresible, no masas, no visceromegalia
- Neurológico: Glasgow 15/15, no signos meningeos

Diagnóstico:

1. Crisis asmática moderada: score pulmonar 6 puntos

Plan:

NPO.

Salbutamol 6 puff con aerocámara cada 20 minutos hasta 3 dosis.

Reevaluación en 15 minutos

Se reevalúa a paciente al término de terapia de rescate, se evidencia mejoría clínica: saturación de oxígeno 98 %, sibilantes escasos en bases de ambos hemitórax, frecuencia respiratoria 23 por minuto, frecuencia cardíaca 89 por minuto. Por lo que se da de alta al paciente, con indicaciones específicas: salbutamol a demanda + prednisona 22 mg por 5 días, y reevaluación en 1 semana en consultorio externo de pediatría.

Craneofaringioma

Paciente, femenina de 5 años acude a emergencia con su madre quien refiere tiempo de enfermedad de aproximadamente 2 meses caracterizado por hiporexia, malestar general, disminución de peso evidente, además de vómitos postprandiales

persistentes. Niega alza térmica. La madre menciona que todo comenzó posterior al nacimiento de su último hijo, por lo que ella lo asoció con ese hecho.

Antecedentes:

Personales

- Prenatales: 07 CPN. Intercurrencias: ninguna. Medicación durante el embarazo: hierro + ácido fólico, vitaminas.
- Natales: Edad gestacional: 38 6/7 semanas. Intercurrencias: ninguna. Apgar: 8-9, peso 3400g. Talla: 52cm. PC: 34cm
- Desarrollo psicomotor: adecuado para la edad
- Vacunas completas para la edad
- Enfermedades previas: niega
- Medicación previa: niega

Familiares y epidemiológicos

- Padres: aparentemente sanos
- Niega contacto con personas enfermas

Examen físico: AREG, AREH, AMEN

- T: 36.4 °C. FC 120 por minuto. FR 20 por minuto, Peso 13kg. Talla: 100 cm. Sat O2: 98 %
- Aspecto general: Irritable, reactiva a estímulos, ventila espontáneamente,
- Piel y anexos: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2". Palidez +/-+++
- TCSC: No edemas
- OJOS: No secreciones, CIRLA.
- Cuello: central, cilíndrico, no se palpan adenopatías
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados
- Abdomen: RHA (+), blando/ depresible, no masas, no visceromegalia
- Neurológico: irritable, poco colaborador, Glasgow 15/15.

Diagnóstico:

2. Síndrome emético
3. Desnutrición aguda

Plan:

NPO

Hidratación parenteral

Se hospitaliza en Pediatría

Se solicita hemograma completo, perfil bioquímico completo.

En hospitalización, a las 24 horas de ingreso paciente continúa con vómitos que se hicieron más persistentes de carácter explosivo, asociado a cefalea de severa intensidad, somnolencia. Se evidenció deterioro de su estado neurológico con escala de Glasgow 9/15, respuesta verbal inapropiada, imposibilidad para ponerse de pie e imposibilidad de seguir objetos con la mirada que traduce aparente afectación visual. El resto de la exploración física sin hallazgos significativos.

Cuenta con resultado de exámenes de laboratorio donde se evidencian parámetros normales.

Se realiza tomografía computarizada cerebral donde se evidenció tumoración en base de cráneo con áreas quísticas y de calcificación supraselar que condiciona hidrocefalia supratentorial.

Por lo que se efectúa diagnóstico presuntivo de craneofaringioma. Se realiza llamado a especialidad de neurocirugía quienes realizan ventriculostomía de emergencia y posteriormente es referida a clínica para manejo definitivo.

Torsión testicular

Madre acude a emergencia con su menor hijo de 13 años, quien refiere que hace 11 horas aproximadamente, presenta de manera súbita dolor difuso intenso a nivel del testículo izquierdo con irradiación a la región inguinal del mismo lado, acompañado de náuseas y vómitos.

Antecedentes:

Personales

- Desarrollo psicomotor: adecuado para la edad
- Vacunas completas para la edad
- Enfermedades previas: niega

Familiares y epidemiológicos

- Padres: papá y mamá aparentemente sanos.
- Niega contacto con personas enfermas

Examen físico preferencial: AREG, AREH, AREN

- T: 36.6°C. FC 110 por minuto. FR 19 por minuto. Sat O2: 99 %
- Aspecto general: posición indiferente, reactivo a estímulos, ventila espontáneamente.
- Testículo izquierdo: con cambios de coloración violáceo y eritematoso, ascenso de testículo con horizontalización, reflejo cremastérico ausente, signo prehn negativo. refiere intenso dolor a la palpación.
- Testículo derecho: sin alteraciones
- Neurológico: Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

Diagnóstico:

1. Síndrome escrotal agudo
2. D/C torsión testicular

Plan:

Se solicita prequirúrgicos y Eco Doppler de testículo izquierdo, que evidencia disminución del tamaño testicular con ausencia de flujo intratesticular y aumento del flujo peritesticular. Con la clínica y los exámenes se concluye que se trata de una torsión testicular, la cual ya tiene una evolución superior a las 6 horas, por lo cual se prepara para sala de operaciones.

Se obtuvieron como hallazgos: un testículo izquierdo necrótico, con rotación de 360° del cordón espermático, por lo cual se realizó orquiectomía izquierda.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Central Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” (CH.PNP.LNS), es un establecimiento de salud categoría III-1, es el complejo hospitalario de referencia nacional del sistema de salud policial, además de ser hospital docente de diferentes profesiones y especialidades de las ciencias sanitarias. Atiende diariamente a integrantes de la familia policial, que incluyen a los que están en actividad y en retiro, así también como sus derechohabientes (1).

Se encuentra ubicado en la avenida Brasil cuadra 26, distrito de Jesús María, departamento de Lima. Es un establecimiento muy bien equipado, cuenta con helipuerto para así recibir pacientes que son referidos de otras regiones brindándoles un manejo oportuno y precoz con atención de calidad; por otra parte, posee también tecnología ventajosa, como resonador magnético y tomografía computarizada, para así abordarlo rápidamente y de forma integral.

Consideramos que este hospital es una muy buena opción para realizar el internado, ya que la rotación fue 100 % en hospital y pudimos aprender tanto en emergencia, hospitalización y consultorio de las 4 grandes especialidades médicas.

En Ginecología y Obstetricia, tuvimos la oportunidad de apoyar en las guardias de emergencia diurnas como nocturnas, permitiéndonos entrar como apoyo en cesáreas y partos vaginales, además de realización de procedimientos más sencillos como drenajes de abscesos. En hospitalización de ginecología, todos los internos sin excepción asistíamos en cirugías ginecológicas, mientras que hospitalización de obstetricia nos mostró un mundo totalmente diferente, pues aprendimos a valorar no solo a la madre, sino velar por el bienestar fetal. La rotación de consultorio fue una gran oportunidad para afianzar conocimientos en el manejo ambulatorio.

En Cirugía General, los internos tuvimos la oportunidad de rotar en hospitalización que se dividía en 3 áreas: mujeres, varones y críticos, a diario permanecíamos atentos a cualquier complicación postquirúrgica, sobretodo en el área de críticos donde vigilábamos a nuestros pacientes mas complicados y realizábamos curaciones de heridas postoperatorias e incluso manejo de seromas y ostomías. En el tópico de emergencia de Cirugía General, afianzamos nuestro aprendizaje respecto a la evaluación de pacientes, especialmente de abdomen agudo, siempre bajo supervisión

de nuestros residentes y asistentes se nos permitió suturas y curar. Dentro de las tantas funciones que tenía el interno, también estaba preparar al paciente para la cirugía, así como acompañar a los pacientes a interconsultas con otras ramas quirúrgicas como traumatología o neurocirugía, experiencia que enriqueció nuestro conocimiento. y al igual que en ginecología, fuimos gran apoyo dentro de sala de operaciones, asistiendo como instrumentistas o incluso como primer ayudante.

Pediatría comprendió las subrotaciones de hospitalización pediátrica, emergencia, consultorio de pediatría, cirugía pediátrica y neonatología. En la emergencia, nuestro trabajo consistía en hacer el triaje y apoyo en el examen físico de los pequeños, así como el manejo de crisis asmáticas que eran una de las patologías más comunes. En hospitalización de cirugía o medicina pediátrica, nos manteníamos alerta a cualquier signo de alarma que presentase nuestro paciente, y como ya se mencionó en párrafos anteriores, se nos dió la oportunidad de aprender en sala de operaciones.

En medicina Interna, el enfoque es diferente, pues se le presta suma atención a la semiología, y al ser casos más complicados es fundamental la discusión de estos en el momento de la visita, donde los internos no solo generamos nuevos conocimientos, sino que participamos en estas discusiones junto a nuestros residentes y asistentes. Además, dentro de nuestras funciones está hacernos cargo de que el plan para cada paciente se cumpla, ya sea la realización de algún examen imagenológico o la respuesta de alguna especialidad, que es una oportunidad de aprendizaje, ya que muchas veces los especialistas nos permiten conocer su punto de vista e incluso plantean otros exámenes o modificaciones del plan terapéutico.

En la emergencia de Medicina, tenemos contacto con los residentes de múltiples especialidades, a los que tomamos como mentores al momento de afrontar los diversos casos que nos llegan, y que además nos empapan de conocimiento de sus respectivas especialidades. La función del interno en el tópicó es la realización del examen físico, así como derivar al paciente a la especialidad correcta si es que lo requiriese o enviarlo a observación para un manejo más vigilante.

Para nosotras, el internado médico en este hospital nos ha brindado grandes oportunidades y enseñanzas en el ámbito de desarrollo tanto en lo académico como en lo personal; enseñándonos que podemos convertir nuestras debilidades en

fortalezas y así aplicarlo en nuestro futuro. Completo agradecimiento a todos los doctores asistentes y residentes que nos formaron en estos meses, moldeándonos para ser mejores. Además, quienes también nos guiaron fueron el personal asistencial, quienes nos ayudaron a acoplarnos al nuevo ambiente de cada rotación. Ahora bien, quienes nos dieron motivación fueron los pacientes que con tan solo su mirada de agradecimiento nos daban satisfacción.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

Rotación en Cirugía General

En el primer caso clínico, nos encontramos ante una apendicitis aguda. Esta es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo quirúrgico, la etiología varía según las etapas de la vida, y en adultos la obstrucción de la base apendicular es la más común, la sintomatología puede ser típica como en muchos de los casos, y casos atípicos dándose más frecuentemente en inmunodeprimidos, ancianos, niños y gestantes (2). En el caso clínico, tenemos que sigue la clásica cronología de Murphy, que inicia con dolor primero en epigastrio y que después migró a fosa iliaca derecha, posteriormente se acompaña de hiporexia, náuseas y vómitos; sin embargo en este caso no se presentó fiebre. En el examen clínico se encontraron los signos sugestivos para poder hacer el diagnóstico de esta patología, como ayuda diagnóstica se solicitó exámenes de laboratorio evidenciando signos de inflamación como leucocitosis con desviación a la izquierda y proteína C reactiva elevada. Ante todo ello, podemos aplicar la escala de Alvarado que tiene en cuenta los signos, síntomas y laboratorio, con un total de 10 puntos, y con ese puntaje en cada paciente nos apoya para el diagnóstico, exclusión o en algunos casos solicitar pruebas imagenológicas. En nuestro caso presenta una puntuación total de 8, que indica diagnóstico casi certero de apendicitis aguda y así poder realizar la cirugía inmediatamente. Se preparó al paciente para la sala de operaciones a realizar una apendicectomía laparoscópica. Sin embargo, otro punto a tener en cuenta es la preparación preoperatoria; es decir, se tiene que mantener una hidratación adecuada con el uso de líquidos endovenosos, un buen control del dolor con analgésicos adecuados y antibióticos profilácticos, estos son importantes para prevenir la infección de la herida, así también como el absceso intraabdominal después de la cirugía. (3).

En el caso clínico de la colecistitis aguda, estamos ante un proceso inflamatorio agudo vesicular, el cual constituye un cuadro clínico-quirúrgico. Para el diagnóstico nos basamos en los criterios de Tokio en donde valoramos los signos de inflamación local, inflamación sistémica y hallazgos de imagen, en nuestro caso, estábamos ante un diagnóstico definitivo de colecistitis aguda, ya que cumplía con 1 criterio de cada grupo. Este cuadro en la mayoría de las veces se debe a la obstrucción por un cálculo enclavado en bacinete, sin embargo siempre debemos descartar la posibilidad de

obstrucción del colédoco, sobretodo si la ecografía nos hace sospechar en ello, en nuestro caso, se tenía un colédoco de 8mm, motivo por el cuál se solicitó una colangiografía magnética, en la cual no se evidenció litos ni barro biliar, este dato es importante ya que de habernos encontrado con estos elementos se optaría primero por una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica sin embargo, en esta oportunidad, el tratamiento es quirúrgico, pero se inicia con fluidoterapia, analgesia, omeprazol y antibioticoterapia profiláctica mientras se prepara al paciente para la cirugía, en este caso, según las condiciones y experiencia de los cirujanos en nuestro hospital, se optó por una colecistectomía laparoscópica de emergencia.

En el caso de la mordedura de perro, debemos prestar suma atención a la posibilidad de que nuestro paciente pueda ser portador del virus de la rabia. La atención debe iniciarse con la correcta anamnesis, extrayendo información del canino, si es conocido por la víctima, cuál es su paradero o si ha presentado síntomas de rabia. La inspección de la herida debe ser cuidadosa, evaluando sobre todo si es que se encuentra en alguna zona como en la cara, pulpejo de dedos de manos y pies, cabeza, cuello y genitales, de ser así será considerada como una exposición grave, igualmente si es múltiple, profunda o desgarrada. En nuestro caso, se presentó una herida única en muslo y además se sabe que el canino no ha presentado síntomas de rabia por lo que se le cataloga como exposición leve y no requerirá iniciar profilaxis antirrábica humana ni suero antirrábico, sin embargo se realizará el lavado de la herida por 10 minutos con agua y jabón o yodopovidona para poder reducir la carga viral y la posibilidad de contaminación bacteriana y además, se hará vigilancia al perro por 10 días más, en el caso que este muera, desaparezca o presente síntomas sospechosos de rabia se deberá iniciar el tratamiento profiláctico (4).

En el cuarto caso clínico, se expone una obstrucción intestinal. Esta patología se define como la detención ya sea total o parcial del tránsito intestinal, siendo el intestino delgado la localización con más frecuencia afectada, y dentro de esta puede ser funcional o mecánica (5). Con relación a las etiologías la más común son las causadas por bridas y adherencias, seguidas por las hernias y neoplasias (6). Las características clínicas van a depender del sitio y la etiología de la obstrucción. En la obstrucción del intestino delgado, la clínica característica aparece de forma aguda con dolor abdominal de inicio repentino que es tipo cólico, asociado a náuseas, vómitos y

distensión abdominal (7). Como se presenta en el caso clínico, presenta la clínica característica ya mencionada, por lo que se pidió exámenes auxiliares y entre ellos la radiografía de abdomen simple de pie y de decúbito, y efectivamente se evidenció signos claros de esta patología que son dilatación de asas con numerosos niveles hidroaéreos, ausencia de gas distal. En los datos de laboratorio se observa la leucocitosis con desviación hacia la izquierda pudiendo indicar la presencia de complicaciones intestinales. Por lo que, al adicionarle el antecedente de ser operada cuando era recién nacida nos hace sospechar claramente de que la obstrucción intestinal sea probablemente por bridas y adherencias. De manera que, al tener una sospecha alta y evidenciar que el dolor cada vez más empeoraba en la paciente se procedió a realizar una laparoscopia exploratoria más procedimientos según hallazgos. Y efectivamente, se corroboró el diagnóstico en el postoperatorio.

Rotación en Ginecología

En el caso de hiperplasia endometrial, es un espectro de variaciones morfológicas que pueden ser benignas hasta la transformación premaligna del tejido caracterizada por hiperplasia en las estructuras glandulares y estromales del endometrio (8).

fisiopatológicamente es explicada por una estimulación continua y prolongada de estrógenos sumada a la ausencia de la estimulación de los progestágenos. Dentro de las manifestaciones clínicas, la más importante es el sangrado uterino anormal, es característica la tipo menorrágica y en toda postmenopáusica se deberá realizar una ecografía vaginal para descartar esta entidad (9).

En nuestro caso, tenemos una paciente postmenopáusica presentando episodios de sangrado tipo menorragia, en la anamnesis encontramos que tiene obesidad, factor de riesgo para hiperplasia endometrial. niega uso de hormonas, método anticonceptivo, antecedentes de trastornos de coagulación, niega uso de medicamentos. En estas pacientes, siempre se usará el PALM COEIN como base para llegar al diagnóstico, sin embargo con una edad de 62 años, se podría pensar que los causantes del cuadro serían más probablemente: pólipos, hiperplasia endometrial o terapia de reemplazo hormonal. Se le solicitó una ecografía transvaginal para evaluar tanto cavidad uterina como grosor de endometrio, donde se encuentra un engrosamiento de 6.3mm, superior a 4-5mm que es el punto de corte. Recordemos

que, hiperplasia endometrial, es un diagnóstico histológico es por ello que se decide la toma de una biopsia donde los hallazgos nos muestran: hiperplasia simple sin atipia, cuya tasa de conversión a carcinoma es muy baja, sin embargo al tener el antecedente materno de cáncer de endometrio, al ya no tener posibilidad de concepción y por brindar tranquilidad a nuestra paciente, se decide por una histerectomía total + salpingooforectomía bilateral.

En el segundo caso clínico, estamos frente a una enfermedad pélvica inflamatoria. Se define como una infección de carácter agudo que involucra a las estructuras del tracto genital superior en las mujeres, entre los factores de riesgo tenemos múltiples parejas sexuales, pareja sexual con múltiples parejas sexuales, falta de uso de anticonceptivos de barrera. El diagnóstico y el tratamiento temprano son elementos clave en la prevención de secuelas a largo plazo, entre ellos tenemos la infertilidad, el embarazo ectópico (10). Entre los patógenos causantes tenemos a *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y los organismos gramnegativos y grampositivos que componen la flora cervical y vaginal, incluidos los organismos anaerobios (11). En el caso clínico tenemos a una paciente femenina con numerosos factores de riesgo; ser joven, con múltiples parejas sexuales y uso ocasional de anticonceptivos de barrera. Además, como clínica tenemos que presenta dolor tipo cólico de moderada intensidad en hemiabdomen inferior asociado a fiebre que remite con medicación, al examen físico dentro de lo más importante es que se evidenció dolor a la movilización de cérvix; al aplicar los criterios de Hager en esta paciente nos indica la presencia de 2 criterios mayores y 1 menor, siendo los 2 criterios mayores suficientes para diagnosticar una enfermedad inflamatoria pélvica. Adicionalmente, se solicitó examen de embarazo, el cual salió negativo; además de exámenes de laboratorio que evidencian leucocitosis leve con desviación a la izquierda, PCR elevado. Al evidenciar que no presenta factores para hospitalización como son: gestación, puerperio, masa pélvica, signo de rebote positivo; se procede a indicar esquema de tratamiento vía oral ambulatorio con ceftriaxona 250mg IM dosis única + doxiciclina 100 mg cada 12h vía oral y metronidazol 500mg cada 12h vía oral durante 14 días, y reevaluación en 72 horas para evidenciar mejoría, Por otro lado se brinda consejería sobre la patología, indicar tratamiento para los contactos sexuales, informar sobre el beneficio del uso de métodos anticonceptivos de barrera; y explicar signos de alarma que en caso se presenten acudir inmediatamente por emergencia.

En el tercer caso clínico, la mastitis puerperal, es la infección del parénquima glandular, tejido celular subcutáneo y/o de los vasos linfáticos mamarios (12), que es frecuentemente vista en el puerperio, existen circunstancias que generarán predisposición al inadecuado drenaje de leche y llevan a la producción de estasis, como la obstrucción de conductos, mala succión, y factores maternos como pezón fisurado, uso de extractores de leche, que en un embarazo previo hayan presentado mastitis (13). Dentro de la sintomatología encontrada, destaca el dolor mamario y signos de flogosis, también se asocia un cuadro sistémico (temperatura superior a 38 °C, dolores articulares, escalofríos, náuseas) (14).

En nuestro caso tenemos una puérpera primípara, con los síntomas ya mencionados, con signos vitales estables, afebril al momento de la atención, al examen físico no se observaron lesiones ni abscesos. se le solicitaron los exámenes correspondientes evidenciándose una infección (leucocitosis con desviación izquierda), la paciente al no tener signos de severidad ni complicaciones, se opta por un tratamiento ambulatorio, una de las clave del tratamiento de una mastitis son las recomendaciones generales: mantener la lactancia (la alimentación del pecho afectado no debería suspenderse nunca), adecuada nutrición, hidratación y reposo, el uso de un sujetador no apretado, enseñar las adecuadas técnicas de lactancia, sobretodo si nuestra paciente es madre por primera vez (14).

En cuanto al tratamiento farmacológico se le brindará un sintomático y su tratamiento antibiótico, en nuestro caso dicloxacilina de 500mg, pero también tenemos otras opciones como cefalexina, clindamicina, amoxicilina más ácido clavulánico (12).

En el cuarto caso clínico, tenemos a una gestante con diagnóstico de Cistitis aguda. Esta patología se define como una infección limitada a la vejiga que se asocia a la aparición repentina de síntomas urinarios como disuria, urgencia miccional y polaquiuria. Dentro de los organismo patógeno en la infección del tracto urinario más frecuente encontramos a la *Escherichia coli*, y los otros tenemos a *Klebsiella Pneumoniae*, *Enterobacter* (15). Se ha visto que en mujeres embarazadas estos patógenos son de la misma especie y tienen factores de virulencia similares a las no

gestantes (16). Sin embargo, hay factores que predisponen a una gestante a que progrese rápidamente a pielonefritis como son la relajación del músculo liso, presión sobre la vejiga y los uréteres por el agrandamiento del útero, dilatación ureteral, relajación del esfínter ureteral, entre otros. Para el diagnóstico, la cistitis aguda se confirma con el urocultivo, sin embargo, el tratamiento empírico se inicia en una paciente con síntomas urinarios y examen de orina alterado (17). En nuestro caso clínico tenemos a segundigesta de 17 6/7 semanas, es decir en el segundo trimestre de gestación, que acude a control prenatal refiriendo síntomas urinarios consistentes y examen de orina con leucocitos y nitritos positivo. Al realizar el examen físico no se encontraron hallazgos patológicos. Por lo que se inicia tratamiento ambulatorio con nitrofurantoina 100 mg vía oral cada 12 horas por 7 días, además de solicitar urocultivo antes del inicio del tratamiento. Se le brinda adicionalmente medidas para prevenir eventos próximos como son: evitar el estreñimiento, tener buena hidratación, evitar retención de orina, entre otros. Y citar a la paciente en su próximo control prenatal con los resultados del urocultivo, y en caso de presentar algún signo de alarma acudir por emergencia.

Rotación en Medicina Interna

En el primer caso clínico, tenemos a paciente con diagnóstico de pancreatitis aguda. Esta patología es definida como la inflamación aguda del páncreas, y esta debe sospecharse si presenta clínica de dolor abdominal superior agudo; sin embargo, necesita de evidencia bioquímica o radiológica para su diagnóstico. La clínica característica es dolor abdominal de inicio agudo persistente ubicado en el cuadrante superior derecho y en el epigastrio que en algunas ocasiones se irradia hacia la espalda, los hallazgos en el examen físico varían según la gravedad. En los exámenes de laboratorio, se evidencia elevaciones agudas de la amilasa y la lipasa séricas, la lipasa sérica tiene elevación más precoz y duración más larga en comparación con la amilasa. Por lo tanto, la lipasa sérica tiene una sensibilidad ligeramente mayor para esta patología. Para establecer el diagnóstico el diagnóstico se define por la presencia de dos de los siguientes: clínica característica, elevación de la lipasa o amilasa sérica tres veces su valor normal, o hallazgos característicos de pancreatitis aguda en imágenes (18). En el caso clínico tenemos a un paciente adulto con clínica

característica de esta patología y con exámenes de laboratorio que evidencian hiperamilasemia e hiperlipasemia en más de 3 veces su valor normal; por lo que se realiza el diagnóstico de pancreatitis aguda. La gravedad debe evaluarse mediante un examen clínico para así poder evaluar las pérdidas tempranas de líquidos, la insuficiencia orgánica; por lo que se aplica el score de Marshall que en nuestro paciente se evidencia puntuación mínima concluyendo con pancreatitis aguda leve. Se solicita ecografía abdominal, observando litiasis vesicular por lo que la probable causa podría ser biliar. Para el manejo se inicia con hidratación endovenosa debido a las pérdidas significativas del tercer espacio por acumulaciones inflamatorias; y manejo adecuado del dolor, usando opioides como fentanilo o meperidina. La monitorización debe ser constante en las primeras 24 a 48 horas. En este paciente se inició tolerancia oral a las 48 horas debido a que el dolor estaba disminuyendo y los marcadores inflamatorios estaban mejorando y posteriormente se dio de alta por el servicio, y derivado a cirugía general para tratamiento de litiasis vesicular.

En el caso clínico de urolitiasis, es la causa más frecuente de uropatía obstructiva en jóvenes, la formación de un lito, es un proceso complejo, se conoce que el fenómeno principal es el proceso de sobresaturación/cristalización, ya sea por falta de inhibidores de la precipitación de cristales, factores anatómicos, entre otros. 70-80% de los pacientes forman litos compuestos por oxalato de calcio, seguido de cálculos de ácido úrico, estruvita y cistina (19).

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son el dolor agudo en región lumbar, que puede irradiarse a flanco y genitales, frecuentemente se asocia a náuseas y vómitos, también podemos evidenciar hematuria macroscópica o en su defecto, encontrarla a la microscópica (20).

En el caso de nuestro paciente que venía con la clínica clásica de esta patología, se le solicitó examen completo de orina para descartar infecciones del tracto urinario y valorar el Ph. lo primero que se realizó fue el manejo sintomático endovenoso, siempre se prefiere el uso de AINES, en todo caso el dolor no calme, podríamos optar por opiáceos, también le agregamos el uso de un antiemético e hidratación. En cuanto a pruebas de imágenes, se podría usar una radiografía como examen inicial, sin embargo no siempre los cálculos son visibles, nosotros realizamos una ecografía y contrastando con los exámenes laboratoriales, se evidenció que no había daño de

parénquima renal, además nuestro hospital al contar con tomógrafo, se prefirió realizar un urotem ya que es un examen completo, pues nos brindará localización exacta, densidad del cálculo y tamaño.

Los cálculos menores de 5 mm tienen alta posibilidad de eliminarse espontáneamente, sin embargo cuando ya supera la medida del diámetro del uréter, resulta más difícil, acá es cuando se debe solicitar apoyo por parte del equipo de urología para que evalúen las diversas opciones como litotripsia, ureteroscopia o nefrolitotomía percutánea. en el urotem de nuestro paciente se observó un cálculo de 18mm en pelvis renal, el cual tenía que ser intervenido quirúrgicamente muy probablemente mediante la técnica de litotripsia es por eso que se interconsultó con urología y se dejó el paciente a su cargo, para que posterior a cirugía se busque la etiología del cálculo y la enfermedad base que lo pueda estar originando.

En el tercer caso clínico, tenemos a paciente con diagnóstico de celulitis glútea. Esta entidad se evidencia como un área de eritema, edema y calor en la piel denominado signos de flogosis; desarrollado como resultado de la entrada de microorganismos a través de la barrera de la piel, afectando a la dermis profunda y tejido celular subcutáneo (21). Los agentes etiológicos más frecuentes son *S. pyogenes* y el *S. aureus*. En los exámenes de laboratorio, estos son inespecíficos, pudiendo presentar leucocitos y marcadores inflamatorios elevados. Para el diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas ya mencionadas; además, se necesitan pruebas auxiliares de laboratorio solo en pacientes con comorbilidades o complicaciones (22). En el presente caso, tenemos a un paciente que posterior a la colocación de inyección intramuscular, siendo este el factor predisponente debido a que pudo haber una mala antisepsia al momento de la aplicación, presenta inicialmente eritema con calor en la zona asociado a dolor que nos traduce signos de flogosis. Acudió a centro particular donde diagnostican celulitis y dan tratamiento vía oral ; sin embargo, refiere que al pasar los días nota que la lesión empeora y que se adiciona fiebre, indica además que ha incumplido en algunas tomas del tratamiento. Por lo que, en este caso se podría sospechar que haya resistencia al antibiótico estando frente a una celulitis que es por *S. aureus* meticilino resistente (MRSA); por lo que la indicación en este caso es hospitalizar al paciente e iniciar antibioticoterapia via endovenosa con vancomicina 30 mg/kg/día cada 12h por 5-7 días, adicionandole analgesia y antipiréticos (23).

Evaluando mejoría sintomática dentro de las 24 a 48 horas posteriores al inicio de la terapia antimicrobiana.

En el 4to caso clínico, tenemos un lumbago con ciática. El término lumbalgia es descrito como un dolor que puede encontrarse desde el borde inferior costal y el pliegue glúteo; el término ciática es aplicable si este dolor se refiere al miembro inferior ipsilateral ya sea por afectación de una parte o total del territorio de inervación sensitiva del nervio ciático. Este diagnóstico es considerado sindrómico ya que puede relacionarse con modificaciones estructurales como espondilolistesis, patologías discales, estenosis del canal vertebral lumbar, espondiloartrosis e incluso, patologías sistémicas (24).

En la clínica típicamente se ve lo observado en nuestra paciente, dolor lumbar de aparición brusca irradiado hacia el miembro inferior del mismo lado, tomando el recorrido del nervio ciático, dificultad para la bipedestación e incluso para permanecer sentado. además de la sensación de corriente eléctrica descrita por estos pacientes, parestesias y hormigueos. el examen físico es de suma importancia, pues valoraremos varios signo como la seque

El manejo en estos casos inicia con calmar los síntomas, en nuestro caso se le colocó analgesia y relajante muscular vía intramuscular. Posteriormente, se evaluará la causa de la lumbociática, que como ya fue descrito en párrafos anteriores, pueden ser múltiples. razón por la cual se le solicitó una radiografía de región lumbosacra donde se evidencia una listesis L4-L5, gracias al equipo que cuenta nuestro hospital, se pudo realizar una resonancia magnética para descartar posibilidad de hernia de núcleo pulposo, ya que es la principal causa hasta en un 90% de estos casos (25), de acá el tratamiento al ser más específico, se solicita apoyo del servicio de neurocirugía, para evaluar posibilidad de descompresión.

Rotación en Pediatría

En el primer caso clínico, definimos como bronquiolitis al “primer episodio de tos persistente, sibilancias y/o estertores en niños menores de 2 años de edad, precedidos de síntomas respiratorios altos de 3 a 5 días de duración”. Es posible observar, en algunos casos, signos de esfuerzo respiratorio como aleteo nasal, taquipnea y retracciones. Etiológicamente, se sabe que el agente más frecuentemente

hallado es el Virus sincitial respiratorio en un 70% de los casos, seguido por el rinovirus, virus parainfluenza, entre otros. La transmisión de este virus es por contacto directo con las secreciones respiratorias de una persona infectada o por contacto de material infectado con secreciones respiratorias, en cuanto a la fisiopatología, este agente produce daño epitelial de las vías respiratorias, edema y secreción de moco, generando obstrucción de la vía aérea, atelectasias y por tanto, altera la relación ventilación – perfusión (26).

El diagnóstico de esta entidad es clínico, basado en la anamnesis, en el cual se buscará información como antecedente de prematuridad, peso al nacer, comorbilidades, ausencia de lactancia materna, así como signos indicadores de gravedad como rechazo a la lactancia, letargia, apnea y en la exploración física, considerar el estado general, frecuencia respiratoria, los ruidos auscultatorios y saturación de oxígeno (27).

En el caso planteado, tenemos a un lactante de 6 meses que presentó el típico cuadro catarral asociado a sibilantes y fiebre, sin embargo acude a la emergencia afebril, con la evaluación de sus funciones vitales e inspección física, se concluye que el pequeño se encuentra estable. el tratamiento de la bronquiolitis se basa fundamentalmente en medidas de soporte, no es necesario el uso de fármacos de forma rutinaria, tal como en el caso de nuestro paciente, al no tener criterios de gravedad ni criterios de hospitalización, se optará por tratamiento sintomático para la fiebre, se explican las medidas generales explicadas en el acrónimo FALTAN y signos de alarma a los padres.

En el caso clínico número dos, tenemos una de las patologías más frecuentes en la emergencia de pediatría que es la crisis asmática. El asma es una enfermedad crónica potencialmente grave, debido a la inflamación de las vías respiratorias; produciendo limitación en sus actividades y exacerbaciones; esta es una patología multifactorial, viéndose influenciada tanto por la genética como por la exposición ambiental (28). La crisis asmática son episodios agudos o subagudos de empeoramiento de la clínica respiratoria y función pulmonar en comparación con el estado basal del paciente. Para un manejo adecuado de una crisis primero debemos clasificarlo de acuerdo a la gravedad, por ello una adecuada historia clínica es primordial junto con un buen examen físico. La escala más usada es el Pulmonary Score que toma en cuenta la

frecuencia respiratoria, sibilancias, uso de musculatura accesoria (esternocleidomastoideo); con la puntuación se le clasifica en leve (0-3 puntos), moderada (4-6 puntos), severa (7-9 puntos). Adicionalmente, se les puede clasificar en función a la saturación de oxígeno. Ya con la clasificación se le brinda manejo oportuno (29). En este caso tenemos a un niño de 7 años, con antecedente de atopia por dermatitis atópica, además de tener hermano y padre asmático; que acude por presentar sibilancias, opresión de pecho y sensación de falta de aire; madre le administra salbutamol sin embargo esas dosis no son suficientes para la remisión. Al aplicar el Pulmonary Score, se concluye con un puntaje de 6 por tener: frecuencia respiratoria de 36 por minuto, uso de esternocleidomastoideo leve y sibilancias en toda la espiración; por lo que se clasifica como crisis asmática moderada. Para el manejo se inicia con Salbutamol 6 puff con aerocámara cada 20 minutos hasta 3 dosis, siendo un manejo adecuado porque al reevaluar al paciente se observa mejoría clínica. Al término, se le brinda las indicaciones a la madre de iniciar salbutamol con prednisona y reevaluación en 1 semana en consultorio externo de pediatría. Adicionalmente se explican signos de alarma.

En el tercer caso clínico, presenta un caso de craneofaringioma pediátrica. Esta entidad son tumores sólidos y/o quísticos poco frecuentes que se producen de los restos de la bolsa de Rathke a lo largo de una línea que va desde la nasofaringe hasta el diencéfalo (30). Con relación a la epidemiología estos tumores tiene incidencia similar en varones y mujeres; con presentación bimodal, con un primer pico en niños entre 5 y 14 años y un segundo pico en adultos entre 50 y 75 años (31). Estos tumores son de crecimiento lento y la clínica suele presentarse un año o más antes del diagnóstico. Presentan clínica variada, que depende de la localización y su relación con las estructuras adyacentes como son: síntomas visuales, alteraciones endocrinas, cefalea, náuseas, vómitos, entre otros. El diagnóstico presuntivo se realiza con imágenes como resonancia magnética o tomografía computarizada. El manejo es mediante un equipo multidisciplinario con experiencia (32). En el caso actual, se presenta a una niña de 5 años con tiempo de enfermedad de 2 meses, presentando vómitos, hiporexia, disminución de peso, que la madre atribuyó a algún problema psicológico debido que estos aparecieron posterior al nacimiento de su último hijo. En el examen físico se evidencia la notable pérdida de peso que tuvo que traduce desnutrición aguda, a nivel neurológico se le evidenciaba irritable, poco colaborador;

resto de sistemas sin alteraciones. Por lo que para más estudios se le hospitaliza. Sin embargo, al día siguiente cuadro clínico empeora con síntomas y signos sugestivos de hipertensión endocraneana, por lo que se solicita inmediatamente una tomografía Computarizada cerebral donde se evidenció tumoración en base de cráneo que condiciona hidrocefalia obstructiva. Y con todo ello se sospecha de craneofaringioma, se llama al neurocirujano de guardia quienes la preparan para sala de operaciones y realizan ventriculostomía de emergencia, con posterior referencia a clínica para tratamiento definitivo.

En el caso clínico número cuatro, nos encontramos ante una torsión testicular, cuadro que forma parte del grupo de síndrome escrotal agudo, caracterizado por aparición aguda de intenso dolor e inflamación escrotal, en el caso de una torsión, es producido por la rotación axial del cordón espermático sobre su propio eje, obstruyendo el flujo sanguíneo gonadal, ocasionando una isquemia progresiva de las estructuras intraescrotales (33).

El diagnóstico es principalmente clínico, sin embargo puede ser apoyado con ecografía si se encuentra disponible. En la clínica predominante observamos dolor testicular intenso y súbito, es posible que se irradie a hipogastrio, así como en algunos casos podremos evidenciar síntomas neurovegetativos como náuseas y vómitos. Al examen físico deberemos evaluar si hay ascenso testicular, horizontalización, eritema, aumento de volumen, sensibilidad a la palpación, reflejo cremastérico abolido y reflejo de Prehn negativo (disminución del dolor testicular al elevar el testículo) (33).

Es importante también valorar el tiempo transcurrido desde el inicio del cuadro, múltiples literaturas mencionan que la viabilidad del teste en una torsión testicular, si se le trató antes de las 6 h es próxima al 100%, entre las 6 y las 12 h de un 70% aproximadamente.

En el caso de nuestro paciente, ya habían transcurrido más de 6 horas del inicio del cuadro, con los síntomas descritos y gracias al examen físico típico ya descrito, se pudo diferenciar de otros cuadros escrotales agudos, se le solicitó una ecografía doppler para apoyar el diagnóstico por disponibilidad de este examen en nuestro hospital. La indicación en estos casos es quirúrgica para intentar salvar el testículo.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

En la sanidad policial, el internado dió inicio el 1 de mayo del 2022, culminó el 28 de febrero del 2023; con una duración total de 10 meses. Antes de la pandemia, la duración era de 12; sin embargo, debido a este acontecimiento se han realizado numerosas modificaciones como el número de guardias a la semana, el horario, entre otros. Este año, al tener un tiempo de rotación más limitado, la iniciativa por parte del hospital fue permitirnos rotar de lunes a domingos, de 6:00 a. m. a 5:00 p. m., dependiendo del servicio, todo esto con fines de brindarnos más horas de aprendizaje y experiencia en el campo de la medicina.

En el hospital, el interno tiene diferentes funciones, se encarga del paciente en su totalidad como la evolución médica de todas las mañanas, efectivizar interconsultas rápidamente, recoger resultados de laboratorio, tomar muestras de sangre, realizar curaciones, estar vigilante en caso algún paciente presente alguna descompensación, entre otras y todo ello para mejorar su salud. En la rotación de emergencia, la función es realizar suturas, evaluar al paciente, determinar si necesita algún examen auxiliar y así que se llegue a efectivizar. En ocasiones, en las que no cuente con acompañante, nuestro deber es ayudar brindando facilidades y ayudando a la movilización del paciente o en realización de trámites; además, en las interconsultas de otras especialidades es una oportunidad de aprender mientras el especialista evalúa integralmente al paciente. En la rotación de cirugía general, se nos brindaba la posibilidad de ingresar a sala de operaciones, incluso en cirugías complejas, para poder observar y apoyar al cirujano principal.

CONCLUSIONES

El internado médico conforma la consolidación final de todos los conocimientos de ciencias básicas y clínicas del estudiante de Medicina Humana. Es el gran paso de transformación de estudiantes a médicos generales, que busca el aprendizaje y desarrollo de capacidades de confrontación y aplicación de conocimientos a la vida real, pues se deja de lado la lectura de casos clínicos, los exámenes con opciones múltiples o el uso de maquetas para trasladarnos a una realidad diferente, que es el tratar una vida humana que acude en busca de una atención integral y digna, sin embargo, gracias al apoyo constante de nuestros residentes y asistentes, este proceso de adaptación se nos facilita, pues no solo nos muestran el lado práctico sino que cultivan en nosotros la información teórica y búsqueda constante de esta.

No solo adquirimos conocimientos prácticos y teóricos, sino que también nos permitimos vivir experiencias sorprendentes, desde el traer una nueva vida al mundo, como también nos tocó tristemente despedirnos de una.

El entablar una conversación con los pacientes, la confianza que nos otorgan al momento de poner sus vidas en nuestras manos, los consejos que nos piden a los problemas que tienen en su vida personal, es una vivencia totalmente distinta, pues se necesita el desarrollo de habilidades blandas para su confrontación.

Finalmente, nos quedamos con esta gran experiencia que fue el internado, en el que no solo aprendimos que el organizarse y trabajar en equipo es clave para la obtención de buenos resultados, sino que también, en muchas oportunidades, tuvimos que dejar de lado las diferencias con nuestros colegas por el bien del paciente. Agradecemos la oportunidad de rotar en este gran hospital, a la universidad, a nuestros residentes y docentes, por lo enseñado y, sobre todo, a los pacientes que fueron un libro abierto de aprendizaje y dejaron una importante huella en nuestra carrera.

RECOMENDACIONES

Sería ideal que el internado dure 12 meses como antes, puesto que una mayor duración de las rotaciones permitiría convivir y adquirir más experiencia y conocimientos en las distintas especialidades.

Priorizar las rotaciones por Emergencia, ya que hay mayor flujo de pacientes y, por tanto, más probabilidades de revisar distintos casos y sus manejos.

Capacitaciones para todo el personal y pacientes sobre bioseguridad para evitar transmisión de enfermedades.

Mejorar la calidad de atención, estableciendo una buena comunicación y relación con el paciente para asegurar el cumplimiento de la terapéutica.

Abastecer al hospital con los medicamentos del petitorio, evitando gastos adicionales a la familia.

Inculcar valores éticos en el ambiente laboral del hospital, fomentando el respeto.

Brindar motivación a los internos de medicina, para que así mejoren su rendimiento día a día.

Brindar charlas sobre la importancia de la alimentación saludable en el personal asistencial, a pesar de los horarios que manejan.

Supervisión y correcto uso del equipo de protección personal, en el personal de salud y en los pacientes.

Brindar charlas para la prevención de trastornos de salud mental para personal de salud.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. 2022_MAGSS_19-2_05_T.pdf [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en:
https://repositorio.esan.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12640/3212/2022_MAGSS_19-2_05_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en:
https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=acute%20appendicitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H23
3. Br A, Fl K, Hk A. Antibiotics versus placebo for prevention of postoperative infection after appendectomy. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 20 de julio de 2005 [citado 31 de marzo de 2023];2005(3). Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16034862/>
4. 190520_RM_N_C2_B0_024-_2017-_minsa.PDF20180823-19572-1dwf91c.pdf [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en:
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/190962/190520_RM_N_C2_B0_024-_2017-_minsa.PDF20180823-19572-1dwf91c.PDF?v=1593813538
5. Drożdż W, Budzyński P. Change in mechanical bowel obstruction demographic and etiological patterns during the past century: observations from one health care institution. Arch Surg Chic Ill 1960. febrero de 2012;147(2):175-80.
6. Markogiannakis H, Messaris E, Dardamanis D, Pararas N, Tzertzemelis D, Giannopoulos P, et al. Acute mechanical bowel obstruction: clinical presentation, etiology, management and outcome. World J Gastroenterol. 21 de enero de 2007;13(3):432-7.
7. Liliana Bordeianou. Etiologies, clinical manifestations, and diagnosis of mechanical small bowel obstruction in adults - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/etiologies-clinical->

manifestations-and-diagnosis-of-mechanical-small-bowel-obstruction-in-adults?search=obstrucci%C3%B3n%20intestinal&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H413451751

8. Mario Arturo González Mariño. Comparación entre las clasificaciones de hiperplasia endometrial. Revisión sistemática y evaluación de calidad [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322021000400005
9. Restrepo NJ. INFORME DE FONDO (PUBLICACIÓN).
10. rm_263-2009_minsa.pdf [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969122/rm_263-2009_minsa.pdf
11. Harold C Wiesenfeld. Pelvic inflammatory disease: Treatment in adults and adolescents - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-treatment-in-adults-and-adolescents?search=pelvic%20inflammatory%20disease&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H16
12. Vásquez DCV. DR. JULIO OCTAVIO CHAVEZ PITA.
13. Bonilla Sepúlveda ÓA. Mastitis puerperal. Med UPB. 2019;38(2):140-6.
14. mastitis_puesta_al_dia.pdf [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/mastitis_puesta_al_dia.pdf
15. RD_350-2020-HCH-DG.pdf [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2021/RD/RD_350-2020-HCH-DG.pdf
16. Stenqvist K, Sandberg T, Lidin-Janson G, Orskov F, Orskov I, Svanborg-Edén C. Virulence factors of Escherichia coli in urinary isolates from pregnant women. J Infect Dis. diciembre de 1987;156(6):870-7.

17. Kalpana Gupta. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=Asymptomatic%20bacteriuria&usage_type=default&source=search_result&selectedTitle=2~59&display_rank=2#H249334770
18. Santhi Swaroop Vege. Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
19. Arrabal Martín M, Fernández Rodríguez A, Arrabal Polo MÁ, Ruíz García MJ, Zuluaga Gómez A. Estudio de factores físico-químicos en pacientes con litiasis renal. Arch Esp Urol Ed Impresa [Internet]. agosto de 2006 [citado 31 de marzo de 2023];59(6). Disponible en: <https://www.aeurologia.com/EN/10.4321/S0004-06142006000600004>
20. Sánchez A, Sarano D. NEFROLITIASIS. FISIOPATOLOGÍA, EVALUACIÓN METABÓLICA Y MANEJO TERAPÉUTICO. 2011;7.
21. Raff AB, Kroshinsky D. Cellulitis: A Review. JAMA. 19 de julio de 2016;316(3):325-37.
22. Denis Spelma. Cellulitis and skin abscess: Epidemiology, microbiology, clinical manifestations, and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-epidemiology-microbiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=celulitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H3993200902
23. NESTOR JULIAN RAMIREZ MEJÍA. GUÍA DE MANEJO DE INFECCIONES DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS.

24. Macías-Hernández SI, Cruz-Medina E, Chávez-Heres T, Hernández-Herrador A, Nava-Bringas T, Chávez-Arias D, et al. Diagnóstico estructural de las lumbalgias, pp 3-9 lumbociáticas y ciáticas en pacientes atendidos en el Servicio de Rehabilitación de Columna del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR). 2014;
25. 14_12_lumbago.pdf [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.basesmedicina.cl/reumatologia/14_12B_lumbago/14_12_lumbago.pdf
26. 4930.pdf [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4930.pdf>
27. 06_bronquiolitis_aguda_viral_0.pdf [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06_bronquiolitis_aguda_viral_0.pdf
28. GUIA_DE_PRACTICA_CLINICA_PARA_MANEJO_DE_EXACERBACIONES_DE_ASMA_Y_SIBILANCIAS_EN_PEDIATRIA_-_1.pdf [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/GUIA_DE_PRACTICA_CLINICA_PARA_MANEJO_DE_EXACERBACIONES_DE_ASMA_Y_SIBILANCIAS_EN_PEDIATRIA_-_1.pdf
29. M Asensi Monzó. Crisis de asma [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000300002
30. Petito CK, DeGirolami U, Earle KM. Craniopharyngiomas: a clinical and pathological review. *Cancer*. abril de 1976;37(4):1944-52.
31. Bunin GR, Surawicz TS, Witman PA, Preston-Martin S, Davis F, Bruner JM. The descriptive epidemiology of craniopharyngioma. *J Neurosurg*. octubre de 1998;89(4):547-51.

32. Griffith R Harsh. Craniopharyngioma - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/craniopharyngioma?search=craniopharyngioma&source=search_result&selectedTitle=1~51&usage_type=default&display_rank=1#H6
33. 4_TORSION TESTICULAR PEDIATRIA.pdf [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2016/vol13num4/pdf/4_TORSION%20TESTICULAR%20PEDIATRIA.pdf