



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL CENTRAL PNP LUIS N SAENZ ABRIL 2022-
FEBRERO 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

**LEONARDO SEBASTIAN ALVAREZ ANGELES
GRECIA NAOMI PEÑA FLORES**

ASESOR

JOSE CARLOS ROMERO SÁNCHEZ

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 PNP LUIS N SAENZ ABRIL 2022- FEBRERO
2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

**LEONARDO SEBASTIAN ALVAREZ ANGELES
GRECIA NAOMI PEÑA FLORES**

ASESOR

JOSE CARLOS ROMERO SÁNCHEZ

**LIMA - PERÚ
2023**

JURADO

Presidente: UGARTE REJAVINSKY KARIM ELIZABETH

Miembro: CYNTHIA LEGNA HUBY MUÑOZ

Miembro: MARIA ELENA CASTRO VALLEJO

DEDICATORIA

Dedicamos el presente trabajo a nuestra familia, por su apoyo incondicional brindado durante estos siete años de carrera, a nuestros docentes por compartir su sapiencia y experiencia, y a los que partieron antes de tiempo, pero nos acompañan en espíritu.

ÍNDICE

Contenido

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL.....	1
JURADO.....	2
DEDICATORIA.....	3
ÍNDICE.....	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	3
I.1 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA.....	3
Caso clínico N°1.....	3
Caso Clínico N°2:.....	4
Caso clínico N°3.....	5
Caso Clínico N°:4.....	6
I.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL.....	7
Caso clínico N°1.....	7
Caso clínico N°2:.....	8
Caso clínico N°3.....	9
Caso Clínico N°4:.....	10
I.3 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.....	12
Caso clínico N°1.....	12
Caso clínico N°2.....	13
Caso Clínico N°3.....	15
Caso Clínico N°4:.....	17
I.4. ROTACION DE MEDICINA INTERNA.....	18
Caso clínico N°1.....	18
Caso clínico N°2.....	19
Caso clínico N°3.....	21
Caso clínico N°4:.....	22
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA.....	22
Capítulo III. APLICACIÓN PROFESIONAL.....	25
III.1 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA.....	25
III.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL.....	28
III.3 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.....	31
III.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA.....	33
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.....	36
CONCLUSIONES.....	38
RECOMENDACIONES.....	38
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	40

RESUMEN

El presente trabajo de suficiencia profesional ilustrará la labor del interno de medicina humana que se realiza en nuestro país en el séptimo año del trayecto universitario, que es un equivalente a las prácticas preprofesionales en otras carreras.

El internado médico, es una etapa de constante práctica, desarrollo personal y profesional, en el cual los futuros médicos afianzan conocimientos adquiridos durante la formación académica y ponen en práctica para poder desempeñarse como médicos.

En el presente trabajo se redacta parte de las experiencias durante el internado en el Hospital Central PNP Luis N. Sáenz, y, así como una descripción de 8 casos clínicos en total divididos en las áreas de Pediatría, Cirugía, Gineco-obstetricia, Medicina interna. Posteriormente se hace una breve exposición del Hospital Central PNP Luis N Sáenz y se mencionan las labores que los internos realizan durante su horario laboral.

Finalmente se evidencia que el internado médico es una etapa esencial ya que no solo se basa en un ámbito teórico y clínico, sino que humaniza al futuro médico, desarrollo de valores afectivos como la empatía con los pacientes en la adquisición de mayor empatía y poder realizar un mejor desempeño laboral, también brinda capacidades de trabajo en equipo y liderazgo para su futuro profesional.

ABSTRACT

The present work of professional sufficiency will illustrate the work of the human medicine intern that is carried out in our country in the seventh year of the university course, which is equivalent to pre-professional practices in other careers.

The medical internship is a stage of constant practice, personal and professional development, in which future doctors consolidate knowledge acquired during academic training and put it into practice to be able to perform as doctors.

In the present work, part of the experiences during the internship at the PNP Luis N. Sáenz Central Hospital is written, as well as a description of 8 clinical cases in total divided into the areas of Pediatrics, Surgery, Gynecology-obstetrics, Internal Medicine. Subsequently, a brief presentation of the Central Hospital PNP Luis N Sáenz is made and the tasks that the inmates carry out during their working hours are mentioned.

Finally, it is evident that the medical internship is an essential stage since it is not only based on a theoretical and clinical field, but also humanizes the future doctor, development of affective values such as empathy with patients in the acquisition of greater empathy and being able to perform better job performance, it also provides teamwork and leadership skills for your professional future.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL CENTRAL PNP LUIS N
SAENZ ABRIL 2022- FEBRERO 2023**

AUTOR

**LEONARDO SEBASTIAN ALVAREZ ANGE
LES**

RECUENTO DE PALABRAS

12206 Words

RECUENTO DE CARACTERES

68989 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

50 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

98.3KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 15, 2023 12:53 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 15, 2023 12:54 PM GMT-5

● **16% de similitud general**

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

- 16% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossr

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Dr. JOSE CARLOS ROMERO SANCHEZ

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8697-8651>

INTRODUCCIÓN

El internado médico inició el 01 de mayo del 2022, en el Hospital Central Luis N Sáenz, considerado un hospital nivel III-1, localizado exactamente en la cuadra 26 de la avenida Brasil, en el distrito de Jesús María. Esta última etapa de formación profesional como futuros médicos, conocida como internado, es importante porque pone a prueba todas las enseñanzas teóricas adquiridas en los primeros seis años de la carrera, además de consolidar valores como empatía, respeto, humildad, prudencia, responsabilidad y calidez.

Durante estos 10 meses que duró el internado médico, se realizaron rotaciones en las 4 grandes especialidades básicas, que todo médico general debería conocer y manejar. Estas áreas son: Pediatría, Cirugía General, Gineco-Obstetricia y Medicina Interna.

En el área de Pediatría la cual fue nuestra primera rotación, evaluamos el crecimiento y desarrollo de los niños principalmente, así como también emergencias donde se diagnostica y trata de manera adecuada patologías como asma, convulsiones febriles, diarreas agudas infecciosas, neumonías y enfermedades exantemáticas. Por parte del servicio de Neonatología, se realiza paso a paso la atención inmediata del recién nacido, tamizaje neonatal, hacer que cumplan el plan de vacunación y conocer los signos de alarma del neonato. Las enfermedades más frecuentes son sepsis neonatal, traumatismo del parto, encefalopatía hipóxico-isquémica, síndromes de dificultad respiratoria, infecciones como sífilis, citomegalovirus y herpes, hipoglicemia neonatal y por último, enfermedades digestivas como enterocolitis necrotizante y atresia esofágica.

En la segunda rotación, en el área de Cirugía, se aprende a reconocer cuando un paciente necesita realmente un abordaje quirúrgico de emergencia como apendicitis aguda, obstrucción intestinal, hernia encarcelada, hemorroides trombosadas, colecistitis aguda, entre otras. Otra función es tener la oportunidad de asistir al médico especialista, ya sea como ayudante o instrumentista en la cirugía y reconocer los cuidados pre y post operatorio de cada paciente.

En la tercera rotación Ginecología y Obstetricia, se evalúa el control prenatal en las gestantes y de esta manera reconocer cual es un alto riesgo obstétrico y bajo riesgo obstétrico, en el área de emergencia se tratan las patologías como amenaza de aborto, preeclampsias, embarazo ectópico, placenta previa, corioamnionitis, ruptura prematura de membranas y distocias de la labor de parto, entre otras. Así como también se aprende pequeñas nociones de cómo el uso del ecógrafo en una ecografía transvaginal o una obstétrica. Por el área de Ginecología en los consultorios externos se aprende cómo examinar correctamente áreas anatómicas como la mama para de esa forma detectar de forma precoz un posible cáncer de mama, también se realizan PAP que en muchas ocasiones ayuda a detectar cáncer de cérvix en etapas tempranas y de esa forma dar un tratamiento oportuno, y tratar de forma adecuada patologías como vulvovaginitis, infecciones de transmisión sexual, distopías y enfermedad pélvica inflamatoria.

Finalmente, la última rotación culminó en el área de Medicina Interna, donde se enseñó que la función del interno es la evaluación clínica y atención médica integral, de las diferentes patologías que pueden afectar a la población en general, excluyendo las que necesiten manejo quirúrgico inmediato. Así como también plantear el diagnóstico precozmente y manejar adecuadamente el medio interno del paciente. Además, en el área de urgencia y emergencias del servicio de medicina interna las enfermedades más vistas fueron, cetoacidosis diabética, hemorragias digestivas, neumonías extra e intrahospitalarias, crisis hipertensivas, entre otras.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

A continuación, se presentan 16 casos clínicos que ayudan al aprendizaje y al manejo durante las 4 rotaciones, y forman parte de la experiencia vivida durante el internado en el Hospital Central Luis N Sáenz periodo mayo 2022- febrero 2023.

I.1 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

La primera rotación del internado dio inicio el 01 de mayo y culminó el 15 de julio del 2022.

Caso clínico N°1

Preescolar varón de 5 años acude a la emergencia con su madre, por presentar hace 2 días aproximadamente disuria de moderada intensidad acompañado de polaquiuria, niega otras molestias, motivo por el cual madre la automedica con crema tópica de clindamicina + clotrimazol, debido a la intensificación y persistencia de los síntomas es traída a la emergencia de pediatría del Hospital Luis N Sáenz.

Funciones Vitales:

Presión arterial: 120/60 mmHg, frecuencia cardiaca: 116 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno: 98%, Temperatura: 36.5C°

Al examen físico:

- Piel y faneras: tibia/ hidratada/ elástica, no cianosis, no ictericia, llenado capilar < 2 segundos
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos
- Tórax y pulmones: simétrico, murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no reacción peritoneal.
- Genito urinario: puño percusión lumbar NEGATIVO, punto reno ureteral doloroso en punto medio a la palpación profunda.

El diagnóstico presuntivo es:

- Infección del tracto urinario

Plan de trabajo:

- Se le solicita examen completo de orina, hemograma y urocultivo
- Reevaluación con resultados

Reevaluación:

Se obtiene los exámenes de laboratorio solicitados, los cuales registran los siguientes resultados:

- Examen de orina: Leucocitos: 507 /uL , nitritos: positivos
- Hemograma: leucocitos: $6.34 \times 10^3/uL$, plaquetas: $391 \times 10^3/uL$, Hb 11.6 g/dl

Motivo por el cual es hospitalizado para recibir tratamiento antibiótico endovenoso con Ceftriaxona 1gr cada 12 horas y metamizol 1gr PRN (condicional) fiebre.

Durante su hospitalización se obtiene los resultados del urocultivo en emergencia:

- Urocultivo para E. Coli que salió después de 5 días

Por lo cual se continúa el esquema planteado en su inicio para completar la terapia antibiótica.

Caso Clínico N°2:

Paciente varón de 5 años, es traído a la emergencia por su madre, debido a que presenta un tiempo de enfermedad de 3 días, caracterizado por aparición de lesiones en la mucosa oral, muy dolorosas que se exacerban al consumir sus alimentos, además presenta lesiones cutáneas pruriginosas en manos y pies, que se manifestaron el día de ayer. Todo esto acompañado de malestar general, astenia, hiporexia y picos febriles intermitentes hace 3 días.

Funciones vitales:

Frecuencia cardiaca: 76 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 17 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno: 97% Temperatura: 38 C°

Al examen físico: Adecuado regular estado general, adecuado regular estado de hidratación, mal estado de nutrición, Peso: 26 kg

- Piel y faneras: caliente, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, se visualiza lesiones ulcerativas que miden 3 a 5 milímetros en paladar y en dorso de la lengua, además de lesiones vesiculosas de pequeño tamaño en manos y pies, que no descaman
- Respiratorio: no tirajes, murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: no distendido, Ruidos hidroaéreos: +, blando, depresible, no doloroso a

la palpación profunda ni superficial, no reacción peritoneal

- Neurológico: Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Escala de glasgow: 15/15, no signos meníngeos

El diagnóstico presuntivo es:

- Enfermedad mano-pie-boca

Plan de trabajo:

1. Paracetamol 16 ml cada 8 horas por 5 días
2. Loratadina 7 ml cada 24 horas por 3 días
3. Gingisona en aerosol antes de las comidas por 5 días
4. Se recomienda dieta blanda y líquidos tibios

Caso clínico N°3

Paciente varón de 6 años, es conducido por madre a emergencia, la cual refiere que menor cursa con tiempo de enfermedad de dos días caracterizado por episodios de deposiciones líquidas en 10 oportunidades con moco y sangre, asociado a vómitos de contenido bilioso en 04 oportunidades, añade ardor al momento de miccionar.

Funciones vitales:

Frecuencia cardiaca: 79 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto Saturación de oxígeno: 97% Temperatura:37.8°C

Al examen físico: Peso: 24 kilogramos

- Piel y faneras: Tibia, poco hidratada, elasticidad conservada, llenado capilar menor 3".
- Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos aumentados en frecuencia e intensidad, blando, depresible, doloroso a la palpación.

Exámenes de laboratorio:

- Hemograma: Leucocitos: $5.1 \times 10^3/uL$, Hemoglobina: 12.3 g/dL
- Proteína C reactiva inflamatoria: 11.5 mg/dL
- Reacción inflamatoria en heces: Positivo, abundantes leucocitos por campo, abundantes hematíes por campo.

El diagnóstico presuntivo es:

1. Síndrome emético
2. Diarrea aguda infecciosa disintérica

Plan:

- Se hospitaliza
- Cloruro de sodio 0.9% 250 ml EV STAT
- Dextrosa 5% 1000 ml
- Cloruro de sodio 20% 20 ml
- Cloruro de potasio 14.9% 10 ml
- Ceftriaxona 1g: 10 ml EV c/12 horas Lento y diluido
- Ranitidina 50 mg: 1 ml EV c/8hrs Lento y Diluido
- Metamizol 1 gr: 1.4 ml EV lento y diluido
- Hioscina 20 mg: 0.5 ml EV PRN a dolor intenso
- Ketoprofeno 100mg: 2.4ml EV PRN a dolor abdominal intenso

Caso Clínico N°:4

Paciente de 12 años acompañado por madre, quien refiere que aproximadamente hace dos días paciente presenta mareos y vómitos, dolor de garganta y disminución de la audición por oído izquierdo, niega fiebre. Añade que hace 5 días acudieron a la piscina.

Al examen físico:

- Ectoscopia: Paciente quejumbroso, con facie dolorosa
- Orofaringe: levemente eritematosa y congestiva
- Oído izquierdo: Signo del trago positivo

El diagnóstico presuntivo es:

1. Otalgia
2. D/c otitis media aguda.

Plan:

- Se solicita IC con otorrinolaringología para otoscopia
- Metamizol 1 g: 1 AMP STAT

Otorrinolaringología responde:

Al examen físico: A la otoscopia se evidencia:

- Oído derecho: Sin alteraciones
- Oído izquierdo: Tímpano eritematoso, abombado, opaco, dolor a la movilidad y al introducir otoscopio.

El diagnóstico definitivo es:

- Otitis media aguda en oído izquierdo

Plan:

1. Amoxicilina 500 mg + ácido clavulánico 125 mg: 1 TAB VO c/8hrs por 10 días
2. Ibuprofeno 400mg: 1 TAB VO c/8hrs por 3 días

I.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

La rotación de cirugía general se inició el 16 de julio y culminó el 30 de septiembre se rotó tanto por hospitalización como por emergencia, se vieron casos de cirugía general y traumatología.

Caso clínico N°1

Paciente varón de 26 años procedente de Lima, sin antecedentes personales y quirúrgicos de importancia acude a la emergencia por un tiempo de enfermedad de aproximadamente 4 días caracterizado por dolor abdominal de moderada intensidad a predominio de epigastrio que con los días se va irradiando a fosa iliaca derecha, refiere además sensación de alza térmica e hiporexia, niega náuseas y vómitos. Hace 2 días antes de su ingreso se automedica con analgésicos como paracetamol e ibuprofeno que no ceden el dolor, debido a la persistencia de los síntomas acude a la emergencia de cirugía.

Funciones vitales:

Presión arterial: 120/60 mmHg, frecuencia cardiaca: 96 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno: 98%, Temperatura: 36.5C°

Examen físico:

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos
- Tórax y pulmones: simétrico, murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados
- Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos +, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda y superficial en fosa iliaca derecha, Mc Burney +, Rovsing +, Blumberg +.
- Genito urinario: puño percusión lumbar negativo, punto renoureteral negativo
- Sistema nervioso central: Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, Escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

El diagnóstico presuntivo es:

- Apendicitis aguda complicada. D/C plastrón apendicular.

Plan de trabajo:

- Apéndicectomía laparoscópica de emergencia
- Se solicita hemograma completo, grupo y factor, riesgo cardiológico, perfil de coagulación, glucosa, urea y creatinina, prueba COVID, consentimiento informado y examen de orina, todos los prequirúrgicos para entrar a SOP.

Hallazgos:

1. Apéndice cecal de 10 x 2 cm, descendente interna, plastronada por epiplón, íleon y colon sigmoides, apéndice necrosado en $\frac{2}{3}$ distales, subserosa en $\frac{1}{3}$ proximal de base friable.
2. Absceso periapendicular de 40 cc aprox.
3. Resto de órganos sin alteraciones

Al término de la cirugía, se le administró terapia antibiótica (ciprofloxacino + metronidazol), terapia analgésica y control de las funciones vitales. Paciente es dado de alta al 5° día sin complicaciones.

Caso clínico N°2:

Paciente masculino de 50 años procedente del distrito de Rímac, acude a la emergencia por un tiempo de enfermedad de 6 días, refiere sensación de masa semidura dolorosa y tumefacta de aproximadamente 4 x 4 cm en región perianal, que se exacerba al sentarse o al realizar sus deposiciones, acompañado de malestar general y fiebre de 38.5C°, motivo por el cual es traído a la emergencia.

Antecedentes personales:

- Diabetes mellitus tipo 2 hace 15 años
- Hipertensión arterial hace 5 años.

Antecedentes quirúrgicos: hernia umbilical hace 20 años

Funciones vitales: presión arterial: 140/60 mmHG, frecuencia cardíaca: 75 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 19 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno: 97%, Temperatura 36.5C°

Al examen físico: adecuado regular estado general, adecuado regular estado de hidratación, adecuado regular estado de nutrición

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos
- Tórax y pulmón: tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, regular intensidad, no soplos.
- Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos +, blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda
- Región perianal: se evidencia en cuadrante posterior izquierdo tumoración de aproximadamente 6 x 6 cm, con signos de flogosis. No se visualizan hemorroides internas ni externas.
- Neurológico: lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de glasgow 15/15, no signos meníngeos.

El diagnóstico presuntivo es:

- Absceso perianal

Plan de trabajo:

- Solicitar prequirúrgicos para entrar a sala de operaciones

Informe de Reporte Operatorio:

Operación realizada: Drenaje de absceso perianal.

Hallazgos: 1° Se evidencia tumoración en cara posterior del glúteo izquierdo, de 5 x 4 cm con signos de flogosis conteniendo secreción purulenta de aproximadamente 50 cc. 2° no se evidencian hemorroides trombosadas. 3° Anoscopia: heces líquidas en ampolla rectal, no se evidencian masas, ni tumoraciones, esfínter normotenso.

Caso clínico N°3

Paciente femenino de 65 años llega a emergencia conducida por esposo, refiriendo tiempo de enfermedad de aproximadamente 6 días presentando dolor abdominal en hipocondrio derecho, epigastrio, tipo cólico de moderada intensidad asociado a coluria, ictericia en escleras, náuseas que no terminan en vómitos y disminución de apetito.

Antecedentes personales: Niega

Antecedentes quirúrgicos: Niega

RAMS: Niega

Al examen físico:

- Piel y faneras: ictericia en escleras (+/+++),
- Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a palpación en hipocondrio derecho, Murphy (+).

Exámenes de laboratorio:

- Fosfatasa alcalina: 327 U/l Transaminasa glutámico oxalacética: 523 U/l
Transaminasa glutámico pirúvica: 698 U/l Bilirrubina total: 4.4 mg/dL Bilirrubina
directa : 3.2. mg/dL Bilirrubina indirecta: 1.2 mg/dL Lipasa: 138.7
Leucocitos:6.0x10e3/uL Urea: 1,7 mg/dL Creatinina: 0.39 mg/dL

Exámenes de imágenes:

- Ecografía: Vesícula biliar: pared 7mm, halo perivesicular, múltiples litos siendo el mayor de 17 mm y barro biliar, colédoco: 9mm,
- CRMN: Vesícula biliar: 116x38mm, con varios litos en su interior, el mayor de 28mm, lito en bacinete de 13 mm, colédoco de hasta 7 mm, sin litos en su interior.

El diagnóstico presuntivo es:

1. Síndrome icterico obstructivo
2. Síndrome doloroso abdominal: Colecistitis sub- aguda litiásica (K81.0)

Plan de trabajo:

- NPO
- Dextrosa 5%: 1000
- Cloruro de sodio 20%: 1amp
- Cloruro de potasio 20%: 1amp
- Cloruro de sodio al 9% 100 cc: 1 amp
- Ceftriaxona 1gr: 02 amp EV c/24 horas
- Ketoprofeno 100mg: 01 amp EV c/8hrs
- Hioscina 20 mg: 01 amp EV c/8hrs
- Tramadol 50mg + Dimenhidrinato 50 mg: 01 amp EV c/12hrs
- Omeprazol 40 mg: 01 amp EV c/24 horas
- CFV
- SOP de emergencia

Paciente ingresa a cirugía y se realiza colecistectomía laparoscópica

Hallazgos: Vesícula biliar de 12x6cm, de paredes gruesas con litos en su interior, bilis clara, conducto cístico dilatado en 15 mm, no se evidencia arteria cística.

Caso Clínico N°4:

Paciente varón de 75 años, conducido por su hijo acude a EMG presentando dolor abdominal de moderada intensidad 8/10 tipo cólico, asociado a malestar general, refiere

ausencia de deposiciones y flatos aproximadamente hace 7 días, añade que hace 01 día paciente presenta náuseas y vómitos de características fecaloides, asociado a astenia.

Antecedentes personales: Neoplasia maligna de colon abscedado

Antecedentes quirúrgicos: Hemicolectomía derecha por NM de colon derecho abscedado

RAMS: Niega

Al examen físico:

- Abdomen: Distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos, blando poco depresible, doloroso a la palpación a nivel de epigastrio y mesogastrio, reacción peritoneal +

Examen de laboratorio:

- Leucocitos: $16.0 \times 10^3/uL$ Plaquetas: $240 \times 10^3/uL$ Hemoglobina: 9.2 g/dL
Glucosa: 100 mg/dL Urea: 1 mg/dL Creatinina: 0.40 mg/dL

Examen de imágenes:

- Radiografía de abdomen de pie: Dilatación a nivel de asa delgada, signo pila de monedas: positivo.

El diagnóstico presuntivo es:

1. síndrome Obstrucción intestinal
2. D/c oclusión intestinal intermedia por bridas y adherencias

Plan:

1. NPO + Sonda nasogástrica
2. Dextrosa al 5%: 1000cc
3. Cloruro de sodio 20%: 1amP
4. Cloruro de potasio 20%: 1amp
5. Ceftriaxona 1g: 2 amp ev c/24 horas
6. Ketoprofeno 100 mg
7. Omeprazol 40 mg
8. SOP de EMG

Paciente ingresa a cirugía, donde se realiza laparoscopia exploratoria + liberación de adherencias + aspiración de secreciones + lavado de cavidad.

Hallazgos:

1. Múltiples adherencias firmes y laxas de asa delgada anexa a hipogastrio,
2. Líquido inflamatorio de aprox. 400cc en tres cuadrantes.

I.3 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

La rotación de ginecología y obstetricia se inició el 01 de octubre y culminó el 15 de diciembre del 2023.

Caso clínico N°1

Paciente mujer de 34 años, procedente del distrito de la Victoria, refiere un tiempo de enfermedad aproximado de 3 días caracterizado por dolor pélvico y lumbar tipo cólico de moderada intensidad acompañado de sangrado vaginal de escasa cantidad que se va incrementando, en un principio el sangrado era de color rojo oscuro que progreso a rojo vivo, niega otras molestias, motivo por el cual acude a la emergencia de gineco- obstetricia del Hospital Luis N Sáenz.

-Antecedentes gineco obstétricos:

Fórmula obstétrica: G3 P1011.

- G1 2017 CSTI por macrosomía fetal
- G2 2021 Legrado uterino por aborto incompleto,
- G3 actual, ooforectomía izquierda

-FUR: 15/09/2022, al momento sin ningún método anticonceptivo

Funciones vitales:

Presión arterial: 130/85 mmHG, frecuencia cardiaca:80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 17 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno: 97%, Temperatura:37 C°

Al examen físico:

- Abdomen: no distendido, RHA +, blando, depresible, leve dolor a la palpación profunda en hipogastrio, no reacción peritoneal
- Genitales externos: no lesiones, no sangrado
- Especuloscopia: cérvix epitelizado, sangrado vaginal oscuro en introito no activo, no flujo vaginal, cérvix posterior
- Tacto vaginal: sangrado en dedo de guante, no dolor a la movilización del cérvix

El diagnóstico presuntivo es:

1. Gestación inicial: d/c embarazo ectópico
2. Amenaza de aborto

Plan de trabajo:

Se solicita ecografía transvaginal, hemograma, glucosa, urea, creatinina, BHCG, perfil de

coagulación y examen de orina.

Reevaluación:

-Informe de Ecografía Transvaginal: útero RVF de 66.6 x 32.5 x 55.2 mm, endometrio 6.08 mm, se evidencia imagen compatible con saco gestacional de 9.26 x 3.4 x 1.53 mm en cicatriz uterina, con embrión y latidos cardiacos presentes débil no cuantificable. Ovario derecho: 18.3 X 17.5 X 10.9 mm, ovario izquierdo: ausente por antecedente quirúrgico. Conclusión: embarazo ectópico en cicatriz uterina.

Es hospitalizada para manejo y control del embarazo:

-Se administra esquema de múltiples dosis: Metotrexato 1mg/kg vía IM días 1°,3°,5° y 7° alternados con ácido fólico 50 mg IM, más medición de beta HCG cada 48 h. Control de gonadotropina coriónica fracción beta (HCG- beta): 17/10/22: 284.6 mIU/ml, 18/10/22: 637 mIU/ml, 20/10/22: 1588.8 mIU/ml, 22/10/22: 2812.7 mIU/ml. Cumplido su tratamiento en el esquema de múltiples dosis con metotrexato y realizar una ecografía transvaginal y no haber reducción del saco gestacional, se optó por la cirugía.

Operación: Legrado uterino + extracción de embarazo ectópico de cicatriz uterina + taponamiento Endo uretral y endocervical.

Hallazgos:

1. útero RVF 65 x 72 x 79 mm lateralizado a la derecha, histerometría indirecta de 78 mm
2. Se obtiene saco gestacional de 10 mm.

Caso clínico N°2

Paciente mujer de 28 años, procedente del distrito de Breña, refiere un tiempo de enfermedad aproximadamente de 3 horas caracterizado por presentar sangrado vaginal escaso de aspecto color rojo oscuro, acompañado de dolor en hipogastrio de leve intensidad que al pasar las horas incrementa, motivo por el cual acude a emergencia de gineco-obstetricia, niega fiebre, niega otros síntomas.

Antecedentes gineco-obstétricos:

- Menarquia: 15 años
- Régimen catamenial: 6/ irregular
- Inicio de relaciones sexuales: 21 años
- Número de parejas sexuales: 1
- Última relación sexual: hace 7 días

- MAC: preservativo, PAP: 2021 negativo
- Fecha de última regla: 24/01/23
- Fecha probable de parto: 31/10/23
- Fórmula obstétrica: G1 P0

Antecedentes personales: niega

Al examen físico:

- Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos, blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda.
- Genitales externos: no lesiones, se evidencian rastros de sangrado.
- Especuloscopia: cérvix epitelizado, manchas de sangrado en canal vaginal, no sangrado activo.
- Tacto vaginal: cérvix posterior, cerrado, manchas de sangrado en dedo de guante
-

El diagnóstico presuntivo es:

1. Gestación inicial 9.1 ss. x DMSG
2. Amenaza de aborto

Plan de trabajo:

- Se solicita Hemograma completo, perfil de coagulación, beta HCG y examen de orina
- Se solicita ecografía transvaginal

Reevaluación:

- Hemograma: Hemoglobina: 13.9 g/dl , leucocitos: $8.31 \times 10^3/\mu\text{L}$, plaquetas: $411 \times 10^3/\mu\text{L}$
- Perfil de coagulación: Tiempo parcial de tromboplastina: 33.6 seg, INR: 1, Tiempo de trombina: 15.9 seg.
- Beta HCG: 2510.7 mIU/mL
- Examen de orina: leucocitos 5/ μl , nitritos negativo
- Informe de ecografía: útero anteverso flexo, cavidad endometrial ocupada por saco gestacional, con reacción trofoblástica presente, dentro del cual se observa un esbozo embrionario sin actividad cardíaca, medidas del saco 12.9 x 6.9 x 12.4 mm.
Conclusión: gestación única activa de 5 semanas 1 día +- 4 días por DMSG, amenaza de aborto

Tratamiento:

- Se hospitaliza para monitoreo y control de la gestación
- Progesterona 200 mg cada 12 horas V.O por 2 días
- Hioscina 20 mg PRN dolor intenso
- Ácido fólico 0.5 mg cada 24 horas V.O

Caso Clínico N°3

Paciente acude refiriendo presentar contracciones uterinas cada 10-5 minutos, parestesias en manos, percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido, niega signos de irritación cortical.

Funciones vitales:

Presión arterial: 153/90 mmHg, Frecuencia cardiaca: 80 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto, Temperatura: 36.5 grados Celsius, Saturación de oxígeno: 98%, Peso: 87.5 kilogramos, Talla: 1 metro 65 centímetros, Índice de masa corporal: 32.1

Antecedentes gineco obstétricos:

- Menarquia: 15 años,
- Régimen catamenial: 7- regular
- Inicio de relaciones sexuales: 25 años
- Número de parejas sexuales: 02
- Última relación sexual: hace 15 días
- Papanicolau: 2018, Métodos anticonceptivos: niega.
- Fecha de última regla: 27/04/2022 por Ecografía de primer trimestre
- Fecha probable de parto: 03/12/2023
- Fórmula obstétrica: G7P2042

Antecedentes personales:

- Enfermedades: Niega
- Quirúrgicos: Cesárea, Laparotomía exploratorio por embarazo ectópico
- RAMS: Niega

Al examen físico:

- Abdomen: Grávido, Altura uterina: 30cm, Situación/presentación/ posición: Longitudinal/ cefálico/ izquierdo, latidos cardíacos fetales: 150 latidos por minuto, Dinámica uterina: 1/10/++/20

- Genitales externos: No lesiones, no sangrado
- Especuloscopia: Cérvix epitelizado, no sangrado en canal vaginal, no pérdida de líquido a Valsalva.
- Tacto vaginal: Cérvix posterior

El diagnóstico presuntivo es:

1. Gran Multigesta 33 3/7 semanas x Ecografía Primer Trimestre
2. Alto riesgo obstétrico: Edad materna avanzada + Cesárea anterior 1vez + Periodo intergenésico largo
3. Abortadora recurrente
4. Trastorno hipertensivo: Hipertensión arterial gestacional o preeclampsia
5. D/c diabetes gestacional

Plan:

- se solicita exámenes de laboratorio: set de preeclampsia
- se solicita test no estresante
- NPO
- Cloruro de sodio 0.9% 1000cc
- Nifedipino 10 mg PRN a presión arterial mayor o igual a 160/110

Posteriormente se recibe resultados de laboratorio y test no estresante:

Laboratorio:

Hemograma: Leucocitos: $10.3 \times 10^3/uL$ Hemoglobina: 12.3 g/dL Plaquetas: $291 \times 10^3/uL$
 Glucosa: 99 mg/dL Urea: 17.1 mg/dL Creatinina: 0.52 mg/dL Bilirrubina total: 0.4 mg/dL
 Bilirrubina directa: 0.1 mg/dL Bilirrubina indirecta: 0.3 mg/dL Transaminasa glutámico oxalacética: 15 U/L Transaminasa glutámico pirúvico: 19 U/L DHL: 153 U/L

Test No estresante: Test de Fisher 8/10, Dinámica uterina: ausente

De acuerdo con estos resultados se decide la hospitalización de la paciente, en piso se solicita eco Doppler, proteinuria de 24 horas.

Plan:

- Dieta completa hipoglucida, baja en carbohidratos y líquidos a voluntad.
- Cloruro de sodio 0.9% 1000cc
- Metildopa 250 mg: 1 TAB VO c/8hrs
- Nifedipino 10 mg: 1 TAB PRN a PA mayor/igual a 160/110 mmHg
- CFV + OSA

Durante hospitalización, DIA 3, la paciente refiere contracciones de moderada intensidad, percibe movimientos fetales, se le realiza Test no estresante (NST): 10/10, se inicia maduración pulmonar con betametasona 4 mg: 3 amp c/24h IM.

DIA 4, paciente refiere nuevamente contracciones uterinas de moderada intensidad, percibe movimientos fetales, NST 8/10, se inicia Tocolisis de ataque, Nifedipino 10 mg: 2 TAB c/20 min x 3 dosis. A pesar de tocolisis paciente persiste con contracciones uterinas de moderada intensidad por lo cual se inicia neuroprotección, sulfato de magnesio. Durante la guardia nocturna el paciente refiere contracciones esporádicas, percibe movimientos fetales, niega sangrado, niega pérdida de líquido.

DIA 5, paciente refiere contracciones leves, dolor de cabeza intermitente en hemisferio izquierdo, niega náuseas, niega vómitos, continúa tocolisis EV. A la reevaluación paciente refiere cefalea holocraneal tipo opresivo de intensidad 7/10, refiere leve náuseas, ni vómitos, niega escotomas, no tinnitus, percibe movimientos fetales. Al tacto vaginal: Orificio cervical interno entreabierto, cervix blando centralizado.

Plan: Culminar gestación: Cesárea.

Caso Clínico N°4:

Paciente de 25 años acude a consultorio por presentar aproximadamente hace 7 días, flujo vaginal caracterizado por ser blanquecino, grumoso, que se acompaña de prurito en zona genital, no maloliente. Añade que hace 10 días acudió a playa y estuvo con ropa de baño húmeda durante todo el día.

Antecedentes personales: Niega

Antecedentes quirúrgicos: Apendicectomía laparoscópica

RAMS: Niega

Antecedentes gineco- obstétricos:

- Fecha de última regla: 01/11/22
- Inicio de relaciones sexuales: 18 años
- Fórmula obstétrica: G0P0000
- Papanicolau: 21 años: negativo
- Métodos anticonceptivos: Barrera

Presión arterial: 90/60 mmHg, Frecuencia cardiaca: 65 latidos por minuto, Frecuencias

respiratoria: 18 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno: 98%,
Temperatura:36.4°C

Al examen físico:

Genitales externos: Labios mayores eritematosos y edematosos, restos de flujo grumoso
Especuloscopia: Canal vaginal eritematoso con adherencias blanquecinas y cérvix eritematoso.

Tacto vaginal: Cuello posterior de consistencia blanda de 1 cm, leve dolor a la movilización del cérvix

El diagnóstico presuntivo es:

1. Vulvovaginitis

Plan:

- Metronidazol 500 mg: 4 TAB juntas dosis única
- Clotrimazol 100 mg: 1 óvulo intravaginal por 1 noche
- No relaciones sexuales hasta culminar tratamiento
- Reevaluación al culminar tratamiento

1.4. ROTACION DE MEDICINA INTERNA

La rotación de medicina interna se inició el 16 de diciembre y culminó el 28 de febrero del 2023.

Caso clínico N°1

Paciente mujer de 46 años, natural de Lima llegó a la emergencia presentando 2 días antes náuseas, vómitos, disuria, tenesmo vesical, malestar general y fiebre de 39 C°, por lo cual la paciente tomó paracetamol sin disminución de la temperatura, 1 día antes del ingreso se agrega dolor lumbar de moderada intensidad a predominio derecho. Debido a la persistencia de los síntomas y continuar con la fiebre es traída a la emergencia del hospital.

Antecedentes personales: niega

Funciones vitales:

Presión arterial: 100/60 mmHG, frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto, frecuencia cardiaca: 92 latidos por minuto, Saturación de oxígeno: 98% Temperatura: 39 C°

Al examen físico:

- Cardiología: ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos

agregados

- Abdomen: no distendido, blando, depresible, leve dolor a la palpación profunda en hipogastrio, no reacción peritoneal
- Genito urinario: PPL +, PRU media e inferior
- Sistema nervioso central: lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

El diagnóstico presuntivo es:

1. Infección del tracto urinario
2. d/c Pielonefritis.

Plan de trabajo:

Se solicita hemograma, glucosa, urea, creatinina, examen completo de orina, proteína C reactiva, y urocultivo. Además de ecografía vesico-renal.

Terapéutica: se le pone una vía salinizada, hidratación con cloruro de sodio, omeprazol y metamizol, se decide no iniciar tratamiento antibiótico hasta ser reevaluada con resultados de laboratorio.

Reevaluación:

- Examen de orina: leucocitos 1502 /ul, nitritos positivo
- Hemograma completo: (leucocitos: $11 \times 10^3/uL$, plaquetas: $281 \times 10^3/uL$, Hemoglobina: 11.5 g/dL) Proteína C reactiva: 6.7 mg/dL, glucosa: 95 mg/dl, creatinina 0.85 mg/dl, urea 23.5 mg/dl
- Ecografía vesico- renal donde se evidencia una litiasis renal bilateral con leve hidronefrosis derecha.

Por lo que inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona 2 gr EV cada 24 h, omeprazol 40 mg cada 24h, metamizol 1 gr + cloruro de sodio 100 ml cada 8h, dimenhidrinato 50 mg PRN náuseas y tramadol 50 mg PRN dolor intenso

Caso clínico N°2

Paciente varón de 41 años, procedente del distrito de Santa Anita, acude a la emergencia con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 4 días caracterizado por malestar general, tos productiva de aspecto gris oscuro, disnea leve y fiebre de 38 C° , motivo por el cual se automedica con paracetamol 2 tabletas 500mg, disminuyendo por momentos, refiere náuseas que no llegan a los vómitos. Niega otras molestias.

Antecedentes personales: hipertenso hace 5 años, RAMS (niega)

Antecedentes quirúrgicos: Apendicectomía laparoscópica hace 20 años y Colectomía laparoscópica hace 2 años.

Funciones vitales: Presión arterial: 130/70 mmHG, frecuencia cardíaca: 75 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno: 96%, Temperatura: 37.5 C°

Al examen físico:

- Piel y faneras: caliente/ hidratado/ elástico, llenado capilar menor a dos segundos
- Tórax y pulmón: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa disminuido en hemitórax izquierdo a nivel de bases se ausculta crépitos en ambas bases pulmonares.
- Cardiovascular: No ingurgitación yugular, ruidos cardiacos rítmicos, regular intensidad, no soplos
- Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos +, blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda ni superficial
- Sistema nervioso central: lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos

El diagnóstico presuntivo es:

1. Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en el adulto

Plan de trabajo:

Se solicita hemograma completo, radiografía de tórax PA y PCR.

Reevaluación:

- Radiografía de tórax: se identifica patrón de condensación en base de hemitórax izquierdo y lóbulo medio derecho.
- Hemograma: Hemoglobina: 13.5 g/dl, plaquetas: $400 \times 10^3/uL$, leucocitos $12.5 \times 10^3/uL$
- Proteína C reactiva: 3.0 mg/dL

Tratamiento:

- Amoxicilina 1gr vía oral cada 8 horas x 10 días.
- Paracetamol 500 mg vía oral, 2 tabletas cada 8 horas por 3 días.
- N- Acetilcisteína de 600 mg por 3 días vía oral
- Se recomienda ingerir líquidos tibios a demanda.

Caso clínico N°3

Paciente varón de 58 años, acude a emergencia con tiempo de enfermedad de 5 días caracterizado por presentar incremento de volumen en miembro inferior derecho de 10 x 10 cm, calor en la zona, rubor, niega fiebre, niega dolor a la deambulacion. Paciente refiere automedicación con cefalexina 500 mg y paracetamol, al no haber mejoría se coloca sábila, lo que agrega al cuadro lesiones ampollosas con secreción.

Antecedentes personales: Hipertensión Arterial

Funciones vitales:

Presión arterial: 134/80 mmHg, Frecuencia cardiaca: 74 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria : 18 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno: 98% y Temperatura:36.5°C

Al examen físico:

- Miembros inferiores: Lesión eritematosa de aproximadamente 8 x 5 cm en región tibial anterior de miembro inferior derecho con ampollas, son signos de flogosis, no doloroso.

Exámenes de laboratorio:

- Hemograma: Leucocitos: 21.27 x10e3/uL , Hemoglobina: 12.3 g/dL, Plaquetas: 317x10e3/uL , Neutrófilos: 19.29x10e3/uL , Linfocitos: 1.85x10e3/uL , Velocidad de sedimentación: 32 mm/h , Proteína C reactiva inflamatoria: 4.4 mg/dL Glucosa: 260 mg/dl, Urea: 59.9 mg/dL, Creatinina: 0.81 mg/dl

El diagnóstico presuntivo es:

- Celulitis en miembro inferior derecho

Plan:

- Se hospitaliza
- Dieta hiposódica
- Oxacilina 1g: 2 AMP EV c/4hrs
- Clindamicina 600 mg EV c/8hrs
- Metamizol 1 g: 01 g EV PRN a dolor intenso o fiebre
- Omeprazol 40 mg: 01 AMP c/24hrs
- Enoxaparina 60 mg SC c/24hrs
- Enalapril 20 mg VO c/12 horas

- Amlodipino 5mg VO c/24 horas

Caso clínico N°4:

Paciente varón de 55 años, acude a emergencia por presentar dolor lumbar de gran intensidad 9/10, tipo punzante, inhabilitante, que dificulta la deambulaci3n, refiere que dolor se extiende hacia miembro inferior derecho asociado a parestesia. Añade que dicho dolor lo tiene aproximadamente hace 2 años, y que se dedica a la construcci3n. Niega náuseas, niega v3mitos, niega fiebre.

Antecedentes personales: Niega

Antecedentes quir3rgicos: Niega

RAMS: Niega

Funciones vitales:

Presi3n arterial: 115/80 mmHg, Frecuencia cardiaca: 67 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, Saturaci3n: 98% y Temperatura: 36.8°C

Al examen f3sico:

- Genito urinario: Puño percusi3n lumbar: Negativo, Puntos reno ureterales: Negativo
- Miembros inferiores: miembro inferior derecho: Dolor a la digito presi3n en glúteo derecho a nivel zona media. Signo de Lasegue: Positivo, Signo de Bragard: Positivo

Se plantea el diagn3stico:

- Lumbalgia y ciatalgia de miembro inferior derecho

Tratamiento:

- Diclofenaco 75 mg: 1 amp IM x 3 d3as
- Orfenadrina 60 mg: 1 amp IM x 3 d3as
- Paracetamol 500 mg: 1 TAB VO c/8 horas x 3 d3as
- Orfenadrina 100 mg: 1 TAB VO c/24 horas por 3 d3as (noches)
- Se deja recurrencia a neurolog3a para evaluaci3n del dolor

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital de la Polic3a Nacional Luis N. Sáenz; est3 situado en la ciudad de Lima, exactamente en Av. Brasil 26, Jes3s Mar3a. Se encuentra ubicado en una zona estrat3gica debido a que tiene facilidades de acceso. Desarrolla su actividad dentro de la jurisdicci3n

asignada por la Dirección Ejecutiva de Sanidad de la Policía Nacional del Perú (DIREJESAN-PNP) como Hospital nivel III-1 y cuenta con una cobertura poblacional mayor a 100,000 habitantes, cuya población de objetivo conforman policías, hijos de policías, padres de policías, y conyugue o conviviente.

En sus servicios se encuentra medicina general, traumatología, ginecología y obstetricia, pediatría, cirugía, neurología, oftalmología, oncología, endocrinología, cardiología, entre otros; equipos de alta tecnología en cuidado intensivos y medicina crítica. Dentro de sus instalaciones se cuenta con área de emergencia, sala de procedimiento quirúrgico mayor y menor, área de recuperación quirúrgica, sala de partos, área de hospitalización, y en la actualidad se utilizan las instalaciones del nuevo hospital central para los servicios de consultorio, centro de imágenes y helipuerto.

Constituye un centro de referencia y contrarreferencia de niveles inferiores II (como el Hospital B Leguía y Hospital Geriátrico “San José”), y los hospitales del interior del país (Hospital de PNP sede Chiclayo y Sede Arequipa). Tiene como objetivo promover el desarrollo del personal policial, a través de la prevención, promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, en el pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona.

En el servicio de Pediatría, el cual se dividía en Neonatología, emergencia, cirugía pediátrica, hospitalización y consultorios externos. En hospitalización había un aproximado de 15 camas a cargo de 4 médicos, 1 residente y 3 internos, estos últimos se encargaban de tomar las funciones vitales y evolucionar diariamente, efectivizar y acompañar al paciente a procedimientos de imágenes, interconsultas a las diferentes especialidades, hasta en algunas ocasiones agilizar resultados de laboratorio, en los casos quirúrgicos preparar todos los pre quirúrgicos tanto en cirugías programadas como las de emergencia. Además de ello, se tiene programado solo guardias diurnas en el servicio de emergencia pediátrica de 12 horas unas 3 veces a la semana, donde se está acompañado de 1 asistente, 2 residentes y 2 internos de medicina, se realizaba el triángulo de evaluación pediátrica (aspecto, respiración y circulación) , motivo de la emergencia, manejo y tratamiento oportuno del paciente y en caso existía criterios de hospitalización, el paciente era llevado a piso para ampliar estudios ya sean imágenes o exámenes de laboratorio, y completar el respectivo tratamiento para poder ser dado de alta.

La rotación de ginecología y obstetricia se divide en dos grandes sectores, por la parte de ginecología esta cuenta con área de hospitalización que está ubicada en el 3° piso en el ala izquierda del hospital la cual cuenta con 25 camas aproximadamente, 5 consultorios externos los cuales están ubicados en el nuevo hospital y atienden dos turnos mañana y tarde, cuentan con sala de procedimientos menores donde se realizaban colposcopias y tomas de biopsia de mama; además de contar con una sala de operaciones las cuales eran programadas todos los días martes donde se operaban las patologías neoplásicas más frecuentes dentro de ella mama, útero y ovarios, por otro lado, también se operaban diferentes tipos de distopías.

En el servicio de obstetricia, se divide en hospitalización, que está ubicada en el 1° piso en el ala izquierda del hospital la cual cuenta con 15 camas aproximadamente, ahí mismo se encuentra el centro obstétrico el cual se encargaba del monitoreo y atención de la gestante durante el trabajo de parto, consultorios de planificación familiar donde se orientaba a la pareja sobre el uso de métodos anticonceptivos y evitar embarazos no deseados; y el área de control prenatal (alto riesgo obstétrico, bajo riesgo obstétrico y psicoprofilaxis) el cual tenían la función de evaluar integralmente tanto al feto como a la gestante, para detectar y evitar distintos factores de riesgo que puedan predisponer tanto la morbimortalidad materna y perinatal.

El servicio de Cirugía general se divide en el área de hospitalización la cual se subdivide en sala de cirugía mujeres, sala cirugía varones, sala de críticos, y área emergencia. La hospitalización de cirugía mujeres y varones tiene aproximadamente 20 camas a cargo de 3 médicos asistentes, 2 residentes y 4 internos. Los internos manejan un horario de aproximadamente 12 horas diarias, en donde se encargan de la evolución diaria del paciente, realizar recetas, acompañar a los pacientes a sus procedimientos de imágenes y/o laboratoriales, también en el área de hospitalización se cuenta con la modalidad de MOPRI (modulo pre operatorio integrado), los cuales son pacientes que pasaron por consultorio externo de cirugía general, se les evaluó y se les informó que eran tributarios de cirugía programada ya que el cuadro que presentan durante la evaluación no es una emergencia, en esta modalidad completan una evaluación pre quirúrgica para su posterior tratamiento en sala de operaciones. La sala de críticos corresponde al manejo de pacientes que su estado actual no es estable o han tenido alguna complicación durante o posterior a la cirugía y también en casos de cirugías prolongadas, el manejo y trabajo es el mismo a las áreas ya mencionadas. El área de emergencia cuenta con dos camillas en las que se realiza el examen físico del paciente y en caso el este sea tributario de algún

procedimiento menor como sutura de heridas también se realiza en esa sección, acá los internos son programados para guardias nocturnas de 12 horas, aproximadamente 2 veces a la semana, en las cuales se está acompañado de 2 médicos asistentes, 3 residentes, 2 a 3 internos, los cuales en manejo conjunto realizan el diagnóstico y plan, en caso el paciente requiera de manejo quirúrgico se solicita los exámenes necesarios para el completar el tratamiento.

En el servicio de medicina interna, este se subdivide en 3 sectores de hospitalización y emergencia la cual se subdivide en triaje, prioridad uno y tópico de observación. El área de hospitalización cuenta con aproximadamente 100 camas, aumentando su número cuando se tiene pacientes depositados, es decir a cargo de esta especialidad pero en otro servicio debido a la falta de camas en el área de medicina, esta sección está a cargo por sector de 2 a 3 médicos asistentes, 1 residente y 5 a 6 internos, estos últimos cumpliendo la misma función que en los servicios anteriormente descritos, tienen un horario de aproximadamente 8 horas, en la que diariamente hay un interno que tiene que desempeñarse como retén el cual está a cargo de los pendientes que quedan del día para poder realizarse en la tarde como procedimientos, exámenes de imágenes y/o preparación quirúrgica, cumpliendo un horario de aproximadamente 10 a 12 horas. En el área de emergencia, se encuentra 01 jefe de guardia el cual es médico asistente, 07 residentes y 3 internos de turno los cuales permanecen de manera perenne hasta completar el horario de 12 horas, los internos sólo realizan guardias diurnas, no se cuenta con guardia nocturna para ellos, las funciones del interno depende del área donde se encuentre, en triaje realizan el primer contacto con el paciente que llega a la emergencia, evalúan al paciente en un tiempo menor a 15 minutos y se hace el pase a la especialidad correspondiente, pudiendo ser medicina interna, cirugía general y traumatología o se le indica al paciente que no es tributario de manejo por emergencia. Los internos que se encuentran en el área de prioridad I se encargan de la atención al paciente, elaboración de las historias clínicas de emergencia y evaluación del paciente, cabe recalcar que siempre se encuentran supervisados por un médico residente. Los internos que se encuentran en el área de observación tienen a cargo la reevaluación del paciente posterior a su tratamiento indicado en prioridad I, si este requiere mayor manejo médico, o si es tributario al alta.

Capítulo III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Caso clínico N°1:

Impresión diagnóstica:

- Infección del tracto urinario

Análisis:

El paciente preescolar ingresa a emergencia con diagnóstico presuntivo de infección del tracto urinario que es grupo heterogéneo de condiciones con etiologías diferentes, que tienen por denominador común la presencia de gérmenes en el tracto urinario(orina), habitualmente estéril, asociada a sintomatología clínica variable como es la que presenta disuria, polaquiuria. Respecto a la etiología el microorganismo que se aísla con mayor frecuencia es el escherichia coli el cual origina alrededor del 80 a 90% de todas las infecciones urinarias en el niño. El resto de las infecciones las originan otras enterobacterias, como Proteus mirabilis, klebsiella pneumoniae, citrobacter, enterobacter, entre otros. Como dato adicional la infección por proteus mirabilis ocurre con mayor frecuencia en los varones, probablemente por la presencia de este germen en el saco balanoprepucial (1).

Al examen físico el paciente presentó punto renoureteral positivo adicionalmente a la sintomatología presente se sospecha de una infección del tracto urinaria razón por la cual se le solicita exámenes de laboratorio donde encontramos leucocitos elevados en orina, nitritos positivos dándonos el diagnóstico de infección del tracto urinario adicionalmente antes de iniciar tratamiento empírico antibiótico se le solicita un urocultivo don sale positivo para Escherichia coli. Generalmente la zona periuretral está colonizada por bacterias anaeróbicas y aeróbicas procedentes del tracto gastrointestinal que forman parte de la barrera defensiva frente a los microorganismos patógenos, algunas circunstancias como en el caso de la paciente el mal uso del pañal sin una buena higiene predispone a romper el equilibrio normal de la barrera y constituye un factor de riesgo importante para la infección urinaria, al aumentan la probabilidad de colonización a nivel periuretral por bacterias patógenas de las heces como la Escherichia coli. (2)

El paciente no necesito imágenes ya que era su primera infección urinaria, recibió tratamiento endovenoso de amplio espectro con ceftriaxona y al cabo de una semana de tratamiento fue dada de alta sin sintomatología. (3)

Caso Clínico N°2:

Impresión diagnóstica:

- Enfermedad mano pie boca

Análisis:

Por definición es considerada una enfermedad exantemática benigna frecuente en niños menores de 5 años, pero también se puede presentar en etapa adulta donde el cuadro clínico es mucho más severo. (4) El causante es el virus Coxsackie A16 principalmente, el periodo de incubación es corto entre 3 a 7 días. Donde las manifestaciones clínicas se pueden dividir en 2 etapas: cuadro prodrómico el cual se presenta aproximadamente 1 día antes del exantema caracterizado por fiebre, hiporexia, dolor de garganta y en raras ocasiones dolor abdominal; y un cuadro exantemático el cual se manifiesta las vesículas ovaladas pequeñas en palmas y pies, y úlceras en toda la mucosa oral. (5)

El tratamiento es básicamente manejo de los síntomas como antipiréticos, antihistamínicos, analgésicos y en algunos casos tratamiento tópico con antibióticos para evitar sobreinfección de las heridas. (6)

Caso clínico N°3

Impresión diagnóstica:

- Diarrea aguda infecciosa

Análisis:

La OMS define diarrea aguda como evacuación de 3 o más deposiciones blandas o líquidas por un día durante 3 a 14 días más disminución de la consistencia (7). La academia americana de pediatría define la gastroenteritis aguda como enfermedad diarreica de inicio rápido, con o sin síntomas y signos adicionales como náuseas, vómitos, fiebre o dolor abdominal (8).

Tratamiento (9)(10):

- Prevenir y tratar la deshidratación
- Tratamiento antibiótico con:
 - Ciprofloxacino 20-30 mg/kg/día cada 12 horas
 - Eritromicina 40 -50 mg/kg/día cada 6 horas
 - Azitromicina 10 mg/kg/día el primer día, 5mg/kg/día del 2do al 5to día
 - Ceftriaxona 50-70 mg/kg/día cada 12 horas

Caso clínico N°4

Impresión diagnóstica:

- Otitis media aguda en oído izquierdo

Análisis:

Proceso infeccioso supurativo agudo caracterizado por la presencia de líquido en el oído medio e inflamación de la mucosa que recubre el espacio del oído medio (11)(12).

Tratamiento- Resolución Directoral N°051- HNAL-2019:

Se indica que el tratamiento farmacológico de elección es:

- Amoxicilina 80 mg/kg/día en tres dosis al día (cada ocho horas) por 10 a 14 días.
- Amoxicilina/ácido clavulánico 25-45 mg/kg/día en dos dosis (cada 12 horas) por 10 días.
- Se sugiere procedimiento de ser necesario: Miringocentesis

En la plataforma de Uptodate tenemos la recomendación de (11):

- Amoxicilina 875mg + ácido clavulánico 125 mg dos veces al día (cada 12 horas), el tiempo depende del grado de infección: Leve a moderada por 5 a 7 días, graves (pérdida de audición, eritema marcado de la membrana timpánica y/o dolor severo) por 10 días.

III.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

Caso clínico N°1

Impresión diagnóstica:

- Apendicitis aguda complicada: plastrón apendicular

Análisis:

El paciente presenta un cuadro clínico de apendicitis aguda siendo la principal causa una obstrucción de su luz intestinal ya sea por una hiperplasia linfoide o un fecalito, siendo considerada en el mundo la primera causa de cirugía de emergencia. La inflamación del apéndice es un problema de salud pública importante, con una incidencia de por vida de 8.6% en hombres y 6.7% en mujeres, con la mayor incidencia en la segunda y tercera décadas de la vida. (13)

Esto lo diagnosticamos ya que el paciente presentó al ingreso por emergencia un cuadro florido de dolor abdominal que inicia en un primer momento en la región epigástrica y que horas más tarde suele migrar hacia la fosa iliaca derecha, este síntoma clásico, por lo general se encuentra en más de la mitad de los casos de apendicitis aguda. Además, presentó cuadro febril, hiporexia, náuseas y vómitos estos 2 últimos síntomas suelen manifestarse alrededor de seis horas después del cuadro clínica; éste varía en forma considerable de una persona a otra, lo cual, en algunos casos, es atribuible a la localización de la punta del apéndice. (14)

Al examen físico llamó la atención que el paciente tenga signo de Mc Burney positivo que es el dolor ubicado en el punto de Mcburney el cual se exagera a la descompresión en dicho punto, así mismo presentó otros signos que nos refuerzan el diagnóstico como es el signo de Rovsing el cual se caracteriza por la presencia de dolor en el cuadrante inferior derecho cuando se hace la compresión a nivel de la fosa ilíaca izquierda.

Adicional a todo lo mencionado anteriormente el paciente presentó Blumberg positivo que es signo que nos indica irritación peritoneal y adicional a eso el paciente viene con un tiempo de enfermedad de 4 días lo que nos haría pensar en una probable complicación de la apendicitis como es el plastrón apendicular que es un mecanismo por el cual el cuerpo evita que el contenido de la apéndice perforada se disemine por toda la cavidad abdominal en la cual participan tanto las asas del intestino delgado, como el epiplón, así como otros órganos.

Al calcular la escala de Alvarado el paciente obtiene un puntaje de 7 que nos indica tratamiento quirúrgico de emergencia por lo que se sometió a una apendicectomía laparoscópica y posteriormente fue cubierto con antibióticos de amplio espectro como ciprofloxacino y metronidazol. (15), (16)

Caso clínico N°2:

Impresión diagnóstica:

- Absceso perianal

Análisis:

Es una patología supurativa anorrectal que es causada por una infección de las glándulas anales, se caracteriza por una colección purulenta cercana al recto y al canal anal. Estas se pueden clasificar por su ubicación: perianal (60%), isquioanal (20%), Inter esfinteriano (5%), supra levador (4%) y submucoso (1%) (16). El paciente normalmente acude por un dolor intenso y permanente en la región anal, que se puede intensificar al realizar sus deposiciones o al sentarse, que está asociado a fiebre y malestar general. (17)

El tratamiento ideal de todo absceso es drenar lo más pronto posible, se recomienda que la incisión sea cercana al ano, para que a futuro el trayecto de una fístula sea más corto. Por otra parte, Uptodate recomienda el uso de antibióticos en presencia de pacientes con alguna inmunosupresión (diabetes, LES, obesidad) o celulitis extensas. Posterior al drenaje el dolor suele calmar inmediatamente, dentro de los cuidados postoperatorios se sugiere los baños de asiento con agua tibia y ablandadores de heces. (18)

Caso clínico N°3

Impresión diagnóstica:

- Colecistitis aguda calculosa

Análisis:

Colecistitis aguda se refiere a síndrome de dolor en el cuadrante superior derecho, fiebre y leucocitosis, asociado con inflamación de la vesícula biliar. En la mayoría de los casos la colecistitis es causada por cálculos biliares (20)

Tratamiento:

El tratamiento se basa en la resolución por vía quirúrgica, en lo que se plantea:

- Suspender la alimentación por vía oral
- Antibioticoterapia profiláctica
- Programación para colecistectomía laparoscópica

La colecistectomía laparoscópica es uno de los procedimientos quirúrgicos abdominales más realizados, se considera como el Gold standard para el tratamiento quirúrgico de cálculos biliares. Tiene como resultados menos dolor postoperatorio, mejor estética y menor estancia hospitalaria (22)

Caso clínico N°4

Impresión diagnóstica:

- Obstrucción intestinal aguda por bridas y adherencias

Análisis:

La obstrucción intestinal consiste en la detención del tránsito intestinal, de forma completa y persistente en el intestino delgado o grueso (23)

Tratamiento:

El tratamiento está direccionado a la resolución de la obstrucción por vía quirúrgica. En base a ello se plantea:

- Suspender la alimentación por vía oral
- Colocación de sonda nasogástrica aspirativa
- Hidratación con NaCl al 0.9% para reponer las pérdidas
- Programación de laparotomía exploratoria de emergencia

La laparoscopia exploratoria permitirá la exploración completa abdominal, liberación de bridas, extirpación de las causas de obstrucción cuando sea posible o derivación del tránsito intestinal mediante derivaciones internas o externas. (21)

III.3 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Caso clínico N°1

Impresión diagnóstica:

- Embarazo ectópico en cicatriz uterina

Análisis:

La paciente presenta un cuadro clínico compatible con un embarazo ectópico, este pertenece a una de las causas más importantes de muerte materna en el primer trimestre del embarazo. Se define como la implantación anormal de un blastocisto fuera de la cavidad endometrial. (25)

Existen diferentes factores de riesgo y se clasifican en: alto riesgo (cirugía tubárica previa, embarazo ectópico previo, uso de DIU) y riesgo moderado (infecciones genitales previas, mujeres jóvenes, tabaquismo). Su localización más frecuente es a nivel de las trompas de Falopio, siendo este más del 95% de los casos seguidos de embarazo cervical, intersticial, cicatriz uterina, ovárico y abdominal. (26) Debemos sospechar el embarazo ectópico en toda mujer en edad reproductiva, que tenga actividad sexual activa con atraso menstrual, sangrado uterino anormal y dolor pélvico o en hemiabdomen inferior. Además de ello para confirmar el diagnóstico se necesitará de cuantificar el beta HCG (si es mayor a 1500 y no duplica su valor cada 48 horas) y realizar una ecografía transvaginal (ausencia de embrión en cavidad uterina, signo de doble halo en trompa y presencia de pseudosaco intraútero)

La guía de práctica clínica del manejo del embarazo ectópico del Hospital Casimiro Ulloa recomienda en el tratamiento médico el esquema de mono dosis que consta en la administración de metotrexato 50 mg/m² IM el 1° día más dosaje del beta HCG en el 4° y 7° día, a comparación del esquema múltiple que consta de administrar metotrexato 1mg/kg IM los días 1°, 3°, 5° y 7° alternados con Leucovorina 0.1 mg/kg IM y medición de beta HCG cada 48 horas hasta el descenso mayor al 15%. (27) En el caso de nuestra paciente el embarazo ectópico se encontraba en cicatriz uterina, el tratamiento quirúrgico en estos casos debido a la escasa incidencia no existen pautas establecidas, pero se recomienda distintas técnicas, entre las cuales están el legrado, resección histeroscópica, resección laparoscópica o laparotomía con resección en cuña, en el caso de nuestra paciente se

optó por un legrado. (28)

Caso clínico N°2:

Impresión diagnóstica:

- Amenaza de aborto

Análisis:

Tratamiento:

- Reposo absoluto de la paciente y evitar situaciones de estrés
- Controlar el sangrado vaginal
- Administrar progesterona 100 mg, dos veces al día

Análisis:

La definición de amenaza de aborto es la presencia de sangrado proveniente de la vagina con un diagnóstico previo de embarazo durante sus primeras 20 semanas de gestación, que puede acompañarse de dolor pélvico o abdominal tipo cólico, sin modificaciones a nivel del cérvix.(29) Dicho esto según la guía de práctica clínica y procedimientos de obstetricia y perinatología del Instituto nacional Materno Infantil recomienda que ante cualquier caso de sospecha de una amenaza de aborto que cuente con una ecografía transvaginal donde se evidencia viabilidad gestacional, pero se demuestre algún desprendimiento de la placenta o disminución de los niveles de hormonales de beta HCG, se debería hospitalizar de forma inmediata a la paciente para control del embarazo, esto debi ir acompañado del reposo absoluto de la paciente con la administración de progesterona natural 100mg dos veces al día. (30)(31).

Caso clínico N°3

Impresión diagnóstica:

- Preeclampsia

Análisis:

Síndrome multisistémico específico del embarazo. (32) Se presenta después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las 2 semanas posteriores a este. (33)

Tratamiento (35)

- Tratamiento de primera línea
Metildopa en dosis de 250 a 500 mg por día
- Uso en emergencia por riesgo elevado de hipotensión:

Hidralazina en dosis de 60 a 200 mg por día.

- Pacientes asmáticas o con insuficiencia cardiaca y en mujeres en labor de parto por riesgo a bradicardia fetal:

Labetalol en dosis de 100 a 400 mg por día

Nifedipino en dosis de 10 a 20 mg hasta 180 mg al día.

- En el caso de presencia de criterios de severidad, el tratamiento farmacológico puede consistir en:

Hidralazina con bolo inicial de 5 mg IV, con bolos de 5 a 10 mg IV cada 20 minutos con una dosis máxima de 30 mg.

Labetalol; 20 mg IV seguido de 40 a 80 mg IV cada 10 minutos hasta una dosis máxima de 220 mg.

Nifedipino; 10 mg cada 30 minutos hasta una dosis máxima de 50 mg.

El único tratamiento definitivo de la preeclampsia es la culminación del embarazo*. Se recomienda culminar el embarazo en gestantes con preeclampsia y criterios de severidad con más de 37 semanas de edad gestacional. (35)

Caso Clínico N°4

Impresión diagnóstica:

- Vulvovaginitis

Análisis:

Es una de las causas más comunes de picazón y secreción vulvovaginal (36). Se caracteriza por inflamación en este contexto de especies de *Cándida*. El 75% de mujeres en edad fértil se han visto afectadas por lo menos 1 vez en su vida. (37)

Tratamiento:

El ministerio de salud recomienda la administración de 2 gramos de Metronidazol vía oral en dosis única, agregando la administración de 500 mg de clotrimazol vía vaginal en dosis única (38).

III.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico N°1

Impresión diagnóstica:

- Pielonefritis aguda

Análisis:

El paciente presenta un cuadro clínico de una pielonefritis aguda es una infección del tracto urinario alta, la cual se define como inflamación del parénquima renal que en la mayoría de los casos el origen siempre es ascendente, en ocasiones compromete también la pelvis renal. (37) Los criterios clínicos son fiebre y dolor en la zona renal, que puede estar asociado o no a síndrome miccional bajo como polaquiuria, tenesmo y disuria.

Por otra parte, en pacientes con cateterización de vía urinaria o ancianos puede cursar sin síntomas urinarios. También se puede complementar el diagnóstico con exámenes auxiliares como hemograma, examen completo de orina, marcadores de inflamación (PCR), examen de orina y urocultivo, este último nos ayudará para dirigir el tratamiento específico, se recomienda pedir antes de iniciar el tratamiento empírico. (38)

También se podría solicitar ecografía renal urgente en casos de sepsis grave, fracaso renal agudo, antecedentes de obstrucción ureteral como en el caso de nuestra paciente. El tratamiento empírico con criterios de hospitalización, pero sin signos de sepsis grave como es en el caso de nuestra paciente, el antibiótico de elección es Ceftriaxona 1gr EV cada 24 horas por 7 a 10 días. (39)

Caso clínico N°2

Impresión diagnóstica:

- Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en el adulto

Análisis:

En este paciente el diagnóstico es una neumonía adquirida en la comunidad que se define por una enfermedad infecciosa aguda pulmonar que compromete al parénquima, la cual se adquiere en un ambiente extrahospitalario y neumonías que inician dentro de las primeras 48 horas de hospitalizado (40). Se conoce que solo un 40% de estos pacientes requieren hospitalización y solo un 10% deben ser admitidos en una Unidad de Cuidados intensivos. Dentro de los factores de riesgo se encuentran patologías como la diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, alcoholismo y enfermedad renal. (41) El agente etiológico más común es el *Streptococo pneumoniae*, y de los agentes atípicos tenemos al *Mycoplasma pneumoniae*, *Coxiella Burnetti*, se consideran atípicos debido a que no presentan la clínica común de una neumonía. Según la práctica clínica para el manejo de Neumonía adquirida en la comunidad 2022, por el Departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza recomienda en pacientes sin comorbilidades, no riesgo de resistencia antibiótica y funciones vitales estables, se puede iniciar con

amoxicilina 500mg v.o cada 8 horas por 7 a 10 días, y como alternativas la azitromicina 500 mg el primer día luego 250 mg cada 24 horas hasta completar 5 días o doxiciclina 200 mg de carga luego 100 mg cada 12 horas por 5 días.(42)

Caso clínico N°3

Impresión diagnóstica:

- Celulitis

Análisis:

Proceso inflamatorio agudo de origen infeccioso que afecta a la dermis profunda y al tejido celular subcutáneo (45).

Tratamiento:

Uptodate nos recomienda empezar tratamiento empírico contra MSSA y Estreptococo betahemolítico con:

- Oxacilina: 2 gramos cada 4 horas
- Cefazolina 1-2 gr cada 8 horas
- Clindamicina 600 mg cada 8 horas en caso de alergia betalactámicos.

Una vez mejorada la sintomatología clínica sin evidencia de toxicidad sistémica, los antibióticos pueden pasar por vía parenteral a oral (46) (47).

Caso clínico N°4

Impresión diagnóstica:

- Lumbalgia y cialgia de miembro inferior derecho

Análisis:

Lumbalgia procede del latín lumbus (lomo) y algia (dolor), hace referencia al dolor localizado en la espalda a la altura de la columna lumbar (48). El término ciática nos hace referencia al dolor localizado en el territorio del nervio ciático. (49) (50)

Tratamiento:

- Diclofenaco 75 mg: 1 ampolla IM por 3 días
- Orfenadrina 60 mg: 1 ampolla IM por 3 días
- Paracetamol 500 mg: 1 tableta cada 8 horas por 3 días
- Orfenadrina 100 mg: 1 tableta cada 24 horas por 3 días

Tratamiento no farmacológico: *

- Medidas higiénico-posturales
- Uso de corsés, cinturones lumbares
- Ejercicios que permiten fortalecer la zona lumbar (sin sobrecargar)

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La experiencia de poder realizar el internado es importante y necesaria para todo futuro médico, ya que, en esos 10 meses se logra poner en práctica todos los conocimientos obtenidos durante los primeros seis años de la carrera, es decir se aplica la medicina en su máxima expresión. Durante los primeros meses pueden llegar a ser agotadores tanto física como mentalmente, ya que no solo tienen la responsabilidad de estudiar sino también la de atender y tratar pacientes; y cumplir con un horario establecido por el hospital y servicio de rotación.

A diferencia de otros internos, se ha tenido la suerte de poder realizar las 4 grandes rotaciones descritas anteriormente en un hospital nivel III-1, como se sabe, en el año 2022 no se logró abrir plazas en ESSALUD y por el contexto de la pandemia hubo escasez significativa en la obtención de plazas del internado en hospitales de MINSA, motivo por el cual la mitad del internado tuvo que realizarse en centros de salud.

Dentro de las obligaciones que tiene la Dirección de la Sanidad Policial (DIRSAPOL) se encarga de poder brindar atención médica oportuna y de calidad a todos los asegurados, garantiza a su vez la correcta administración y distribución de medicamentos de calidad, desarrollar actividades de la Atención Integral de Salud para la recuperación, promoción y prevención personal policial como de su familia. En cuanto al Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú (SALUDPOL) es la unidad encargada de cubrir a los asegurados sobre algunos procedimientos que no se pueden realizar en el hospital, así como reembolsar a los asegurados el gasto de los medicamentos que no se encuentran en disponibilidad, siendo beneficiarios de estos servicios: hijos, padres y esposas de policías.

El tener la experiencia de trabajar y a su vez aprender al lado de grandes doctores, compañeros y del mismo paciente en esta etapa del internado en el Hospital Nacional PNP “Luis N Sáenz” fue una gran oportunidad ya que enseñó al interno algo muy importante en su carrera, que es el amor y dedicación por el paciente, el poder desarrollar habilidades

de comunicación y empatía para ponerse en el papel del paciente, y pensar por un momento como les gustaría ser tratado.

CONCLUSIONES

El internado médico es una etapa emocionante, gratificante y fundamental para cualquier estudiante de medicina, ya que lo aprendido en ese tiempo nos servirá para poder desenvolvernos y tratar de manera adecuada a nuestros pacientes, en la próxima meta que es el SERUM.

El haber realizado el internado en un Hospital de alta complejidad y ser referente como el Hospital Central Luis N. Sáenz, permitió poder conocer enfermedades más raras y complejas, adquirir conocimientos teóricos y prácticos debido a su alta capacidad resolutive, recibir enseñanzas de médicos especializados y conocer el manejo de equipos de imágenes de alta complejidad como resonancias y tomografías.

El cambio de ritmo de vida, así como las diferentes habilidades brindadas en el internado, ayudará a tener un mejor rendimiento del plan de trabajo a futuro en cualquier área laboral de un hospital.

RECOMENDACIONES

Es necesario ampliar la cobertura y adquisición de algunos medicamentos y reactivos de laboratorio, a pesar de que se encuentra en el petitorio no existe la disponibilidad o no hay en stock, teniendo en cuenta que no todos los pacientes cuentan con las mismas posibilidades económicas, y en muchas ocasiones SALUDPOL se demora como mínimo 3 meses en hacer la devolución de los gastos.

También sería recomendable que el año siguiente se pueda volver hacer los 12 meses de internado que se estaba acostumbrado hacer, ya que esos 2 meses faltantes son prácticas y enseñanzas perdidas en cada una de las rotaciones.

Recomendamos que en el hospital existan ambientes donde los internos puedan descansar o estudiar en los tiempos libres, de esa forma ayudar a muchos compañeros que viven en zonas alejadas al hospital corran algún riesgo o accidente que puedan sufrir al irse a sus casas, una vez terminado sus labores.

Para los nuevos internos decirles que deben tener amor y preocupación por sus pacientes,

mostrar iniciativa e interés por aprender diferentes procedimientos; y lo más importante escuchar a nuestros pacientes y sobre todo tener fe y dar esperanza de vida.

Del mismo modo, se pide al gobierno que el salario mensual de los internos se mantenga y sea aumentado a un salario mínimo, después de todo también pertenecen a la fuerza laboral y son un gran apoyo para los médicos asistentes.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Guía de Práctica clínica de Infección del tracto urinario. Instituto Nacional del Niño MINISTERIO DE SALUD. 2021 AGOSTO: p. 25-30.
2. Hain G, Goldbart A, Sagi O, Ben-Shimol S. Tasas altas de no susceptibilidad a los antibióticos en la infección del tracto urinario por bacterias gramnegativas en niños con factores de riesgo que ocurrieron en el mes anterior: consideraciones para elegir el tratamiento empírico. *Pediatr Infect Dis J* 2021; 40:639.
3. Academia Americana de Pediatría. Tablas de dosis de fármacos antibacterianos. En: *Red Book: 2021-2024 Report of the Committee on Infectious Diseases*, 32nd ed, Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH (Eds), American Academy of Pediatrics, 2021. p.876.
4. Sapia EY, Maroni C, Groisman C, Kromer H, et al. Genotipificación del virus de la enfermedad mano-pie-boca atípica en un hospital pediátrico de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2020;118(2):e199-e203
5. Gao L, Zou G, Liao Q, et al. Espectro de serotipos de enterovirus causantes de enfermedad de manos, pies y boca no complicada y rendimiento diagnóstico enteroviral de diferentes muestras clínicas. *Clin Infect Dis* 2018; 67:1729.
6. Second J, Velter C, Calès S, et al. Análisis clinicopatológico de la enfermedad atípica de manos, pies y boca en pacientes adultos. *J Am Acad Dermatol* 2017; 76:722.
7. Nontyphoidal salmonella: Gastrointestinal infection and carriage. Elizabeth L Hohmann, Stephen B Calderwood, MD, Elinor L Baron, MD, Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/nontyphoidal-salmonella-gastrointestinal-infection-and-carriage?search=diarrea%20aguda%20infecciosa%20%20tratamiento&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1058721973
8. Unidad de atención integral especializada- Emergencia. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda infecciosa en paciente pediátrico. Abril 2022. [Internet]. Disponible en: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2022/RD%20N%C2%B0%20000101-2022-DG-INSNSB%20DIAGN%C3%93STICO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20DIARR EA%20AGUDA%20INFECCIOSA.pdf>

9. De la Flor J. Gastroenteritis aguda. *Pediatría Integral*. 2019. XXIII(7):348-55. 29. Harris J, Pietroni M. Abordaje del niño con diarrea aguda en países de recursos limitados [Internet]. UpToDate. 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited-54countries?search=Diarrea%20aguda%20infecciosa%20en%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1159942383 30.
10. Instituto Nacional de Salud. Guía Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4221.pdf>
11. Charles J Limb, MD Lawrence R Lustig, MD Marlene L Durand, MD, Acute Otitis media in adults. Feb 2023. [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-otitis-media-in-adults?search=otitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2
12. Francisco J. Krause. Otitis media aguda, diagnóstico y manejo. 2016. [Internet]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-otitis-media-aguda-diagnostico-y-S0716864016301274>
13. Hernández J, Silvia M, Guzmán J. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Medigraphic*. 2019 enero-Marzo; 41(1): p. 33-38.
14. Temple CL, Huchcroft SA, Temple WJ. La historia natural de la apendicitis en adultos. Un estudio prospectivo. *Ann Surg* 1995; 221:278.
15. Leyva-Vázquez F, López-Almeida S. Tendencias actuales en el tratamiento de la apendicitis aguda en adultos. *Archivo Médico Camagüey* [Internet]. 2022 [citado 31 Mar 2023]; 26 Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/8755>
16. Rodríguez-Fernández Z. Consideraciones actuales concernientes al tratamiento del plastrón apendicular. **Revista Cubana de Cirugía** [Internet]. 2021 [citado 31 Mar 2023]; 60 (3) Disponible en: <https://revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/1117>
17. Newton K, Dumville J, Briggs M, et al. Empaquetamiento posoperatorio de cavidades de absceso perianal (PPAC2): ensayo clínico aleatorizado. *Br J Surg* 2022; 109:951

18. Gaertner WB, Burgess PL, Davids JS, et al. Directrices de práctica clínica de la Sociedad Estadounidense de Cirujanos de Colon y Recto para el tratamiento de abscesos anorrectales, fístulas en el ano y fístulas rectovaginales. *Enfermedad Colon Recto* 2022; 65:964.
19. Gaertner WB, Burgess PL, Davids JS, et al. Directrices de práctica clínica de la Sociedad Estadounidense de Cirujanos de Colon y Recto para el tratamiento de abscesos anorrectales, fístulas en el ano y fístulas rectovaginales. *Enfermedad Colon Recto* 2022; 65:964.
20. Salam F Zakko, MD, FACP, AGAFNezam H Afdhal, MD, FRCPI. Acute calculous cholecystitis: clinical features and diagnosis. Feb 2023. [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~131&usage_type=default&display_rank=1#H3
21. Nathaniel J Soper, MD, FACSPreeti Malladi, MD. Laparoscopic cholecystectomy [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/laparoscopic-cholecystectomy?search=colecistitis%20aguda%20tratamiento&topicRef=3684&source=see_link#H114901495
22. Essalud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la coledocolitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis. 2018. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Colelitiasis_Version_Extensa.pdf
23. Natalia Bassy Iza, Maria Jesus Esteban Dombriz. Obstruccion intestinal. Tratado de geriatría para residentes. [Internet]. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/pdf/s35-05%2056_iii.pdf
24. Liliana Bordeianou, MD, MPH Daniel Dante Yeh, MD, MHPE, FACS, FCCM, FASPEN. Etiologies, clinical manifestations, and diagnosis of mechanical small bowel obstruction in adults. [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/etiologies-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-mechanical-small-bowel-obstruction-in-adults?search=obstruccion%20intestinal%20bridás&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H15
25. Jose Manuel Correa- Roveló, Guadalupe Cleva Villanueva Lopez, Roberto medina Santillan. Obstruccion intestinal secundaria a formacion de adherencias postoperatorias en cirugia abdominal. [Internet]. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cirujanos-139-articulo-obstruccion-intestinal-secundaria-formacion-adherencias-S0009741115000997>

26. Espinoza Garita S, Garnier Fernández JC, Pizarro Alvarado G. Generalidades del embarazo ectópico. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de mayo de 2021 [citado 31 de marzo de 2023];6(5):e670. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/670>
27. Alur-Gupta S, Cooney LG, Senapati S, et al. Metotrexato de dos dosis versus dosis única para el tratamiento del embarazo ectópico: un metanálisis. Am J Obstet Gynecol 2019; 221:95.
28. Guía de práctica clínica: manejo del embarazo ectópico. 2021 Hospital “Jose Casimiro Ulloa” MINSA. Agosto de 2021
29. Xiao C, Shi Q, Cheng Q, Xu J. Tratamiento no quirúrgico del embarazo ectópico tubárico: revisión sistemática y metanálisis. Medicina (Baltimore) 2021; 100:e27851.
30. Bever AM, Pugh SJ, Kim S, et al. Patrones de crecimiento fetal en embarazos con sangrado en el primer trimestre. Obstet Gynecol 2018; 131:1021.
31. Coomarasamy A, Devall AJ, Brosens JJ, et al. Progesterona vaginal micronizada para prevenir el aborto espontáneo: una evaluación crítica de la evidencia aleatoria. Soy J Obstet Gynecol 2020; 223:167.
32. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Infantil [Internet]. 2010. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3318.pdf>
33. Sanchez K. Preeclampsia. Rev Med Sin [Internet]. 2018 [citado el 30 de marzo del 2023]; 3(3):8-12. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>
34. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive [Internet]. 2007. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
35. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología [Internet]. 2010. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3318.pdf>
36. Norma técnica de salud para el manejo de infecciones de transmisión sexual en el Perú [Internet]. Disponible en: <http://www.dirislimaeste.gob.pe/downloadSQL.asp?ff0d813dd5d2f64d>

d372c6c4b6aed086=6&59b8d02757e1bd7790e2fadf4ca3cea1=7082

37. Sobel J, Mitchell C. Candida vulvovaginitis: Clinical manifestations and diagnosis [Internet]. UpToDate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=candida%20vulvar&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H5
38. Ugalde González F, Rivera Gutierrez H, Durán Méndez MJ. Candidiasis vulvovaginal recurrente. Rev.méd.sinerg. [Internet]. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/700>
39. Sojo-Dorado J, López-Hernández I, Rosso-Fernandez C, et al. Eficacia de la fosfomicina para el tratamiento de infecciones urinarias bacteriémicas por Escherichia coli resistente a múltiples fármacos: un ensayo clínico aleatorizado. JAMA Red Open 2022; 5:e2137277.
40. J.A.Cortes, et al. Guía de práctica clínica para la infección de vías urinarias complicada. Infectio 2023;27(1);52-68
41. Guzmán Natalia, García-Perdomo Herney Andrés. Novedades en el diagnóstico y tratamiento de la infección de tracto urinario en adultos. Rev. mex. urol. [revista en la Internet]. 2020 Feb [citado 2023 Mar 31]; 80(1): e06. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-40852020000100301&lng=es. Epub 17-Ene-2022. <https://doi.org/10.48193/rmu.v80i1.546>.
42. Liapikou A, Ferrer M, Polverino E, et al. Neumonía adquirida en la comunidad grave: validación de las directrices de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América/Sociedad Torácica Americana para predecir un ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Clin Infect Dis 2009; 48:377
43. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, et al. Diagnóstico y Tratamiento de Adultos con Neumonía Adquirida en la Comunidad. Una guía oficial de práctica clínica de la Sociedad Torácica Americana y la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América. Am J Respir Crit Care Med 2019; 200: e45.
44. Guía de Práctica Clínica para el manejo de Neumonía Adquirida en la comunidad. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. MINSA. 2022. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2943585/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20del%20Departamento%20de%20Medici>

na%20Interna%202022%20-%20Parte%202.pdf.pdf

45. Denis Spelman, MBBS, FRACP, FRCPA, MPH Larry M Baddour, MD, FIDSA, FAHA . Acute cellulitis and erysipelas in adults: Treatment. [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-cellulitis-and-erysipelas-in-adults-treatment?search=celulitis%20en%20piel%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H987365699
46. Celulitis y absceso cutáneo: epidemiología, microbiología, manifestaciones clínicas y diagnóstico - UpToDate [Internet]. [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscessepidemiology-microbiology-clinical-manifestations-anddiagnosis?search=celulitis&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=2
47. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis | Actas DermoSifiliográficas [Internet]. [citado 30 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-actualizacion-el-abordaje-manejo-celulitisarticulo-S0001731018304253>
48. Mercé Piera Fernandez. Lumbalgia y ciática. Julio 2021. [Internet]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-lumbalgia-ciatica-revision-13018288>
49. Isselbacher J. Kurt J., Braunwald Eugene A. B., Wilson Jean D. Lumbalgia, Principios de Medicina Interna, Harrison, 13a Ed. McGraw- Hill 1995 pág: 2 - 12
50. Rull, M. Lumbalgias y Lumbociatalgias. Modelo diagnóstico y enfoque terapéutico. Unidad de Tratamiento del Dolor y medicina paliativa; Hospital Universitario de Tarragona, España. 2010.