

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL
CENTRO MÉDICO NAVAL CIRUJANO MAYOR SANTIAGO
TÁVARA 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL



PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

**ETHEL JULISSA GAVIRIA FLORES
DIEGO FELIPE RAMOS CALVO**

ASESOR

ROLANDO MARTIN VARGAS CHANG

LIMA - PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



**FACULTAD DE MEDICINA
HUMANA**

**EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL INTERNADO MÉDICO
EN EL CENTRO MÉDICO NAVAL CIRUJANO MAYOR
SANTIAGO TÁVARA 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
ETHEL JULISSA GAVIRIA FLORES
DIEGO FELIPE RAMOS CALVO**

**ASESOR
MC ROLANDO MARTIN VARGAS CHANG**

**LIMA-PERÚ
2024**

JURADO

Presidente: ROSSANA PAJUELO BUSTAMANTE

Miembro: VICTOR EMILIO CUBAS VASQUEZ

Miembro: ALEJANDRA PARHUANA BANDO

DEDICATORIA

A Julia, Rafael y Sebastián, por ser los grandes amores de mi vida y soporte fundamental en este gran trayecto.

Ethel Julissa Gaviria Flores

A mis padres por apoyarme en todos los pasos de mi vida, a mis tíos por nunca dejar que me rindiera.

Diego Felipe Ramos Calvo

ÍNDICE

DEDICATORIA	3
ÍNDICE	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	10
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	38
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	40
III.1. Rotación en Medicina Interna	40
III.2. ROTACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	43
III.3. ROTACIÓN EN PEDIATRÍA	47
III.4. ROTACIÓN POR CIRUGÍA GENERAL	50
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	56
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	60
FUENTES DE INFORMACIÓN	61

RESUMEN

Dentro de la carrera médica, el estudiante de medicina cursa por diversas etapas, desde llevar cursos de ciencias básicas, ciencias clínicas, y el último año de nuestra carrera, llamado internado médico, es la etapa fundamental y decisiva que todo estudiante cursa para poder egresar. **Objetivo:** Relatar aquellos conocimientos prácticos y teóricos adquiridos; y a la vez, narrar aquellas experiencias que como interno de medicina se obtuvo durante dicha etapa. **Metodología:** Se realizó una revisión de diversas historias clínicas, seleccionadas de forma ideal y útil de los servicios de cirugía, pediatría, medicina interna, ginecología y especialidades quirúrgicas; específicamente se exponen 12 casos clínicos, siendo 3 casos por cada rotación hecha. **Resultados:** Se presentan los casos clínicos de pacientes que recurrieron para atención médica al CEMENA, de cada uno de los 4 servicios por el cual el interno rota. Cada uno de estos casos, fueron manejados correctamente logrando con el interno adquisición de conocimientos y habilidades útiles para su desarrollo como médico cirujano y poder aplicarlo en el Serums. **Conclusiones:** El internado de medicina es la última etapa de formación de los estudiantes de medicina durante su último año de la carrera, en el cual se imparten las bases ya aprendidas; como también, se realiza un adecuado análisis y posterior manejo oportuno de los cuadros clínicos, acompañados de los médicos especialistas y residentes. Los internos de medicina cumplen un papel fundamental en el desarrollo de las actividades frente al paciente; así como, la exploración de habilidades impartidas en años anteriores.

Palabras clave: Internado médico, casos clínicos, medicina interna, ginecología, cirugía, pediatría

ABSTRACT

Within the medical career, the medical student goes through several stages, from taking courses in basic sciences, clinical sciences and the last year of our career, called medical internship, is the fundamental and decisive stage that every student takes to graduate. **Objective:** To relate the practical and theoretical knowledge acquired; and, at the same time, to narrate the experiences gained as a medical intern during this stage. **Methodology:** A review of several clinical histories was made, selected in an ideal and useful way from the services of surgery, pediatrics, internal medicine, gynecology and surgical specialties; specifically, 12 clinical cases are exposed, being 3 cases for each rotation made. **Results:** We report the clinical cases of patients who sought medical attention at CEMENA, from each of the 4 services through which the trainee rotated. Each of these cases was handled correctly, achieving with the intern the acquisition of knowledge and skills useful for his development as a surgeon and to be able to apply it in SERUMS. **Conclusions:** The medical internship is the final stage of training for medical students during their last year of study, during which the fundamentals already learned are taught; as well as an adequate analysis and subsequent timely management of clinical pictures is performed, accompanied by specialists and residents. Interns play a fundamental role in the development of patient activities, as well as in the exploration of skills taught in previous years.

Keywords: Internship, clinical cases, internal medicine, gynecology, surgery, pediatrics

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL INTE
RNADO MÉDICO EN EL CENTRO MÉDICO
NAVAL CIRUJANO MAYOR SANTIAGO T
ÁV**

AUTOR

ETHEL JULISSA GAVIRIA FLORES

RECuento de palabras

16061 Words

RECuento de caracteres

87872 Characters

RECuento de páginas

62 Pages

Tamaño del archivo

162.6KB

Fecha de entrega

Mar 14, 2024 9:36 AM GMT-5

Fecha del informe

Mar 14, 2024 9:37 AM GMT-5

● **11% de similitud general**

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

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

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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

INTRODUCCIÓN

El Internado Médico es el último año de formación de pregrado para los futuros médicos profesionales. Nuestro internado tuvo una duración de diez meses en el cual los internos fueron distribuidos entre varios establecimientos de salud; tanto como: hospitales del Minsa y Essalud, hospitales de las Fuerzas Armadas, clínicas y centros de salud de atención primaria, es esta etapa donde el interno pone en práctica lo aprendido de todos los años de carrera y a su vez adquiere nuevos conocimientos que le beneficiará para su desarrollo profesional. En estas prácticas, los alumnos de séptimo año pueden acceder a recursos metodológicos para convertirse en los principales intérpretes de los procedimientos realizados en el hospital con la observación adecuada de los médicos asistentes y residentes, cuya labor será motivadora para que el estudiante se forje como un profesional capaz de manejar diversas situaciones.

Realizamos el internado en medicina en un hospital de las FF. AA, este fue en el Hospital Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”; que dio inicio el 1 de abril del 2023 y culminando el 31 de enero del 2024. Nuestro internado constó de 4 grandes rotaciones, y dentro de estas algunas sub-rotaciones más. En Medicina Interna se tuvo la oportunidad de rotar por los servicios de Geriátrica, Neumología e Infectología; por otro lado, en el servicio de Cirugía General, nos brindaron rotaciones en las especialidades de Urología y Traumatología. Al haber tenido la oportunidad y la facilidad de aprender en otras rotaciones, amplía el campo de medicina que los estudiantes tienen, que debido a la pandemia no pudieron tener la práctica adecuada.

La etapa del internado médico es la cumbre de las prácticas que el estudiante de pregrado realiza antes de salir al mundo laboral, la importancia de este período de aprendizaje radica en la proximidad que tiene con los pacientes y los procedimientos que se utilizan en el hospital para el proceso de atención médica. Los internos, junto con los especialistas y los médicos residentes, son testigos de las atenciones

hospitalarias ya que participan en el desarrollo y resolución del caso del paciente, acompañándolo desde su ingreso hasta su alta.

Nuestra experiencia en el internado fue enriquecedora, debido al gran hospital que nos enfrentamos y la plana docente por la cual pasamos, fue una experiencia completamente nueva y muy diferente a las rotaciones realizadas en la etapa clínica de la carrera. Por ello, este trabajo tiene como objetivo exponer las tareas que realizan los internos; así como también, algunos problemas que surgen durante la pasantía y presentamos 12 casos clínicos de las cuatro rotaciones mencionadas, a través de los cuales nos turnaremos para explicar cómo los abordamos y cuál fue la evolución de cada paciente en los casos clínicos expuestos.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Se exponen 12 casos clínicos, recopilados de las distintas aéreas por la cual rotamos en el internado médico, se efectuó en 4 rotaciones: Medicina Interna, Ginecología, Pediatría y Neonatología, Cirugía, añadiendo a este último 2 rotaciones adicionales tal como Urología y Traumatología, teniendo una amplitud de campo para impartir en el manejo hospitalario. Dichos casos provienen del Hospital Centro Médico Naval CMST. Los casos clínicos seleccionados serán detallados en 3 por cada rotación, donde se explicará el abordaje y posterior manejo de cada uno de ellos.

1.1. Rotación en Medicina Interna

El inicio de nuestras prácticas fue por el servicio de Medicina Interna, el cual consta de aproximadamente 6 salas y/o pabellones donde se encuentran distribuidos los pacientes. Por su amplia capacidad del servicio, esta rotación es considerada una de las más extenuantes en trabajo y manejo, debido a la gran cantidad hospitalizados que alberga el nosocomio; además del rol que cumple el interno en las guardias, que es el lugar donde más aplicas el englobe de semiología, desarrollo de una adecuada historia clínica, anamnesis y examen físico, para así poder exponer nuestros posibles síndromes y diagnósticos, que con ayuda de nuestros residentes se puede concluir un manejo oportuno y preciso, de acuerdo a la necesidad de cada uno. Esta rotación se dio desde el 1 de abril hasta el 15 de junio del 2023, en cual, el interno se desarrolla en 2 ámbitos: hospitalización y guardias diurnas y nocturnas efectivas de 12 horas. El Hospital Centro Médico Naval, brinda al interno 3 rotaciones adicionales dentro del servicio de Medicina, los cuales son: Geriatria, Neumología e Infectología durante 2 semanas; ofreciendo experiencia y conocimiento de mencionadas especialidades.

Caso clínico n.º1

Paciente varón de 40 años con acude refiriendo un tiempo de enfermedad de 3 días caracterizado con dolor lumbar de intensidad 6/10 por las mañanas. Además, de presentar disuria, polaquiuria y malestar general.

Refiere que se automedicó con 1 dosis de diclofenaco + orfenadrina + dexametasona intramuscular en una farmacia el segundo día del cuadro clínico, el cual le ayudó a la mejoría parcial de molestias. Sin embargo, al día siguiente por persistencia e intensificación de síntomas, donde el dolor lumbar aumenta de intensidad 9/10, decide acudir a emergencia.

Funciones biológicas: apetito conservado, orina disminuida en frecuencia y deposiciones sin cambios, actividad disminuida, sueño y peso sin alteraciones.

Antecedentes

El paciente niega consumir alcohol, tabaco y drogas.

- Patológicos: refiere ITU a repetición tratadas hace 1 año, hospitalizado por parálisis facial (2017), vértigo (2014) y litiasis hace 12 años. Niega HTA y DM.
- Quirúrgico: apendicectomía (2005) y reparación de testículo derecho (1990).
- Familiares: madre de 83 años con artrosis y padre de 80 años no refiere patologías.

Funciones vitales: PA: 110/70 mmHg, FC: 65x, FR: 19x, T°: 36,3°C, SatO₂: 98 %

Examen físico

Luego de haber revisado las funciones vitales del paciente procedemos a la evaluación del examen físico en el que el paciente se encuentra en AREG, AREN, AREH

- Peso 75 kg, Talla: 1,69 cm, IMC: 26.3
- Piel: T/H/E. Llenado capilar < 2", no cianosis, no ictericia, ni edemas.
- TyP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.
- CV: RCR de buena intensidad e intensidad, no soplos. Pulsos periféricos palpables en 4 extremidades.
- Abdomen: B/D, RHA (+) doloroso a la palpación profunda en el hemiabdomen inferior a predominio de hipogastrio, no visceromegalias.
- GU: PPL lado izquierdo (+) /lado derecho (-), PRU lado izquierdo (+) /lado derecho (-). Sensibilidad del ángulo costovertebral.

- Neurológico: Despierto, colaborador, LOTEP, Glasgow 15/15, no focalización ni signos meníngeos.

Diagnósticos presuntivos

1. Infección de tracto urinario D/c litiasis ureteral

Plan de trabajo

El paciente tras haber sido evaluado en emergencia se le indica que se realice exámenes de laboratorio en donde se observa en su examen de orina una leucocitosis leve, leucocitos (10-20), hematuria (10-20), gérmenes abundantes en orina asociado con la clínica sintomática (disuria, polaquiuria, malestar general y dolor lumbar e hipogastrio) añadiendo que al examen físico presentaba dolor en hipogastrio y PPL izquierdo (+) y PRU izquierdo (+) y sensibilidad del ángulo costovertebral además del antecedente de litiasis. Se le realiza un urocultivo en el que se aísla *E. coli* por lo que se indica su hospitalización para el manejo antibiótico por el patógeno, recibió ceftriaxona 2 g ev cada 24 horas, el paciente no presentó molestias con el tratamiento se le realiza un sedimento urinario 48 horas luego de haber culminado con el antibiótico en el que sale negativo por el cual se le indica su alta médica

Caso clínico n.º2

Paciente mujer de 68 años con un tiempo de enfermedad de 5 días acude al servicio de Emergencia refiriendo que constantemente se aplica inyecciones intramusculares en glúteo por dolor intenso en la columna. Además, presenta un aumento de volumen y signos de flogosis en la región superior glútea izquierdo, que de manera progresiva le ocasiona dolor. En el transcurso de los días, comenta que se le añadió fiebre (39°C), malestar general y mialgias que le generaban dolor y dificultad al caminar.

Funciones biológicas: apetito disminuido, orina y deposiciones sin cambios, actividad y sueño disminuido, y peso sin alteraciones

Antecedentes

La paciente refiere que como antecedente patológico presenta hipertensión arterial desde el año 2020 así como artrosis y lumbalgia desde 2017, refiere haber tenido una cirugía en el 2017 por una colecistectomía laparoscópica, niega consumir alcohol, tabaco o drogas.

Funciones vitales: PA: 120/80 mmHg, FC: 80 x, FR: 20 x, T°: 36,9°C, SatO₂: 99 %

Examen físico

- Piel: T/H/E. Llenado capilar < 2", no cianosis, no ictericia. Región de glúteo izquierdo con área de 30x12cm de bordes regulares con signos de flogosis y aumento de volumen en toda la región.
- TyP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.
- CV: RCR de buena intensidad e intensidad, no soplos. Pulsos periféricos palpables en 4 extremidades.
- Abdomen: B/D, RHA (+), no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no visceromegalias.
- GU: PPL negativo, PRU negativo
- Neurológico: Despierta, colaboradora, LOtep, Glasgow 15/15, no focalización ni signos meníngeos.

Diagnósticos presuntivos

- Celulitis de glúteo izquierdo
- D/c Absceso supraglúteo

Plan de trabajo

La paciente es atendida por emergencia en donde se le hidrata con cloruro de sodio 1 000 cc a 50 ml/h, ranitidina 50 mg ampolla ev, ketoprofeno 100 mg ev cada 12 horas, oxacilina 2 g iv cada 4 horas y metamizol 1g ev condicional, se le realiza exámenes de laboratorio en el cual se muestra una leucocitosis y reacción inflamatoria elevada por lo que se decide en hospitalizar para un manejo adecuado sobre la infección que presenta en el glúteo izquierdo. Una vez hospitalizada se le indica la toma de ecografía

de partes blanda donde indica proceso inflamatorio asociado a colección en las partes blandas por lo que se le realiza una interconsulta al servicio de Cirugía General en el que indican que la paciente continúe con el tratamiento antibiótico y añadiendo clindamicina 600 mg ev cada 8 horas por 7 días, conforme los días pasaban la paciente presentaba aumento de volumen además de endurecimiento de la zona afectada generando una masa supra glútea izquierda de aproximadamente 5x4 cm. Por dicha razón, se reevalúa por el servicio de Cirugía General quienes optan por realizar drenaje cutáneo, el cual obtuvo 50 cc de contenido purulento; además, de proceder a un cambio en el antibiótico a ampicilina/sulbactam e iniciar con curaciones diarias, se evidencia mejoría clínica una vez culminada la antibioticoterapia, la paciente es dada de alta en el que se le indica las indicaciones que debe seguir en casa tratamiento antibiótico con sultamicilina por 5 días y ketoprofeno si presenta dolor además de realizar curaciones diarias en la lesión con solución salina entre 3 a 4 veces con ayuda de gasas estériles y que acuda al servicio en 5 días para reevaluación.

Caso clínico n.º3

Paciente varón de 23 años, natural de Lima, procedente de Chorrillos acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de enfermedad de 5 días, refiere presentar sensación de escalofríos y de alza térmica durante la noche. A los siguientes días despierta con cefalea intensa, mialgias y fiebre. Refiere como antecedente el haber estado en la base naval de Namay del 10/04 hasta el 28/04 por curso de supervivencia. Por intensificación y persistencia de síntomas y agregación de otros síntomas como artralgias, dolor retro ocular y dolor abdominal es por lo que acude a la emergencia del CEMENA.

Funciones biológicas: apetito disminuido, orina y deposiciones sin cambios, actividad y sueño aumentado, y peso sin alteraciones.

Antecedentes

El paciente refiere no presentar alguna enfermedad, en el 2004 tuvo una cirugía por fractura del dedo meñique de la mano derecha y el 2022 por circuncisión, niega consumir alcohol, tabaco o drogas. RAMS (-).

Funciones vitales: PA: 120/80 mmHg, FC: 96 x, FR: 20 x, T°: 38°C, SatO₂: 97 %.

Examen físico: Al momento del examen físico el paciente se encuentra en AREG, AREN, AREH.

- Piel: T/H/E. Llenado capilar < 2", no cianosis, no ictericia, no palidez.
- TyP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.
- CV: RCR de buena intensidad e intensidad, no soplos. Pulsos periféricos palpables en 4 extremidades.
- Abdomen: B/D, RHA (+), no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no visceromegalias.
- GU: PPL (-) y PRU (-)
- Neurológico: Lucido, colaborador, LOTEP, Glasgow 15/15, no focalización ni signos meníngeos.

Diagnósticos presuntivos

1. Síndrome febril: d/c dengue sin signos de alarma

Plan de trabajo

El paciente es atendido por emergencia donde se le indica la toma de exámenes de laboratorio su hemoglobina se encontraba en 14.9g/dL, leucocitos en 6.43×10^3 cel/ μ L, plaquetas en 125×10^3 cel/ μ L y hematocrito en 43.5%. El PCR fue de 170 mg/L y respecto a urea fue de 16.7mg/dl y creatinina 0.81mg/dl. Además, se le hizo la prueba de NS1 para descartar dengue, pero el resultado demora entre 1 a 2 días. se le indica al paciente metamizol más medios físicos aparte de ketoprofeno, el paciente iniciara el tratamiento ambulatorio debido a no presentar signos de alarma, se le explica que debe continuar con hidratación y analgésicos de forma ambulatoria, además de la toma de nuevos exámenes de laboratorios dentro de una semana, y que si presenta algún signo de

alarma que acuda por emergencia.

1.3. Rotación en Ginecología y Obstetricia

La segunda rotación por la pasamos, fue Ginecología y Obstetricia, siendo ésta una de las especialidades prioritarias para todo interno de medicina por la cual debe pasar y tener la preparación adecuada, debido a que posteriormente a nuestro egreso, dichas enseñanzas serán aplicadas en el Servicio Rural Marginal de Salud (Serums). Las pacientes gestantes corresponden a una población significativa dentro del ámbito médico; de igual manera, es necesario realizar una adecuada historia clínica ginecológica, debido a las frecuentes patologías que acechan a las pacientes femeninas. En el Hospital Naval, el servicio de ginecología atribuye un piso completo dentro del nosocomio, adyacente al servicio de Neonatología. Dentro de esta rotación, el interno tiene la oportunidad de participar los partos tanto eutócicos como cesáreas; de igual manera, ser parte de las cirugías ginecológicas que se realizan; además, puede realizar exámenes ginecológicos con la supervisión del médico asistente y/o residentes. Iniciamos esta rotación el 16 junio del 2023, teniendo una duración de 2 meses y 15 días, culminando el 31 de agosto del mismo año.

Caso clínico n.º4

Paciente gestante de 27 semanas 1/7 por ecografía del 1er trimestre de 28 años, procedente de ventanilla, ingresa a emergencia del Centro Médico Naval, presentando un tiempo de enfermedad de 2 días, manifestándose como una cefalea de aparición insidiosa, localizada en todo el cráneo como “en gorro ajustado”, que se irradia hacia la región cervical, de tipo opresivo, de intensidad inicial 4/10 que luego fue progresando a 8/10, y que no calmaba con el descanso. Asociado a esto, hace 1 día empezó a tener un pitido en el oído de manera intermitente, y en los momentos de dolor más intenso visualizó “lucecitas blancas” que volaban alrededor. Todo ello acompañado de dolor lumbar intenso, que no había presentado anteriormente.

Antecedentes

La paciente no refiere presentar algún antecedente patológico, actualmente como medicación de uso frecuente tomó aspirina 150 mg diario desde la semana 20, presenta antecedente quirúrgica cesárea en 2019 por preeclampsia.

- Menarquia: 12 años, RC: 4/30, FUR: 04/02/23, FPP: 11/10/23, 1ra RS: 22 años, última RS: hace 1 mes, RSCN: niega.
- Niega leucorrea, dispareunia.
- Formula obstétrica: G2 P1001. G1: 2019, RNAT masculino 3300gr, nacido por CSTP.
- Datos adicionales de historia obstétrica: Preeclampsia en su primera gestación.
- Controles prenatales: 04, PA máxima 110/60mmHg, PA mínima 90/60mmHg

Funciones vitales: FC: 64 x', FR: 20 x', T °: 36.8, PA: 168/100 mmHg, Saturación 97 %.

Examen físico:

Al momento del examen físico la paciente se encuentra: Aparentemente mal estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación.

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica. No cianosis, no edemas, no lesiones, llenado de capilar <2".
- Linfático: no se palpan ganglios.
- Tórax y pulmones: tórax sin presencia de lesiones, amplexación conservada, resonante a la percusión, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no presencia de ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, adecuado tono e intensidad en todos los focos auscultatorios. No soplos audibles.
- Abdomen: sin presencia de lesiones, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación. Útero grávido, altura uterina 22 cm, SPP no determinado, LCF 150 x', dinámica uterina negativa.

- Genitourinario: PPL (-), PRU (-), genitales externos sin alteraciones, ausencia de flujo o sangrado vaginal.
- Sistema nervioso: LOTEP, Glasgow 15/15. No signos meníngeos ni de focalización.

Diagnósticos presuntivos

1. Gestante de 27ss 1/7 por ecografía del 1er trimestre
2. No trabajo de parto.
3. Trastorno hipertensivo del embarazo: Preeclampsia severa.
4. ARO: Antecedente de preeclampsia, cesárea previa

Plan de trabajo

Luego de haber evaluado a la paciente se procede a realizar la hospitalización además de solicitar un perfil de preeclampsia laboratorial, los resultados: hemoglobina 10.8 g/dl, hematocrito 31%, plaquetas en 60 103xmm³, Lactato deshidrogenasa 533 UI/L, bilirrubina total en 0.78 mg/dl, TGO 252.3 U/L, TGP 208.2 U/L por lo que se diagnostica como un síndrome de hellp, se le indica tratamiento antihipertensivo con sulfato de magnesio 4 g ev en 20 minutos, luego 1g/ hora + metildopa 500 mg vo cada 48 horas, se le realiza una junta médica de emergencia con el servicio de neonatología en el cual deciden la interrupción del embarazo procediendo a través de una cesárea segmentaria transversa iterativa y la maduración pulmonar al feto, luego de haber procedido con la cesárea de emergencia la paciente se le realizó control de marcadores hematológicos para seguimiento hasta la resolución de los valores alterados por el síndrome de hellp, se le realizó control y monitoreo en UCI quirúrgica hasta la estabilización del paciente, ya una vez estabilizada la paciente se le procede con controles mensuales, además de control de la presión arterial.

Caso clínico n.º5

Paciente de 24 años, con las iniciales KBB, procedente del Callao, es una gestante de 33 semanas 3/7 por ecografía del primer trimestre, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 4 horas presentando sangrado vaginal de abundante cantidad, de manera continua desde hace

4 horas. El sangrado viene acompañado de dolor abdominal en hipogastrio y pelvis de tipo cólico de intensidad 9/10, además la paciente refiere no presentar movimientos de su bebe desde un momento antes del inicio del cuadro.

Antecedentes

La paciente no refiere presentar antecedentes patológicos, en antecedentes quirúrgicos presenta un legrado en el año 2020, además refiere que de medicamentos de uso frecuente utiliza vitaminas prenatales además de sulfato ferroso, hábitos nocivos: tabaco (+).

Gineco-obstétricos

- Menarquia: 10 años ; RC: 7/30 días; FUR: 08/01/23, FPP: 15/10/23; 1ra RS: 17 años; última RS: hace 2 semanas; RSCN: niega
- Método anticonceptivo: anticonceptivos orales combinados.
- Niega Leucorrea, dispareunia, prurito genital.
- Formula obstétrica: G2 P0010; G1: Aborto a las 11 semanas de gestación con legrado uterino (2020), G2: Actual.
- Datos adicionales de historia obstétrica: Legrado uterino 2020.
- Controles prenatales: 06

Funciones vitales: FC: 122x', FR: 22x', T°: 38.1°C. PA: 150/106 mmHg, SatO2: 98 %

Examen físico: Luego de haber procedido a la toma de las funciones vitales realizamos el examen físico en el que se evidencia que la paciente está en AMEG, AREN, AMEH.

- Piel y TCSC: fría, sudorosa, elástica. No cianosis, no edemas, no lesiones. Llenado de capilar <2”.
- Linfático: no se palpan ganglios.
- Tórax y pulmones: tórax sin presencia de lesiones, amplexación conservada, resonante a la percusión, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no presencia de ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos taquicárdicos, rítmicos, adecuado tono e intensidad en todos los focos auscultatorios. No soplos audibles.

- Abdomen: sin presencia de lesiones, doloroso a la palpación, útero grávido, altura uterina 28cm, SPP LCI, LCF ausentes no audibles al doppler ni ecografía, marcada hipertonia uterina.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-), genitales externos sin alteraciones, sangrado vaginal activo abundante con presencia de coágulos.
- Sistema nervioso: LOTEP, Glasgow 15/15. No signos meníngeos ni de focalización.

Diagnósticos presuntivos

1. Gestante de 33 semanas 3/7 por ecografía del 1er trimestre.
2. Hemorragia del 3er trimestre,
3. D/C Desprendimiento prematuro de placenta,
4. Óbito fetal

Plan de trabajo

Luego de haber entrevistado a la paciente y evaluarla mediante el examen físico, viendo los diagnósticos en el caso del desprendimiento prematuro de placenta en el que correría en riesgo la vida del hijo, tomando datos como el que la paciente se encuentra con la presión elevada, es fumadora y además refiere no presentar movimientos fetales son buenos indicadores; se le indica que se realice un perfil de preeclampsia laboratorial en el que el resultado dio a conocer que su hemoglobina se encuentra en 10.2 g/dl, hematocrito 30.1%, plaquetas 161, leucocitos 28.92, fosfatasa alcalina 166.7, demás parámetros laboratoriales no se encuentra alguna variación, evaluando el caso viendo que no se encuentra latidos fetales se decide en la realización de una cesárea segmentaria transversa primaria de emergencia, en el que se procede a realizar el riesgo cardiológico se forma urgente a la misma de solicitar 2 paquetes globulares, después de haber realizado la cesárea se le da tratamiento con analgésicos, metildopa 250 mg vo c/8h, cabergolina 0.5 mg 2 tabletas STAT, nifedipino 10 mg vo STAT, se le explica a la paciente que se mantenga en reposo además se le realiza una interconsulta al servicio de psiquiatría. Se le mantiene seguimiento con controles laboratoriales hasta que se estabilice, se le indica que mantenga un control por el servicio de

psiquiatría y el uso de anticonceptivos por al menos 1 año.

Caso clínico n.º 6

Paciente de 40 años con las iniciales GSR, procedente de ventanilla, cursando con un tiempo de enfermedad de 18 horas es traída a emergencia refiriendo sangrado vaginal con presencia de coágulos, asociado a dolor pélvico tipo cólico de intensidad en aumento. Además, refiere que hace 2 horas aprox. Presenta fiebre cuantificada en 38.8 °C, escalofríos, debilidad y leve dificultad para respirar. Desconoce estar embarazada, nos indica que tiene menstruaciones irregulares, con última regla hace aproximadamente 50 días y niega el uso de métodos anticonceptivos.

Antecedentes

La paciente refiere como antecedente patológico al presentar hipotiroidismo, además refiere haber sido operada por una apendicectomía en el 2010, como medicamentos de uso frecuente la paciente toma levotiroxina 100 mg vo c/24h, hábitos nocivos: alcohol (+), tabaco (+).

Gineco-obstétricos

- Menarquia: 13 años; RC: 4-6 / 32-38 días, algunos meses no presenta menstruación; FUR: 10/07/22; 1ra RS: 16 años; última RS: hace 2 semanas; RSCN: niega.
- Método anticonceptivo: Niega.
- Niega leucorrea; dispareunia: en un par de ocasiones; así como también, prurito genital de manera ocasional.
- PAP: 2020 negativo.
- Formula obstétrica: G2 P1011; G1: aborto espontáneo (2005); G2: parto por cesárea, RNAT a las 39ss sexo femenino, peso 2 980 gr, talla 47 cm (2007)

Funciones vitales: FC: 110 x', FR: 28 x', T °: 39 °C, PA: 85/48 mmHg, SatO2: 94 %

Examen físico: Al momento que se le realizó la evaluación a la paciente

se encontraba en ABEG, AREN, ABEH.

- Piel y TCSC: Tibia, sudorosa, elástica. Cianosis perioral discreta, no edemas, no lesiones. Llenado de capilar 2”.
- Tórax y pulmones: tórax sin presencia de lesiones, amplexación conservada, resonante a la percusión, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, crépitos y subcrépitos difusos.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos taquicárdicos, rítmicos, adecuado tono e intensidad en todos los focos auscultatorios. No soplos audibles.
- Abdomen: sin presencia de lesiones, RHA (+), doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior, no se palpan masas ni visceromegalia.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-), genitales externos sin alteración, presencia de sangrado vaginal activo con presencia de coágulos y mal olor.
- Especuloscopia: Orificio cervical abierto, restos del producto de concepción visibles parcialmente en el canal vaginal, acompañado de sangrado.
- Sistema nervioso: LOTEP, Glasgow 15/15. No signos meníngeos ni de focalización.

Diagnósticos presuntivos

De acuerdo con el cuadro que presenta el paciente los datos que pudimos recolectar de la anamnesis y la evaluación del examen físico estos son los diagnósticos presuntivos:

1. Hemorragia uterina.
2. Aborto incompleto.
3. Insuficiencia respiratoria aguda

Plan de trabajo:

La paciente fue atendida por emergencia del servicio de ginecología debido al presentar hemorragia uterina, la paciente llega a emergencia cursando con un cuadro febril de 39.1° C y con hipotensión es evaluada por el servicio y se le indica que se realice exámenes de laboratorio prequirúrgicos, además de una radiografía de tórax en el que se evidencia

un patrón reticular difuso y trama vascular parahiliar reforzada. La paciente luego de que tenga listo sus prequirúrgico y su riesgo cardiológico es llevada a sala de operaciones para que se le realice un legrado uterino, luego de la cirugía la paciente se encontraba en manejo y monitoreo por UCI quirúrgica, brindándole oxigenoterapia y antibioticoterapia, se le realiza seguimiento de los resultados de anatomía patológica a determinar probable etiología del aborto

I.3 Rotación en Pediatría

La penúltima rotación se llevó a cabo en el servicio de Pediatría, siendo considerada una de las especialidades más amenas del internado, que, a su misma vez, comprendía rotar por el servicio de Neonatología. Los internos nos distribuimos, en sala de hospitalización, consultorios externos, y guardias diurnas y nocturnas en ambas especialidades de igual forma que las anteriores rotaciones. Esta rotación fue muy enriquecedora, como también exigente, debido a que se trata con población vulnerable como son niños menores de 5 años en mayor frecuencia y neonatos; a la vez, resaltamos que el desarrollo de la historia clínica y anamnesis es indirecto, puesto que, estos pacientes acuden con los padres; por lo que, la atención es una relación entre médico, paciente y menor. Dentro de las patologías más frecuentes, se evidencian cuadros febriles, asma, gastroenteritis e infección de vías respiratorias. Por otro lado, el servicio de Neonatología brinda la oportunidad al interno, de poder realizar atención primaria del recién nacido, ampliando los conocimientos tanto teóricos y prácticos ya aprendidos.

Iniciamos la rotación el 1 de septiembre del 2023 y finalizó el 15 de noviembre del mismo año.

Caso clínico n.º 7

Paciente escolar de sexo masculino de iniciales JDAG de 8 años, procedente del distrito de Los Olivos, es traído por sus padres a emergencia pediatría del CEMENA, quienes comentan que menor presenta tos seca hace aproximadamente 8 días, y que incrementa de manera progresiva al pasar de los días, añadiendo que es más persistente,

asociado a expectoración verdosa y sensación de alza térmica. Padres comentan que llevaron al menor a consultorio particular donde le indicaron tratamiento sintomático para infección de vías respiratorias altas; sin embargo, un día antes del ingreso percibieron “silbido en el pecho”, tos productiva exigente, agitación al realizar actividades diarias, decaimiento y fiebre, motivo por el cual acuden a emergencia.

Antecedentes

Madre refiere que menor presenta sus inmunizaciones completas para su edad. Menciona que hijo presenta infecciones de vías respiratorias altas en mayor frecuencia (1 vez al mes), niega asma, niega alergias, niega medicación de uso frecuente y RAMS; madre del menor refiere que su papá es fumador.

Funciones vitales

- Frecuencia cardíaca: 123 x'
- Frecuencia respiratoria: 35 x'
- Temperatura: 38.3 °C
- Saturación: 90 % al FIO₂ % 0.21

Examen físico: Se procede a evaluar a la paciente una vez tomada las funciones vitales, a la ectoscopia se evidencia: aparente mal estado general, paciente agitado, taquipnea, con cierta dificultad respiratoria; regular estado de hidratación, regular estado de nutrición.

- Peso: 24 kg; Talla: 122 cm
- Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica. No cianosis. Llenado de capilar <2". o Cabeza: Normocéfalo, sin lesiones.
- Ojos: simétricos, sin secreciones, pupilas foto reactivas.
- Nariz: central, no presencia de moco.
- Boca: simétrica, labios secos, mucosa seca y pálida, saliva filante.
- Orejas: normoinseratas, CAE permeable.
- Cuello: cilíndrico, móvil, no se palpan adenopatías.
- Tórax y pulmones: tórax sin presencia de lesiones, amplexación

conservada, tirajes subcostales marcados, resonante a la percusión, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, sibilantes inspiratorios y espiratorios, espiración levemente prolongada, movilización de secreciones audible.

- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, adecuado tono e intensidad en todos los focos auscultatorios. No soplos audibles.
- Abdomen: sin presencia de lesiones, ruidos hidroaéreos presentes y aumentados de frecuencia, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no se palpa visceromegalia.
- Genitourinario: genitales externos acorde a edad y sexo, no alteraciones.
- Sistema nervioso: lúcida, despierta, reactiva a estímulos, Glasgow 15/15. No signos meníngeos ni de focalización, ROT ++/++++.
- SOMA: moviliza 4 extremidades, leve dolor a la movilización pasiva y activa de las articulaciones de las rodillas.

Diagnósticos presuntivos:

Luego de realizar la historia clínica, examen físico, se dispone a exponer los posibles diagnósticos y síndromes:

1. Síndrome febril
2. Infección de vías respiratorias altas.
3. Crisis Asmática moderada

Plan de trabajo

El paciente fue atendido en emergencia debido a crisis asmática moderada; en primera instancia se estabiliza a menor controlando sus funciones vitales, en el momento se solicita radiografía de tórax, en donde se evidencia signos de hiperinsuflación, no consolidaciones; posteriormente, se indica realizar nebulizaciones con salbutamol 14 gotas por 15 minutos en 3 tiempos con descansos de intervalo de 15 minutos; de igual forma, se suministra corticoide terapia con prednisona 40 mg vía oral previo a las nebulizaciones y repriman vía oral para el manejo de cuadro febril. Una vez culminado el ciclo, reevaluamos al menor y se controla funciones vitales, evidenciando mejoría clínica. Finalmente,

cuando se controló el cuadro, se indica alta médica con indicaciones para su domicilio: prednisona 10 mg vo cada 12 horas por 5 días, salbutamol 100 mcg 2 puff cada 6 horas por 3 días, luego 2 puff cada 8 horas por 7 días; también, se indica a los padres, que menor debe recibir controles por consultorio externo de pediatría en 7 días para seguimiento del caso.

Caso Clínico n.º8

Paciente escolar de sexo masculino de 6 años, es traído por su madre a emergencia pediátrica del CEMENA, quien refiere tiempo de enfermedad de aproximadamente 20 horas, forma de inicio súbito y curso agudo, caracterizado por presentar deposiciones líquidas (5 cámaras) sin moco, sin sangre, asociado a náuseas y vómitos de contenido alimentario en 2 oportunidades; añade, que hace 5 horas menor cursa con cuadro febril cuantificado de 38.1° y decaimiento; madre refiere que no le dio nada para la fiebre. Niega otra sintomatología.

Antecedentes

Madre refiere que menor no presenta antecedentes patológicos, ni quirúrgicos; niega uso de medicación habitual, niega alergia medicamentosa.

Funciones vitales: T: 37.9°C, FC: 132 lpm., FR: 18 rpm., PA: 110/70 mmHg., SatO2: 97 %. FiO2: 0,21 %

Examen físico: al ingreso a la emergencia, el menor presenta regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición.

- Cabeza: normocéfalo; ojos: no secreciones, no hundidos; nariz: fosas nasales congestivas, ligera secreción nasal; oídos: CAE permeable, no secreciones; orofaringe: levemente eritematosa.
- Piel y mucosas: piel caliente, elástica, hidratada. Llenado capilar < 2 segundos, mucosa seca, no cianosis; TCSC: no edemas.
- Linfáticos: no se palpan adenopatías.
- Tórax y pulmones: amplexación conservada, no uso de músculos

- accesorios, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, patrón respiratorio eupneico, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad. No se auscultan soplos. Ingurgitación yugular negativa. Pulsos periféricos palpables.
 - Abdomen: móvil a la respiración. RHA presentes, propulsivos aumentados en tono, frecuencia e intensidad. Blando/Depresible. No doloroso a la palpación.
 - GU: PPL (+) y PRU (+).
 - Aparato locomotor: moviliza 4 extremidades.
 - Sistema nervioso: despierto, irritable. No signos de focalización. No signos meníngeos.

Con la historia clínica hecha y posterior examen físico, se decide solicitar exámenes de laboratorio como hemograma, electrolitos, urea/creatinina, PCR, PCT, reacción inflamatoria en heces, para luego pasar al menor a observación, con impresión diagnóstica de Síndrome febril y diarrea aguda a descartar origen viral vs. bacteriano; se inicia la hidratación y tolerancia oral paulatinamente.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: informa hemoglobina 13.9 mg/dL, hematocrito 40.9 %, presenta leucocitos en 7089, segmentados 71 %, abastonado 0.2 %, plaquetas 250 000.
- Urea: 22 mg/dL creatinina: 0.80 mg/dL
- Electrolitos: sodio 138 mEq/L, potasio 4 mEq/L, cloro 101 mEq/L
- PCR: 20 mg/L, PCT: 0,3 mg/dL
- Reacción inflamatoria en heces: 5-20 leucocitos por campo

Una vez informados los exámenes de laboratorio, se concluye como diagnóstico definitivo: gastroenterocolitis aguda de origen viral.

Se indica manejo ambulatorio, posterior a la tolerancia oral, se receta sales de rehidratación oral 100 a 200 ml después de cada deposición líquida,

calculando la ingesta de aproximadamente 1 litro cada 24 horas; de la misma forma, se indica suplemento de zinc en comprimidos de 20 mg durante 10 a 14 días. A la misma vez, se sugiere a la madre que brinde al menor líquidos caseros para evitar la deshidratación. Asimismo, se le indica que debe continuar con su alimentación habitual, de preferencia aquellos que sean ricos en potasio. Finalmente, se explica al familiar aquellos signos de alarma que pueda presentar el menor, como: aumento de sed, somnolencia, aumento de deposiciones líquidas, fiebre que no remite a antipiréticos, vómitos aumentados, en caso el paciente presente alguno de ellos, acudir de inmediato a emergencia nuevamente.

Caso clínico n.º 9

Neonato de sexo masculino de 5 días de vida, es llevado al servicio de emergencia al servicio de Neonatología por sus padres, quienes refieren que desde hace 1 día empezaron a notar que piel y ojos del bebé se encuentra amarillenta; la mamá comenta que ha sido muy difícil que su hijo lacte de manera continua, propiciando que el neonato se encuentre irritable y no pueda conciliar sueño; además, menciona que posterior a la lactancia es complicado que “eructe”. Por último, refiere que desde hace 8 horas está predominantemente dormido y poco reactivo a los estímulos.

Antecedentes

Neonato nacido por parto eutócico a las 39 semanas, peso al nacer 2 500 g, talla al nacer 49 cm, APGAR 8 al primer minuto y 9 a los cinco minutos; madre refiere que no hubo complicaciones durante la gestación, niega complicaciones intra y post parto, niega antecedentes maternos de importancia. Niega alergias a medicamentos.

Grupo y factor de la madre O +; grupo y factor del bebé A +.

Funciones biológicas

- Apetito: disminuido.
- Sed: conservado.
- Orina: 2 veces en 24 horas.
- Deposiciones: 0 en 24 horas.

- Sueño: aumentado

Funciones vitales: FC: 120 x', FR: 53 x', T °: 37.0, SatO2: 97 %.

Examen físico: Se procede a evaluar a neonato con ayuda de los padres

- Peso: 2 300 gr, delta de peso: - 8 % en 5 días, talla: 49 cm
- Apreciación general: AREG, AREN, AREH
- Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica. No cianosis. Llenado de capilar <2". Presencia de ictericia en escleras y piel hasta nivel de los muslos.
- Cabeza: normocéfalo, sin lesiones. Ojos: simétricos, sin presencia de secreciones, presencia de tinte icterico en escleras.
- Nariz: central, no presencia de moco.
- Boca: simétrica, mucosa oral seca. o Cuello: cilíndrico, móvil, no se palpan adenopatías.
- Tórax y pulmones: tórax sin presencia de lesiones, resonante a la percusión, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no presencia de ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, adecuado tono e intensidad en todos los focos auscultatorios. No soplos audibles.
- Abdomen: sin presencia de lesiones, ruidos hidroaéreos presentes, leve distensión, blando, depresible, no doloroso a la palpación, timpánico a la percusión.
- Genitourinario: genitales externos acorde a edad y sexo, no alteraciones.
- Sistema nervioso: Dormido, poco reactivo, reflejos de moro (+), succión (+/-), palmar (+), plantar (+)
- SOMA: moviliza 4 extremidades.

Diagnóstico presuntivo

1. Ictericia neonatal

D/c por lactancia materna

D/c incompatibilidad de grupo

Plan de trabajo

Posterior a la evaluación del neonato, se decide hospitalizar para un adecuado manejo; se solicita exámenes laboratoriales: hemograma, bilirrubina total y fraccionada, reticulocitos, test de Coombs y glucosa. De igual manera, se indica inicio de fototerapia continua, seguidamente de monitoreo de valores de bilirrubina y alimentación adecuada.

Los resultados de laboratorio informan:

- Hemograma: hemoglobina 18.8 g/dl, hematocrito: 58 %, plaquetas: 280 103 x mm³, leucocitos 17.43 103 xmm³.
- Bilirrubina total: 20.4 mg/dl, bilirrubina directa 2.1 mg/dl, bilirrubina indirecta 18.3 mg/dl, reticulocitos: 0.7 %
- Glucosa: 58 mg/dl
- Test de Coombs directo: negativo

Con los resultados de laboratorio se concluye con los diagnósticos definitivos: Ictericia neonatal por leche materna, ictericia por incompatibilidad de grupo; por ende, se continúa con las indicaciones anteriores: fototerapia continua por 24 horas, cuidados específicos de fototerapia, fórmula materna cada 3 horas, monitoreo de balance hídrico, control de bilirrubinas en 24 horas posterior a término de fototerapia. Posterior a las 48 horas de fototerapia, se evidencia mejoría clínica en relación con la ictericia, además de los valores de bilirrubina fueron disminuyendo, en rangos aceptables de acuerdo con el tiempo de vida del neonato; se procede con el alta y se programa seguimiento por consultorio externo de neonatología en 7 días para asegurar manejo de la ictericia; además, de enseñar a la madre técnicas de adecuada lactancia materna.

I.4. Rotación en Cirugía General

La última especialidad por la que rotamos en el internado fue Cirugía General, que, a su vez, se subdividió en cortas rotaciones de 2 semanas en los servicios de Urología, Traumatología y Ortopedia. Se inició la rotación el 16 de noviembre del 2023, y tuvo término el 30 de enero del 2024, clausurando así nuestro internado médico.

Durante los días de rotación en el servicio de Cirugía, que constó de un

mes y 15 días en su totalidad, el interno representa un rol importante ya que es el encargo de la evolución del paciente post operado, así como también, tiene la oportunidad de entrar a sala de operaciones, en la cual se desenvuelve activamente, participando de las diversas cirugías que tiene el servicio. De la misma manera, en el servicio, están las especialidades de Cirugía de Cabeza, Cuello y Mamas, donde de la misma forma, el interno tiene la responsabilidad de ingresar con el paciente, para desarrollarse en otro ámbito del campo quirúrgico. En el servicio, al igual que las otras rotaciones, también se realizan guardias diurnas y nocturnas, en el cual, se tiene la capacidad de admitir paciente politraumatizado y quemados, pudiendo realizar atención primaria a este tipo de pacientes, como también de ingresar a SOP de emergencia, si el caso lo amerita.

Por otro lado, en las rotaciones del servicio de Traumatología y Urología, que tienen duraciones de dos semanas, el interno realiza la colocación de yesos y férulas, además de hacer guardias día en el servicio de Traumatología, recibiendo pacientes con fracturas, luxaciones y esguinces, que son patologías más frecuentes que se observa en el servicio. la especialidad de Urología brinda la oportunidad de aprender a realizar una adecuada colocación, retiro y permeabilización de sonda Foley, como también, participar de las diversas cirugías urológicas. Dentro de todas las especialidades mencionadas, el interno está en constante evaluación por parte de los asistentes y residentes, teniendo actividades académicas diarias, en el cual se presenta temas de las enfermedades más frecuentes, así como presentación de casos clínicos, y revisión de revistas de acuerdo con el tema presentado.

Caso clínico n.º10

Paciente de sexo masculino de 61 años, procedente de Los Olivos, acude al servicio de Cirugía general, refiriendo tiempo de enfermedad de 2 años, caracterizado por presentar masa en flanco derecho que protruye de cicatriz quirúrgica al esfuerzo y al realizar actividades cotidianas, asociado a dolor de intensidad 9/10 en dicha zona e incomodidad. Paciente refiere que dicha masa se presentó 2 meses posteriores a cirugía anterior, esta

fue Nefrectomía derecha por tumoración renal.

Antecedentes

Paciente niega tener enfermedades crónicas; sin embargo, presenta antecedentes quirúrgicos como: Nefrectomía derecha por tumoración renal benigna en el 2 022; cirugía bariátrica (manga gástrica) en el 2 023. Niega medicación habitual, niega RAMS.

Funciones vitales: PA: 120/80 mmHg, FC: 82 x', FR: 20 x', T °: 36.3, Sat%: 97 %.

Examen físico

Se procede a realizar evaluación física al paciente, éste ingresa aparentemente con buen estado general, buen estado de hidratación, buen estado de nutrición.

- Peso: 71 kg, Talla: 1.68 cm, IMC: 25.2
- Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica. No cianosis, no ictericia, no lesiones. Llenado de capilar <2”.
- Tórax y pulmones: tórax sin presencia de lesiones, amplexación conservada, MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, adecuado tono e intensidad en todos los focos auscultatorios. No soplos audibles.
- Abdomen: móvil a la respiración, no distendido, se evidencia en flanco derecho a nivel de cicatriz quirúrgica lateral tipo Kocher ampliada a flanco derecho masa de aproximadamente 20 x 17 cm de diámetro que protruye a la maniobra de Valsalva; a la vez, se palpa en misma zona masa del tamaño ya mencionado y defecto herniario de aproximadamente 12 cm, el cual impresiona contener asas intestinales, doloroso a la palpación. RHA (+) de adecuado tono, intensidad y frecuencia. Blando, depresible, resto de abdomen no dolor a la palpación. No signos peritoneales.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-)
- SNC: LOTEP, EG 15/15 no signos meníngeos ni de focalización

Diagnósticos presuntivos

Eventración en flanco derecho

Nefrectomizado derecho por antecedente

Sobrepeso

Plan de trabajo

Una vez evaluado el paciente, y verificar la historia clínica antigua para conocer y profundizar sobre su cirugía previa, se decide realizar la eventroplastia dos días posteriores a su ingreso al CEMENA. En el acto quirúrgico, se realiza como primer paso la disección por planos hasta aponeurosis y posteriormente la identificación del anillo eventrógeno, luego exploración del saco eventrógeno y su contenido, se apertura el saco para luego reducir el contenido que fue colon ascendente sin signos de necrosis a cavidad abdominal, consecuentemente, se cierra el saco eventrógeno con sutura absorbible, como también, cierre de aponeurosis; por último, se realiza colocación de malla de polipropileno pre aponeurótica, y colocación de drenaje hemovac a presión negativa; se cierra finalmente por plano hasta piel.

Paciente presentó buena recuperación post operatoria, se contabilizó el drenaje que este fue descendiendo en los días de hospitalización, como también, buena tolerancia del dolor, adecuada tolerancia oral, y deambulación. Fue dado de alta 10 días después de la cirugía, con el retiro de hemovac e indicaciones para su domicilio, y control por consultorio externo en el servicio de cirugía en 7 días.

Caso clínico n.º 11

Paciente fémina de 78 años, procedente de Comas, ingresa por emergencia al Centro Médico Naval, refiriendo tiempo de enfermedad de 2 horas, caracterizado por dolor y limitación funcional en músculos del miembro inferior izquierdo, de inicio súbito y curso agudo, refiriendo que presentó caída desde su propia altura al tropezarse caminando, presentando contusión en cadera izquierda, asociado a dolor de intensidad 10/10 en misma región.

Antecedentes

Paciente refiere tener enfermedades crónicas como diabetes *mellitus* tipo 2 desde hace 10 años, en tratamiento con metformina e hipertensión arterial, de igual forma en tratamiento con enalapril. Como antecedentes quirúrgicos menciona haber sido operada de ooforectomía bilateral hace 20 años, como también de prótesis de rodilla derecha hace 15 años y por último colecistectomía laparoscópica hace 5 años. Niega presentar alergia a medicamentos.

Funciones vitales: FC: 79 x', FR: 18 x', T °: 36.3° C, PA: 120/85 mmHg, SAT%: 98 %.

Examen físico

Se realiza evaluación a paciente, que presenta facie dolorosa, regular estado general, buen estado nutrición e hidratación.

- Peso: 63 kg, Talla: 1.55 cm, IMC: 26.2
- Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica. No cianosis, no ictericia, no lesiones. Llenado de capilar <2”.
- Tórax y pulmones: tórax sin presencia de lesiones, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, adecuado tono e intensidad en todos los focos auscultatorios. No soplos audibles.
- Abdomen: Móvil a la respiración, RHA (+) de adecuado tono, intensidad y frecuencia. Blando, depresible, no dolor a la palpación. No signos peritoneales.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-)
- Sistema nervioso: LOTEPE, EG 15/15 no signos meníngeos ni de focalización.
- SOMA: a nivel de cadera izquierda no se aprecia cambios de coloración o lesiones, acortamiento de la extremidad aproximadamente de 4 cm, limitación a la movilización por dolor, dolor intenso a la palpación.

Diagnósticos presuntivos

Una vez evaluada, se discute el posible diagnóstico que presenta la paciente, y a la vez, plantear el manejo siguiente que recibirá. Como diagnóstico probable tenemos:

1. D/C fractura de cuello de fémur
2. Obesidad
3. DM2 por antecedente en tratamiento
4. HTA por antecedente en tratamiento

Plan de trabajo

Posterior a la anamnesis y adecuado examen físico, se procede a hospitalizar a la paciente; y seguidamente, se indica radiografía y tomografía de cadera izquierda, en el cual se evidencia trazo de fractura de fémur proximal izquierdo. Una vez teniendo estos resultados se solicitan exámenes de laboratorios y riesgos quirúrgicos para posterior programación de cirugía. Dichos resultados laboratoriales detallan que paciente presenta hemoglobina de 9.2 mg/dL, agregando un diagnóstico más; los riesgos quirúrgicos detallaron: cardiológico riesgo II y neumológico riesgo intermedio, dejando indicaciones de salbutamol 100 mcg 2 inhalaciones cada 8 horas con aerocámara y 1 hora antes de ingresar a cirugía, además de espirómetro de incentivo desde el día de evaluación hasta post sop.

La paciente ingresa a sala de operaciones una semana luego a su hospitalización; sin embargo, antes de la cirugía se transfunde 1 paquete globular debido a hemoglobina menor a 10 mg/dL. La cirugía programada fue reducción abierta más fijación interna de fémur; se realiza cirugía sin intercurencia; por lo que paciente fue dada de alta 10 días después; posteriormente se deja indicaciones para realizar seguimiento por consultorio externo de traumatología idealmente a la semana del alta hospitalaria, verificar la herida operatoria y la progresión de la movilidad del miembro inferior operado y la mejoría progresiva del dolor. Así mismo, se da un régimen a la paciente de cómo iniciar con cargas parciales hasta

llegar a cargas completas de peso; como también, recomendar y dar las pautas para inicio de terapia física hasta recuperar la funcionalidad del miembro inferior izquierdo.

Caso clínico n.º 12

Paciente varón de 53 años con iniciales RCHA, procedente de Ventanilla, acude al servicio de Urología con tiempo de enfermedad de 2 años, de curso insidioso y curso crónico, refiriendo presentar nicturia de 3 a 4 veces, y durante el día sensación para miccionar repetitivamente. Menciona que hace seis meses le realizaron tacto rectal de control en centro de salud, en el cual no reportan agrandamiento de próstata; sin embargo, presenta endurecimiento de cara posterior de misma zona. Paciente añade que no presenta enfermedades crónicas, ni medicación habitual. Niega alergia a medicamentos.

Como antecedentes quirúrgicos: circuncisión el 1 970.

Funciones vitales: FC: 67 x', FR: 19 x', T °: 36.7°C, PA: 110/70 mmHg

Examen físico

Se realiza al paciente una evaluación física completa; sin embargo, profundizamos en el aparato genitourinario; además del tacto rectal, para así poder determinar la patología de fondo.

- Apreciación general: aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición, aparente buen estado de hidratación.
- Peso: 72 kg; talla: 1.67 cm; IMC: 25.9
- Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica. No cianosis, no ictericia, no lesiones. Llenado de capilar <2''.
- Tórax y pulmones: tórax sin presencia de lesiones, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, adecuado tono e intensidad en todos los focos auscultatorios. No soplos audibles.
- Abdomen: móvil a la respiración, ruidos hidroaéreos presentes, de

adecuado tono, intensidad y frecuencia. Blando, depresible, no dolor a la palpación. No signos peritoneales.

- Genitourinario: PPL (-), PRU (-). Genitales externos sin alteración.
- Tacto rectal: a la ectoscopia no se aprecian lesiones de esfínter anal externo, esfínter anal interno normotónico, paredes rectales sin lesiones, se palpa próstata en su región posterior indurada.
- Sistema nervioso: LOTEP, EG 15/15 no signos meníngeos, ni de focalización.

Diagnósticos probables

Posterior a la evaluación de aparatos y sistemas del paciente, teniendo en cuenta el tiempo de enfermedad y sus correspondientes a edad, sexo signos y síntomas, indagamos en los posibles diagnósticos que el paciente puede padecer. Como primer síndrome tenemos: uropatía obstructiva, y con ellos exponemos el diagnóstico:

- Hiperplasia benigna de próstata vs. NM de próstata

Plan de trabajo

Se procede a hospitalizar al paciente para luego realizar exámenes de laboratorio y pruebas de imágenes para un diagnóstico certero, se solicita PSA total, urocultivo y examen de orinas; además, de los prequirúrgicos; así como también, tomografía abdomino-pélvica, resonancia magnética de próstata, y riesgos quirúrgicos. El resultante del PSA expuso valores de 14 ng/mL. Dentro de los hallazgos de la TAC abdomino-pélvica, describe: Hipertrofia de próstata grado I (volumen 25 cc); RMN de próstata evidencia: Crecimiento prostático grado I (volumen 22 cc), prostatitis, lóbulo izquierdo en 1/3 medio en zona periférica postero medial y lateral con presencia de nódulo de característica PIRADS 4, lóbulo izquierdo en 1/3 medio en zona de transición anterior con nódulo de características PIRADS 3; motivo por el cual, se decide toma de biopsia, el cual informa: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado Gleason 4+3= 7/10.

Presentando dichos resultados tanto laboratoriales como de imágenes, se decide programar al paciente para sala de operaciones; siendo el

procedimiento por efectuar: Prostatectomía radical con envío de muestras a estudio anatómico patológico.

Posterior a la cirugía se verifica la coloración de la orina evidenciada en sonda Foley, debiendo ser clara, y en ocasiones puede eliminar coágulos. Así mismo, vigilar el drenaje tipo nelaton que se deja intra SOP, y que idealmente el gasto de este sea 0 o vaya en disminución, si es menor a 30 cc en 24 horas se puede valorar su retiro. De igual manera se inició terapia antibiótica de siete días efectivos, y retiro de sonda a partir del quinto día. En un paciente con buen manejo de dolor y orina espontánea se puede valorar el alta, tal como fue en nuestro paciente, que se indicó el alta a los 8 días, pre escribiendo seguimiento por consultorio externo. Así mismo, se debe esperar el informe de patología para verificar los márgenes limpios. Dentro de los controles post quirúrgicos se puede solicitar seguimiento de PSA, el cual debe ir en descenso.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA

EXPERIENCIA

El internado que realizamos en el Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara se realizó solo en este nosocomio no hicimos rotaciones a centros de salud ni en algún otro hospital, nuestro internado constó de un tiempo de 10 meses.

El Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara es un centro médico de alta complejidad, que fue fundado el 4 de julio de 1956 mientras el vicealmirante Roque A. Saldías Maninat se encontraba en su gestión.⁽¹⁾ El Centro Médico Naval es la principal instalación médica de la DISAMAR (Dirección de salud de la Marina), que incluye una variedad de niveles de complejidad, este hospital está situado en el distrito de Bellavista, que forma parte de la provincia constitucional del Callao, este hospital se encuentra en la Avenida Venezuela s/n. A su vez, tiene un nivel de complejidad III-1, siendo este responsable de recibir referencias de otros centros DISAMAR que son menos complejos dentro de la sanidad naval.⁽¹⁾

El interno de medicina toma un papel con la mejoría del paciente con su tratamiento indicado por el médico asistente desde el llenado de una correcta historia clínica hasta el seguimiento diario mediante las evoluciones que se le realiza al paciente de forma que nosotros mantenemos informados a los médicos de cómo está el paciente, además nos encargamos de la toma de algún laboratorio como otras funciones como con el tema administrativo en el caso del paciente se le haya indicado su alta hacer las órdenes correspondientes.

Por otro lado; además de las funciones ya mencionadas en anterioridad, el interno desarrolla actividades académicas diarias, otorgadas por los residentes de los diversos temas de las enfermedades comunes que observamos en piso de hospitalización.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1. Rotación en Medicina Interna

III.1.1 Caso clínico n.º1: Infección del tracto urinario

La infección del tracto urinario se define como la presencia de microorganismos patógenos por el tracto urinario que se puede presentar con o sin sintomatología, entre un 80 a 90 % es más predominante el origen bacteriano. Es una gran problemática con la salud pública de los pacientes debido a que es la segunda causa de infección más frecuente en los pacientes. La infección urinaria se puede clasificar de varias formas, la ITU baja donde se encontraría la cistitis y la uretritis, la ITU alta donde se encuentran los casos de pielonefritis, además encontramos otra división que es de mayor utilidad en la práctica clínica como la ITU no complicada donde se ve a los pacientes que presentan un tracto urinario normal y que los síntomas que puedan presentar son de la zona de la uretra y de la vejiga en cambio la ITU complicada se produce por infecciones recurrentes que puede ser ocasionado por problemas farmacológicos o en el caso de factores anatómicos. Cuando tengamos un paciente con problemas urinarios hay que tener bien presente los criterios diagnósticos para su evaluación donde se compone por fiebre de más de 38°C, presentar también polaquiuria, disuria además de dolor suprapúbico, y con un cultivo de orina positivo⁽²⁾.

En este caso se trata de un paciente que acude a la emergencia y es evaluada por el servicio, una vez que le hacemos la evaluación refiere un cuadro sugerente para una infección del tracto urinario debido a que presentaba disuria, polaquiuria, dolor en hemiabdomen inferior, por lo que se le piden exámenes de laboratorio donde se evidencia una leucocitosis además de que el examen del urocultivo nos aisló *E. coli*.

Con la clínica y los exámenes de laboratorio que nos confirman el diagnóstico, además de los antecedentes que presentaba ya que refería haber presentaba litiasis y cuadros de infección urinaria a repetición

procedemos al tratamiento antibiótico que se le daría al paciente, en este caso se optó darle de tratamiento ceftriaxona 2 g ev cada 24 horas en el que el paciente una vez hospitalizado siguió con el tratamiento durante 7 días sin mostrar algún tipo de molestia, por lo cual su sedimento urinario post tratamiento antibiótico resultó en valores normales, por lo que se procede a su alta y a explicarles las indicaciones que deba seguir en casa.

III.1.2 Caso clínico n.º 2: Celulitis

En el segundo caso de la rotación de medicina interna, quien es una paciente mujer de 68 años que acude por emergencia presentando desde hace 5 días dolor intenso en la columna, además de aumento de volumen en la parte superior del glúteo izquierdo no se evidenciaba signo de flogosis, por lo que el dolor fue aumentando de forma progresiva y con los días se le fue añadiendo la fiebre, la celulitis es una infección de forma aguda en partes blandas ocasionado por las bacterias que ingresan por una barrera cutánea, la celulitis va a estar representado entre un 10% de ingresos hospitalarios, tanto a hombres como mujeres en una frecuencia similar, pero va a ser más común en pacientes entre una edad media a un adulto mayor.

Hay que tener en cuenta que la celulitis va a estar caracterizado por un aumento de volumen, aumento de temperatura, eritematoso, puede llegar a presentar dolor, y hasta en ocasiones llegar a presentar ampollas, por lo general la celulitis se va a presentar en los miembros inferiores, a la hora de hablar de celulitis hay que tener los conceptos muy claros y más para poder diferenciarlo de una erisipela que se presenta más en la dermis superficial a diferencia de la celulitis que es en la dermis reticular, o que la erisipela va a estar ocasionada comúnmente en la cara, es difícil poder diferenciarlas a la hora de estar con los pacientes en la práctica clínica, pero algunos artículos catalogan a la erisipela como la celulitis superficial. Para el diagnóstico es más por la clínica que presenta el paciente, se le piden además exámenes de laboratorio, como en este caso clínico que presentó una leucocitosis, PCR elevado, con la paciente en emergencia lo primero que se realizó fue indicar que la hidraten, además de su

tratamiento con oxacilina, que tras ser hospitalizada y revisada por el servicio de Cirugía General se opta por cambiar el antibiótico a clindamicina por 7 días, y al ver que las manifestaciones clínicas que presentaba aumentaban es porque se opta por la realización de un drenaje⁽³⁾.

III.1.3 Caso clínico n.º3: Dengue

En el tercer caso clínico veremos un paciente con el cuadro de dengue, el paciente tiene 23 años quien ingresa a emergencia del hospital refiriendo fiebre de varios días de evolución, dolor retro ocular, mialgias, dolor abdominal, además nos refiere un antecedente importante el cual estuvo confinado en la base naval de Namay por 18 días. El dengue es una enfermedad viral endemo-epidémica causada por la picadura del *Aedes aegypti*. Actualmente, es la arbovirosis más importante, este tipo de zancudos pueden picar en cualquier momento del día, no se encuentra transmisión entre persona a persona. En el caso del paciente que presentaba un caso probable sin signos de alarma debido a que presentaba el cuadro febril de 5 días y ciertos síntomas característicos para catalogarlo como sin signos de alarma como las mialgias y el dolor retro ocular.

En emergencia cuando llegan pacientes con estos síntomas característicos primero vemos el grado de severidad debido a que puede que no presente signos de alarma como en el caso de presentar un incremento brusco del hematocrito con disminución de plaquetas, vómitos persistentes, o en el caso que presenta algún tipo de sangrado, entre otras. Después de haber terminado el periodo de incubación, el dengue se va a componer de 3 fases, en la primera fase evidenciamos la fase febril en donde que consta de una periodo de 2 a 7 días, esta fase va a estar caracterizada debido a disminución de la fiebre mientras que el paciente va a estar presentando sudoración, entre otros síntomas pero de forma transitoria, en esta fase debemos evaluar detalladamente como es la evolución del paciente debido a que a la culminación de la fase febril puede proceder desfavorablemente, continuando con el curso de la enfermedad vamos a ver la fase crítica

después de haber ocurrido la caída de la fiebre en donde vamos a ver al paciente presentando los signos de alarma que viendo cómo evoluciona podría llegar a presentar shock, es por eso que en esta fase es necesario hacer un seguimiento de forma estricta debido a que si las manifestaciones son alarmante lo que se procedería a seguir con el paciente sería la hospitalización, luego como última veremos a la fase de recuperación en donde se espera la mejoría del cuadro clínico, esta fase se hará un seguimiento al paciente por una posible sobrecarga liquida que pueda presentar más que nada por lo ocurrido en la fase crítica, además de alguna posible infección que pueda ocurrir; de igual manera, se evidencia como el hematocrito empieza a subir, esta fase dura 72 horas.

Con respecto al tratamiento en este caso lo primero que se hizo es de acuerdo a la anamnesis y el examen físico ver si presentaba signos de alarma, el paciente fue diagnosticado como dengue sin signos de alarma, lo primero que se le indico en emergencias fue la hidratación de forma oral ya que el paciente no se encontraba deshidratado y si toleraba líquidos, además de metamizol y ketoprofeno, se le pidió además que se saque el NS1 pero como los resultados demoran entre 1 a 2 días es por eso que se le explica al paciente que puede seguir el tratamiento de una forma ambulatoria debido a que no presenta signos de alarma, pero haciendo hincapié que en una semana regrese con nuevos laboratorios y que si presenta algún signo de alarma regrese por emergencia⁽⁴⁾.

III.2. Rotación en Ginecología y Obstetricia

III.2.1 Caso clínico n.º4: Síndrome de Hellp

En el primer caso clínico que veremos de esta rotación el cuadro que se ve es sobre el síndrome de hellp, quien acude por emergencia al servicio de ginecología presentando cefalea intensa, irradiando a la región cervical, luego empezó a presentar un pitido en el oído de forma intermitente que cuando se presentaba dolor refiere ver como luces blancas. Al momento de medir las funciones vitales la presión se encontraba elevada en 168/100, y sumando los registros laboratoriales en donde nos muestra un

recuento bajo de plaquetas, hemólisis microangiopática que será lo más característico con el síndrome de hellp, además puede presentar una elevación de las enzimas hepáticas.

Los síndromes hipertensivos del embarazo va a estar definida con una presión por arriba de 140/90 que será tomada en 2 ocasiones que será realizado en un intervalo de 4 horas, como complicación veremos el síndrome de hellp qué es catalogado como una variante de la preeclampsia, este síndrome por lo general ocurre en el tercer trimestre pero hay un porcentaje de paciente entre un 30 % aproximadamente que pueden presentar síndrome de hellp en el posparto, hay un porcentaje de paciente que de forma atípica inicia la enfermedad sin presentar hipertensión o incluso proteinuria que estaría representado entre un 15%, este síndrome en las manifestaciones que presente puede ocurrir vómitos, dolor en la zona del epigastrio y en el caso de alguna complicación puede ocurrir desprendimiento de placenta, edema pulmonar agudo o en el caso lesión renal de forma aguda, entre otras⁽⁵⁾.

En este cuadro clínico luego de haber hecho la anamnesis rescatando el antecedente de preeclampsia previa y el examen físico, el fijarnos cuanto tiene de presión arterial con la toma de las funciones vitales, añadiendo sus laboratorios que son sugerente a un síndrome de hellp, se le da tratamiento antihipertensivo con sulfato de magnesio y metildopa, pero a su vez con el servicio de neonatología viendo cómo va evolucionando sus laboratorios se opta por una junta médica de emergencia donde se decide realizar la interrupción de embarazo mediante una cesárea segmentaria transversa iterativa, por esta situación es que a las gestantes que presenten un cuadro hipertensivo se les debe de pedir laboratorios como un perfil de preeclampsia con el fin de identificar si la paciente presenta los criterios característicos de este síndrome, teniendo en cuenta que optando por la interrupción del embarazado para la madre pero a su vez proceder con preparar al feto a la vez con una maduración pulmonar.

III.2.2 Caso clínico n.º 5: Desprendimiento prematuro de placenta

En el segundo caso clínico del que hablaremos es sobre una paciente de 24 años, quien es una gestante de 33 semanas 3/7 acude a la emergencia del servicio de ginecología debido a que presenta sangrado vaginal de abundante cantidad, el sangrado viene acompañado de dolor en hipogastrio, además la paciente refiere no presentar movimientos fetales, que el cuadro clínico es sugerente para un desprendimiento prematuro de placenta que se define como la separación de la placenta a la decidua que ocurre por lo general después de las 20 semanas.

En el caso de las pacientes embarazadas que ya presenten síntomas de desprendimiento deberán ser evaluados por el servicio de ginecología de forma inmediata con el fin de ver por el bienestar materno y fetal, vamos a ver que el desprendimiento prematuro de placenta ocurre entre 3 a 10 por 1000 nacimientos.

Los factores de riesgo que tiene el desprendimiento prematuro de membrana son en el caso si ha presentado una abrupción previa ya que las pacientes que en su primer embarazo hayan presentado desprendimiento de placenta el riesgo aumenta para los embarazos próximos hasta 93 veces mayor de riesgo presentara si tiene este factor de riesgo(6), otro factor de riesgo que puede presentar es la hipertensión que su riesgo aumenta como hasta 5 veces más que con tratamiento antihipertensivo reduciría el riesgo, otro factor de riesgo que en este caso sería modificable es el tabaquismo que se encuentra asociado a 4 veces más probabilidades de presentar desprendimiento placentario.

Con el caso de esta paciente viendo sus anamnesis, sus antecedentes, además presentaba la presión elevada pero uno de los datos más importantes es el que no presenta movimientos fetales al evaluarla no se le encuentra latidos cardiacos fetales es por ello que se decide a la realización de una cesárea segmentaria transversa primaria de emergencia por el óbito fetal, las consecuencias que puede presentar el feto con el desprendimiento prematuro de placenta en primera instancia

estaría el aumento de la mortalidad debido a que puede presentar asfixia, bajo peso al nacer, hipoxia, entre otros. En el caso de la madre las consecuencias que puede presentar con el desprendimiento placentario están relacionado con un sangrado excesivo y coagulación intravascular diseminada llegando a provocar un shock hipovolémico⁽⁶⁾.

III.2.3 Caso clínico n°6: Aborto incompleto

En el tercer caso que veremos del servicio de ginecología se trata de una paciente de 40 años que acude por emergencia presentando el cuadro de aborto incompleto, la paciente presentaba sangrado vaginal y además se evidenciaba coágulos, estuvo presentando además dolor pélvico de una intensidad progresiva, fiebre y refiriendo que su última menstruación fue hace 50 días aproximadamente, el aborto incompleto puede ocurrir como resultado de la salida de materia tisular y/o coágulos en la vagina, en la actualidad un porcentaje de pacientes aproximadamente un 60 % de mujeres que acuden por emergencia al servicio de ginecología presentando hemorragia vaginal por lo general se le cataloga como aborto incompleto, este cuadro clínico no es provocada y ocurre la expulsión del feto entre la semana 20 o 24 del embarazo, en el caso la pérdida del feto sea posterior a esas semanas ya estaría indicando el caso de muerte fetal⁽⁷⁾.

Las complicaciones que se evidencian con el aborto incompleto veremos que las principales serían la hemorragia y en el caso de una infección, el riesgo va a seguir aumentando de acuerdo a como vaya aumentando la edad gestacional, en el caso de la paciente que presente hemorragia el riesgo de llegar a ser hospitalizada es bajo aproximadamente un 1%, con la aparición de esta complicación se puede requerir el inicio de una transfusión sanguínea o que sea vista quirúrgicamente, para la segunda complicación que puede ocurrir como es el caso de una infección veremos que los síntomas que presenta puede incluir dolor abdominal o incluso pélvico, secreción purulenta, fiebre, hipotensión. En el caso de las pacientes que presenten una infección grave puede provocar una inestabilidad hemodinámica haciendo que la paciente llegue a presentar

un aborto séptico requiriendo una pronta evaluación.

El aborto séptico se define al caso que la paciente presente el útero infectado, su gestación debe estar antes de las 20 semanas⁽⁸⁾, en el caso de las pacientes que presenten pasando las 20 semanas estaríamos refiriéndonos a una corioamnionitis, las pacientes que presentan aborto séptico está indicado proceder a la hospitalización de la paciente además de iniciar de forma inmediata con antibióticos, como sería el caso de nuestra paciente que por los síntomas que presentaba el sangrado vaginal con coágulos, dolor pélvico, fiebre, además presentaba hipotensión por lo que se le diagnostica con un aborto incompleto y se procede a ser intervenida quirúrgicamente mediante un legrado uterino.

III.3. Rotación en Pediatría

III.3.1. Caso clínico n.º7: Crisis asmática

En el primer caso clínico presentado en el servicio de Pediatría, el cuadro es similar a una crisis asmática, es un escolar de 8 años, que ingresa por emergencia pediátrica por persistencia de tos seca desde hace ocho días, que con el tiempo se exagera y se agrega dificultad respiratoria. El asma se conoce como una inflamación crónica que presenta broncoconstricción y sibilancias. El microclima o macroclima, así como los alérgenos como el polen, el pelo de mascotas y el humo de tabaco, provocan esta respuesta inflamatoria.

Nos encontramos frente a una obstrucción bronquial de tipo reversible e inflamación bronquial en esta enfermedad. Las manifestaciones clínicas como tos, sibilancias, sensación de falta de aire o disnea, dolor u opresión en el tórax y cansancio se consideran para el diagnóstico de asma; además, se asocia a que esta patología puede empeorar durante la noche después de actividades físicas, con infecciones respiratorias y exposición a neuroalérgenos.

En la emergencia, la crisis asmática puede clasificarse como leve, moderada

o severa, según el puntaje modificado de Bierman y Pirson. Se puede confirmar el diagnóstico mediante radiografía de tórax anteroposterior y lateral, en las que se puede detectar hiperinsuflación, aplanamiento de los diafragmas y engrosamiento peribronquial; esta placa será útil para diferenciar diagnósticos de otras enfermedades, como neumonías atípicas.

Para el diagnóstico, la historia clínica es crucial porque se debe preguntar sobre los antecedentes de la atopía del paciente. El índice predictivo de asma con criterios mayores y menores puede predecir el desarrollo de asma en un 97 %⁽⁹⁾.

El tratamiento de la crisis asmática varía según su categoría: si es leve, se empleará un agonista B2 inhalado o un agonista B2 nebulizado junto con corticoides por vía oral. Se da de alta con inhaladores si el paciente responde bien a la terapia.

Si nos enfrentamos a una crisis moderada, se administrará B2 agonista inhalado 6 inhalaciones por aerocámara o B2 agonista nebulizado cada 20 minutos hasta 3 ciclos; por otro lado, si la saturación es inferior al 94 %, se evaluará el uso de bromuro de ipratropio y corticoides orales junto con oxigenoterapia⁽⁹⁾ ⁽¹⁰⁾.

En nuestro paciente, se controló la crisis administrando corticoides vía oral y posterior se indicó nebulizaciones con salbutamol; al alta se indica prednisona vía oral, y salbutamol por aerocámara; así como también, control por consultorio de pediatría.

III.3.2. Caso clínico n.º8: Gastroenterocolitis

El presente caso relata a un escolar de 06 años, que ingresa por emergencia del servicio de pediatría por deposiciones líquidas y vómitos, por lo que se presume diagnóstico de gastroenteritis aguda. Esta enfermedad se define como un cuadro de disminución de consistencia de heces con aumento de la frecuencia defecatoria que también puede venir con fiebre y cuadros de vómitos en un tiempo menor de 2 semanas. El paciente manifestó todos estos

síntomas y se reconoce por la bibliografía que las diarreas agudas en pediatría son más frecuentemente causadas por virus, siendo el rotavirus el más común; en segundo lugar, son bacterias, con *Campylobacter*, *Salmonella* y *Escherichia Coli* las bacterias más comunes y, en menos frecuencia, son parasitosis. La identificación de las características de las deposiciones, como la presencia de moco y/o sangre, es crucial para diferenciarlas de un cuadro disentérico o acuoso característico de agentes etiológicos específicos.

En el caso presentado, la madre del menor niega presencia de sangre en las deposiciones; sin embargo, añade persistencia de fiebre a cuadro. El diagnóstico se realizó por hemograma y reacción inflamatoria en heces, concluyendo que se trata de una GECA de origen viral. La principal complicación aguda de la diarrea es la deshidratación. Los síntomas principales incluyen fontanela deprimida, mucosa oral seca, ojos hundidos con pocas o no lágrimas, taquicardia, oliguria, llenado capilar lento y trastornos sensoriales⁽¹¹⁾.

Nuestro paciente se catalogó como cuadro de gastroenteritis de origen viral y deshidratación leve; motivo por el cual se inició el plan A del Minsa según la GPC, el cual consiste en la prevención de la deshidratación, y posterior a ello se da de alta a menor con las 5 reglas: aumentar la ingesta de líquidos, mantener la dieta habitual o la lactancia materna, explicar los signos de alarma, administrar zinc y enseñar hábitos dietéticos higiénicos para evitar futuros cuadros de diarrea⁽¹²⁾.

III.3.3. Caso clínico n.º9: Ictericia neonatal

El último caso que se presentó fue dado por el servicio de Neonatología, el cual se trató de un cuadro de ictericia neonatal, se sabe que esta patología es una de las principales causas de ingreso a la emergencia pediátrica; frecuentemente, la presencia de ictericia en neonatos no requiere tratamiento, ya que se debe a un proceso fisiológico secundario a la inmadurez hepática y al aumento de la producción de bilirrubina indirecta^{(13) (14)}.

En los primeros días de vida, entre el 60 y el 70 % de los neonatos a término

y el 80 % de los neonatos prematuros se muestran clínicamente ictericos. Cuando los niveles de bilirrubina aumentan gradualmente y alcanzan niveles elevados, existe la posibilidad de que atraviesen la barrera hematoencefálica y causen daño cerebral, especialmente en los ganglios basales, con consecuencias en el desarrollo neurológico como la encefalopatía por bilirrubina o Kernicterus. La fisiológica aparece después de 24 horas de vida, se encuentra niveles de bilirrubina en RNT de 12 mg/dl o 0.5% del peso corporal y en pretérmino de 10 mg/dl. Los pacientes que reciben lactancia materna exclusiva (LME) pueden llegar a 15 mg/dl y permanecer allí durante más de 4 semanas^{(13) (14) (15)}.

Nuestro neonato de 5 días de vida, presentó coloración amarillenta en piel y mucosas; además, de somnolencia e inactividad. Algo resaltante en este cuadro es que la madre refiere que no llevaba una adecuada técnica de lactancia. El manejo indicado para el bebé fue solicitar en primera instancia dosaje de bilirrubinas, y posterior a ello compararlo según la escala de NICE.

En la actualidad, la fototerapia es el método más efectivo y utilizado para tratar la ictericia neonatal. Es seguro para recién nacidos a término y prematuros, ya que, reduce el peligro de intercambios sanguíneos al disminuir la concentración de bilirrubina. Asimismo, en neonatología los cuidados de enfermería son esenciales; los profesionales de la enfermería deben tener la capacidad de diagnosticar y planificar una serie de cuidados que serán administrados posteriormente a un bebé ingresado con ictericia. Aunque suele ser benigna cuando se trata adecuadamente, entre el 5 % y el 11 % de los recién nacidos desarrollan hiperbilirrubinemia grave o ictericia patológica que requiere fototerapia, exanguinotransfusión o medicamentos que aceleran el metabolismo de la bilirrubina⁽¹³⁾.

III.4. Rotación en Cirugía General

III.4.1. Caso clínico n°10: Eventración

Cuando hablamos de eventración hace referencia a la patología denominada hernia ventral o incisional, la cual protruye de la cavidad abdominal por medio

de una zona debilitada producida por algún procedimiento quirúrgico previo. El porcentaje estimado de presentación abarca de 3 a 13 % de la población en general, y siendo más predisponente en mujeres por alto nivel estrogénico. Como conocemos, las hernias constan de 3 estructuras anatómicas: defecto o anillo herniario, saco y contenido; en el caso de las eventraciones o hernia incisional, el contenido puede variar, ya sea una víscera tal como asa delgada y gruesa o epiplón. Dentro de los factores de riesgo más prevalentes detallan: Aumento de la presión intraabdominal, el hipoproteinemia que engloba el estado nutricional de cada paciente, colagenopatías, cirugía de urgencia que abarca el tipo de procedimiento que se realiza, incluyendo el sitio operatorio, ISO y edad ⁽¹⁶⁾; sin embargo, algunas literaturas describen a la obesidad como un factor de riesgo más; añadiendo a ello, el tipo de incisión que se realiza; debido, a que a mayor longitud de incisión ya sea incisión vertical, laparotomías, incisiones subcostal, entre otras, estas representa mayor riesgo de incurrir en una eventración posteriormente.

Asimismo, clasifican a las eventraciones tanto en agudas y crónicas, siendo la primera descrita como aquella que se manifiesta en el post operatorio inmediato; por otro lado, las crónicas, son aquellas que se presentan en un lapso prolongado después de la intervención quirúrgica. La sintomatología de las eventraciones crónicas se manifiesta como signo principal presencia de masa que incrementa de tamaño; también, dolor e incomodidad; esta varía de acuerdo con la ubicación y tamaño de la eventración.

En el primer caso presentado anteriormente del servicio de cirugía, detalla la historia de una paciente que presentó dicha patología posterior a un intervención quirúrgica que en su defecto fue una Nefrectomía derecha; se sabe que según el relato, que la masa se presentó 2 meses posteriores a la cirugía; sin embargo, el paciente refirió que principalmente la masa no causaba dolor, y que a medida del tiempo la masa fue incrementado de tamaño; por ende, presentaba dolor a las actividades diarias e incomodidad. El tratamiento de esta patología, se basa en la reconstrucción del defecto eventrógeno; dicha reparación anatómica se realiza por diversas técnicas, mencionamos las más conocidas: reconstrucción anatómica por planos,

reconstrucción por planos por medio de la superposición en forma transversal o técnica de mayo; técnica de San Martín - técnica de Barrionuevo⁽¹⁷⁾ donde se superponen en posición vertical la vaina de los rectos; a la vez, tenemos a la reparación con malla de polipropileno que consta en la colocación del material protésico pre aponeurótica. Resaltamos que el tipo de reparación que se vaya a realizar dependerá del tipo de eventración que se evidencia, posición y tamaño.

En el caso de nuestro paciente, se realizó la reparación anatómica con colocación de malla de polipropileno pre aponeurótica más hemovac; el paciente no presentó complicaciones mayores, y se dio el alta a los 10 días.

III.4.2. Caso clínico n°1: Fractura de cuello de fémur

El segundo caso presentado hace alusión a una fractura de cuello de fémur o denominada fractura de cadera, esta es una patología traumatológica muy común e importante en los adultos mayores, se estima en un 19 % en la población adulta mayor⁽¹⁸⁾.

Es una afección frecuente en los pacientes mayores y está relacionada con una alta tasa de mortalidad. Para reducir el riesgo de complicaciones y mortalidad, es esencial un manejo temprano y multidisciplinario. Las fracturas en la cabeza, el cuello y la región intertrocantérica del fémur se consideran fracturas de cadera; estas fracturas son una de las más comunes en adultos mayores, siendo la más discapacitante y limitando su independencia y funcionalidad. La edad avanzada, el sexo masculino, la localización intertrocantérea, la poca movilidad previa a la fractura y la demencia son factores que influyen en la elevada mortalidad^{(18) (19)}.

Es importante recordar que la mayoría de los pacientes mayores tienen enfermedades crónicas que pueden descompensarse fácilmente después de un evento agudo como una fractura de esta característica. Por lo tanto, es crucial su manejo adecuado y un plan de resolución rápido, idealmente planificando una osteosíntesis; la importancia de la resolución es tan grande que algunos estudios indican que cada dos días de espera quirúrgica aumenta

el riesgo de muerte. ⁽¹⁸⁾ ⁽²⁰⁾

En el segundo caso presentada en la rotación por Traumatología y Ortopedia, describe a una paciente mujer de 78 años, que acudió a emergencia de Traumatología con tiempo de enfermedad de 2 horas, refiriendo que se había caído y posteriormente presentó limitación funcional y dolor en miembro inferior izquierdo. Luego de los exámenes de imágenes se concluyó fractura de cuello de fémur. Los signos y síntomas principales de esta fractura son dolor e incapacidad para movilizar el miembro y los signos al examen físico son acortamiento y rotación externa del miembro afectado. El diagnóstico de esta paciente se realizó mediante radiografía y TAC de cadera izquierda, el cual evidenció trazo de fractura en fémur proximal izquierdo. Ciertas literaturas también mencionan como método diagnóstico a la gammagrafía ósea; por último, el manejo que se realizó a la paciente consistió en reducción abierta más fijación interna de fémur izquierdo una semana después a su ingreso y consecuentemente se indicó rehabilitación como parte del manejo.

III.4.3. Caso clínico n°12: Neoplasia de próstata

La neoplasia de próstata es una patología principalmente hormonal dependiente de distinta variedad; siendo el adenocarcinoma el más frecuente con un 95 % de incidencia de todas las neoplasias prostáticas⁽²¹⁾; esta se puede diferenciar de acuerdo a su origen ya sea epitelial o no epitelial. Dentro estas variantes, la epitelial es considerada altamente diferenciada y biológicamente menos agresiva; sin embargo, la no epitelial tiene un comportamiento altamente agresivo. Su tratamiento está diseñado para aliviar los síntomas, controlar su expansión y aumentar las posibilidades de curación. En Perú, el NM de próstata es una de las patologías urológicas más importantes, estimando 8700 casos anuales, convirtiéndose en la principal causa de muerte entre la población masculina con un aproximado de 2000 muertes anuales según el Minsa⁽²²⁾ ⁽²³⁾.

Los factores de riesgo que predisponen el desarrollo de esta enfermedad son la genética, edad y raza, describiendo que la raza afrodescendiente tiene mayor disposición para presentarla. Clínicamente se detalla que el

inicio de la enfermedad es asintomático o tiene poca relevancia sintomática; sin embargo, cuando esta se encuentra en estadios avanzados es donde más se diagnostica, refiriendo clínica como: hematuria, tos, poliartralgias, tenesmo o retención urinaria.

En el segundo caso narrado del servicio de Urología, describe a un paciente varón de 59 años, que acude con síntomas principales de nicturia, ardor al miccionar, urgencia miccional y sensación de retención urinaria; dicha sintomatología la presentada desde hace 2 años, y con el paso del tiempo estas molestias fueron en crecimiento; nuestro paciente ingresa con resultado de PSA en 12 ng/ ml, y examen de imágenes que describen hipertrofia prostática grado I en la TAC, y en la RM de próstata crecimiento prostático grado I, volumen 22 y catalogado como PIRADS 3, con dichos resultado se tomó muestra para biopsia la cual informó adenocarcinoma de próstata moderadamente diferenciado Gleason 4+3= 7/10.

Para concluir con el diagnóstico se solicitaron exámenes de laboratorio como PSA total e índice; además, de pruebas de imagen tales como tomografía abdomino-pélvica y resonancia de próstata; por otro lado, dentro de la evaluación física se debe realizar tacto rectal. Existen múltiples etapas de las neoplasias prostáticas, que se informan en función de los valores de PSA y la histología en la escala de Gleason: riesgo bajo: PSA inferior a 10 ng/mL, Gleason inferior a 7; riesgo intermedio: PSA entre 10 – entre 20 ng /m y Gleason es 7; riesgo alto: PSA por encima de 20 ng/mL, Gleason está entre 8 y 10⁽²⁴⁾ (22).

Con dicha clasificación, nuestro paciente se catalogó entre una bajo riesgo y riesgo intermedio. Dentro del manejo para esta patología, dependerá del estadio en el que se encuentre; cuando se realiza un diagnóstico temprano o localizado se ofrece como tratamiento quirúrgico la prostatectomía radical, que se basa en la extirpación de la próstata en conjunto con las vesículas seminales; además, que también se puede emplear radioterapia posterior a la cirugía para evitar propagación o metástasis; también, se habla de la terapia hormonal o androgénica en conjunto con la

radioterapia, que es conocida como terapia de deprivación hormonal, siendo la principal hormona a privar la testosterona; este manejo, es empleado en aquellas neoplasias prostáticas que se expandieron fuera de la próstata; se describe otro tipos de tratamiento como quimioterapia, terapia con radio farmacéutica e inmunoterapia, estos se utilizarán de acuerdo al estadio de cada paciente. En el caso presentado, al paciente con diagnóstico de adenocarcinoma de próstata se le realizó prostatectomía radical, debido a su patología se encontraba en estadio temprano; éste, no presentó mayor complicación post cirugía.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico 2023 – 2024 se llevó a cabo sin intercurrencia, inició caso de nosotros ambos iniciamos por la rotación de medicina interna, los internos fueron separados dependiendo qué sala le corresponda y ahí haciendo una distribución distribuir a los pacientes.

El internado tuvo experiencias enriquecedoras, resaltamos que asistíamos todos los días de lunes a domingo, con un horario dependiente de la rotación por la estábamos; ya que, había algunas especialidades donde requería de mucho más tiempo, debido al flujo de pacientes. Gracias al establecimiento de medidas sanitarias, pudimos llevar a cabo todas las rotaciones; inclusive, cinco rotaciones más como fue Geriatria, Neumología, Infectología, Traumatología y Urología, teniendo mayor campo académico, fue la oportunidad de conocer otros servicios, que en su momento fueron privados por la pandemia en años anteriores.

En la primera rotación de medicina interna en el centro médico naval fuimos distribuidos aproximadamente por 6 salas presentando aproximadamente 16 paciente por sala, realizamos guardias de forma semanal tanto diurna como nocturna en el que se evidenciaba buena cantidad de pacientes donde aprendimos de cada caso evaluado.

En la segunda rotación pasamos por Ginecología y Obstetricia, la cual es una especialidad por donde el interno tiene que ser minucioso y hábil, debido al tipo de pacientes que llegan a este servicio, ya sea, gestantes con alto riesgo obstétrico, o pacientes con patologías ginecológicas tales como sangrado vaginal. Dentro de esta rotación, el interno tiene la oportunidad de participar en partos eutócicos y cesáreas; observamos la evolución del trabajo de parto, y las posibles complicaciones que se pueden presentar, para en un futuro saber cómo manejarlo. De igual manera, en consultorio externo se evidencia la importancia de una adecuada evaluación ginecológica y obstétrica, aprendimos a realizar tacto vaginal, toma de PAP, y cómo se evalúa a una gestante, realizando control

prenatal.

En la tercera rotación estuvimos en el servicio de Pediatría, donde evidenciamos que tanto los pacientes hospitalizados como los que acudían por emergencia recurren por patologías respiratorias o diarrea por lo general, en las emergencias nos encontrábamos con una gran afluencia de pacientes, donde con la supervisión de nuestros médicos asistentes y residentes aprendimos de cada caso que se presenta comúnmente su tratamiento y cómo manejarlo; además, nos desenvolvimos en la rotación en el servicio de Neonatología en donde aprendemos a hacer una revisión exhaustiva a cada recién nacido con la finalidad de descartar alguna posible malformación, tenemos la oportunidad de ingresar a sala de operaciones en los casos de una cesárea de emergencia y de igual forma asistir en los partos eutócicos para la realización de atención inmediata del recién nacido.

La última rotación la llevamos a cabo en el servicio de Cirugía General donde los internos fuimos divididos por 3 rotaciones entre Cirugía General, Urología y Traumatología, en donde aprendimos y exploramos nuevas especialidades; de igual forma, nos brindaron de oportunidad de asistir en procedimientos quirúrgicos de las especialidades de Cirugía de Cabeza, Cuello y Mamas. Aprendimos sobre el cuidado del paciente post operado, seguimiento y evolución hasta su alta; como también, la importancia del manejo de medio interno y nutrición parenteral entrar a las cirugías de nuestros pacientes continuando con su seguimiento post quirúrgico, en las guardias aprendimos a ver qué casos si requieren de entrar a sala de operaciones por una cirugía de emergencia.

CONCLUSIONES

1. Esta etapa que un estudiante de pregrado recorre, es la etapa final de la formación del alumno como futuro médico; ya que, finaliza la carrera universitaria impartiendo y aplicando aquellos conocimientos y experiencias adquiridas durante este periodo. Como se expuso anteriormente, como consecuencia de la pandemia dada en el 2 020, el intervalo del internado se redujo a 10 meses efectivos; siendo el programa de internado del año 2 024 el último en realizar 11 meses, esperando que las próximas promociones regularicen este tiempo a 12 meses efectivos.
2. El estudiante de medicina tiene una conexión directa con cada paciente de su servicio, observa su progreso y establece una conexión directa con ellos; de la misma manera se hace conexiones con otros profesionales de la salud; como nutricionistas, enfermeras, tecnólogos médicos, etc.; esto es importante, para comprender el estado de nuestros pacientes y ofrecer un mejor servicio. Dado que los casos que presenta el hospital son numerosos, variados e individualizados, es importante conocer la infraestructura hospitalaria y los diferentes servicios que brinda para los respectivos estudios de los internos.
3. Durante la experiencia médica en el hospital, se observan numerosos casos clínicos que incluyen una variedad de afecciones que requieren la atención y manejo del personal de salud. Por lo tanto, es fundamental adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para que el futuro médico tenga un buen desempeño en el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) y a lo largo de su vida profesional.
4. En estos diez meses, también se realizaron actividades académicas como la resolución de casos clínicos por segmento con exposiciones y la resolución de temas relacionados con las patologías más comunes; los tutores, médicos asistentes y los residentes participaron en estas actividades.

5. Finalmente, concluimos que a pesar de las diversas limitaciones que surgieron durante el desarrollo del internado médico, como la reducción de la estancia, fue beneficioso, puesto que, los internos aprendimos mucho de cada miembro del hospital. Por último, el internado médico se entiende como una etapa exclusivamente de aprendizaje y crecimiento profesional y personal que determina el carácter y desempeño de los nuevos médicos.

RECOMENDACIONES

1. La recomendación que nosotros podemos dejar a los próximos internos es que siempre tratar de ser proactivos en el hospital con el fin de nutrirse con todos los casos interesantes que pueden encontrar en su centro hospitalario.
2. Otra recomendación sería aprender de cada pase de visita cuando abordamos a cada paciente con los médicos asistentes y residentes, tener en cuenta que cada paciente que ingresa al servicio es diferente, puede evolucionar con o sin interurrencia, por lo que se recomienda revisar y profundizar en la enfermedad vista en el hospital con el fin de aumentar sus conocimientos.
3. Aprender a perder el miedo a preguntar sobre temas que no nos han quedado muy claro, en el hospital tiene que ser docente, y cada día es una oportunidad para limar aquellos detalles que no entendemos; dado que, nos encontraremos con profesionales con años de servicio, con varias experiencias con pacientes que nos pueden explicar y orientar sobre cada caso.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Disamar – Marina de Guerra del Perú [Internet]. [citado 4 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/>
2. Katherine FSM, Mónica PBL, Grimanese TGM, Germán R, César LM, Elena TE. Infección urinaria intrahospitalaria en los servicios de hospitalización de Medicina de un hospital general.
3. Ortiz-Lazo E, Arriagada-Eggen C, Poehls C, Concha-Rogazy M. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. Actas Dermo-Sifiliográficas. marzo de 2019;110(2):124-30.
4. dengue.pdf.
5. Escuela de Ciencias de la Salud «Dr. Francisco Battistini Casalta», Universidad de Oriente – Núcleo Bolívar, Carrión-Nessi FS, Omaña-Ávila ÓD, Romero Arocha SR, Mendoza DL, Lahoud AC, et al. Síndromes hipertensivos del embarazo: pautas actualizadas para la conducta clínica. Rev Obstet Ginecol Venezuela. 15 de abril de 2022;82(02):242-63.
6. Acute placental abruption: Pathophysiology, clinical features, diagnosis, and consequences [Internet]. [citado 4 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://medilib.ir/uptodate/show/6826>.
7. Research C for DE and. Questions and Answers on Mifepristone for Medical Termination of Pregnancy Through Ten Weeks Gestation. FDA [Internet]. 9 de enero de 2023 [citado 4 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://www.fda.gov/drugs/postmarket-drug-safety-information-patients-and-providers/questions-and-answers-mifepristone-medical-termination-pregnancy-through-ten-weeks-gestation>.
8. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 5 de marzo de 2024]. Aborto séptico - Ginecología y obstetricia. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/aborto-s%C3%A9ptico>.
9. Calzón NP, Fernández JB. Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en Urgencias.
10. Actualización GINA 2023. ¿Qué hay de nuevo? | Guías de Práctica

- Clínica | Respiratorio en la Red | Live-Med [Internet]. [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.livemed.in/canales/respiratorio-en-la-red/guias/gina/gina-2023.html>
11. Povea Alfonso E, Hevia Bernal D, Povea Alfonso E, Hevia Bernal D. La enfermedad diarreica aguda. Rev Cuba Pediatría [Internet]. diciembre de 2019 [citado 4 de marzo de 2024];91(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75312019000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 12. Guías de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño 2022 file:///C:/Users/Julissa/Downloads/RD%20N%C2%B0%20000101-2022-DG-INSNSB%20DIAGN%C3%93STICO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20DIARREA%20AGUDA%20INFECCIOSA.pdf. - Buscar con Google [Internet]. [citado 4 de marzo de 2024].
 13. Miguel ÑV. Prevalencia de ictericia neonatal y factores asociados en recién nacidos a término. Rev Médica Panacea [Internet]. 2018 [citado 2 de marzo de 2024];7(2). Disponible en: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/29>
 14. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE ICTERICIA NEONATAL) PDF (www.inmp.gob.pe) - Buscar con Google [Internet]. [citado 4 de marzo de 2024]. Disponible en:
 15. Taipe-Paucar A, Toaquiza-Alvarado A, Merchán-Coronel G. Ictericia Neonatal a Nivel de América Latina. FACSALUD-UNEMI. 6 de junio de 2022;6(10):76-84.
 16. Egea AM, Tatay FC. Eventración aguda: evisceración.
 17. ucuarentaysiete_240226_203130.pdf.
 18. Fractura de cadera en adultos mayores: Impacto del tratamiento quirúrgico oportuno en la morbilidad [Internet]. [citado 4 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422019000600028
 19. Simone-Lang. Fractura de cuello femoral: diagnóstico, tratamiento y secuelas tardías [Internet]. 2022 [citado 1 de marzo de 2024].

Disponible en: <https://clinica-ortopedica-alemana.com/cirujano-especializado-cadera/fractura-de-cuello-femoral-diagnostico-tratamiento-y-secuelas-tardias.html>

20. Amigo Castañeda P, Rodríguez Díaz M, Fernández Valle O, Reguera Rodríguez R, Amigo Rodríguez PA, Amigo Castañeda P, et al. Fracturas del extremo proximal de fémur tratadas con Sistema Dinámico de Cadera. Evaluación de resultados. Rev Médica Electrónica. diciembre de 2020;42(6):2512-29.
21. Ruiz López AI, Pérez Mesa JC, Cruz Batista Y, González Lorenzo LE. Actualización sobre cáncer de próstata. Correo Científico Méd. septiembre de 2017;21(3):876-87.
22. Cáncer de Próstata: La primera causa de mortalidad en la población masculina [Internet]. [citado 27 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hospitalloayza/noticias/675052-cancer-de-prostata-la-primera-causa-de-mortalidad-en-la-poblacion-masculina>
23. Commissioner O of the. Cáncer de próstata: síntomas, pruebas y tratamientos. FDA [Internet]. 25 de octubre de 2023 [citado 27 de febrero de 2024]; Disponible en: <https://www.fda.gov/consumers/articulos-para-el-consumidor-en-espanol/cancer-de-prostata-sintomas-pruebas-y-tratamientos>
24. Carrillo DP, Checa DO, Hernandez IV, Quintana KR, Alvarez JA, López JA. Características clínicas y morbilidad en cirugía abdominal de emergencia en pacientes con COVID-19. Horiz Méd Lima. 2021;21(1):e1330-e1330.

OBSERVACIONES

GINECO-OBSTETRICIA

Caso 4.

- FPP no es la calculada según FUR.
- No describe tacto vaginal para conocer condiciones de cuello uterino.
- No hay datos del RN: EG x Capurro, Apgar, Peso, evolución hasta el alta.
- No consigna Dx. definitivos.

Caso 5.

- Falta hallazgos operatorios: placenta, datos del feto.

Caso 6.

- Falta Dx. definitivos
- Falta evolución hasta el alta.