

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIAS EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA Y HOSPITAL
NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ
2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA

PRESENTADO POR

KAREN SOFIA CHAVEZ MARTINEZ

ASESOR

PABLO GERARDO ARREDONDO MANRIQUE

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**

**EXPERIENCIAS EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL DE
EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA Y HOSPITAL NACIONAL
DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ
2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR
KAREN SOFIA CHAVEZ MARTINEZ**

**ASESOR
MC PABLO GERARDO ARREDONDO MANRIQUE**

**LIMA-PERÚ
2024**

JURADO

Presidente:

FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro:

JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro:

CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

A mis padres Fredy y Suny, que me ayudaron a diferenciar las metas que me tracé y hoy cumplí la más importante, valoro mucho el tiempo y la necesidad y el constante esfuerzo.

A mis queridos abuelos Héctor y Marino que ya no están en vida y soñaban con verme graduada como médica.

A mis tías, que me brindaron su cariño y apoyo durante estos durante estos siete años de la carrera.

A mi hermano por apoyarme en la época de la pandemia.

AGRADECIMIENTOS

Al médico cirujano Arredondo por su asesoría para poder realizar este trabajo y sus enseñanzas.

ÍNDICE

PORTADA	i
JURADO	ix
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
Rotación en Medicina Interna	1
Caso clínico 1: Pancreatitis aguda	1
Caso clínico 2: Neumonía	4
Rotación en Pediatría	7
Caso clínico n° 1: Laringotraqueobronquitis	8
Caso clínico n° 2 :Faringoamigdalitis	11
Rotación en Cirugía General	13
Caso 1: Apendicitis	14
Caso n°2: Colecistitis aguda	16
Rotación en Ginecología y obstetricia	19
Caso clínico n°1: Hipertensión gestacional	20
Caso clínico n°2: Aborto retenido	22
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	26
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	28
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA SOBRE LA EXPERIENCIA	38
CONCLUSIONES	39
FUENTES DE INFORMACIÓN	41

RESUMEN

Objetivos: Describir la experiencia y competencias adquiridas en el periodo del internado médico en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa y en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el período de 1 abril del 2023 hasta el 31 de enero del 2024. **Materiales y métodos:** Recopilación de información de los casos clínicos y experiencia durante el internado médico. **Resultados:** El internado médico es la última etapa trascendental de la carrera de medicina humana, es aquí donde el futuro médico fortalece sus habilidades prácticas, teóricas y forma un perfil íntegro profesional. **Conclusiones:** En el internado medico en el Hospital José Casimiro Ulloa y el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, se realizó 4 rotaciones en los servicios de Medicina interna, Pediatría, Cirugía general, Ginecología y Obstetricia, se llegó a adquirir nuevos conocimientos durante las prácticas al revisar los diferentes casos clínicos en cada rotación.

Palabra clave: Internado médico, medicina interna, pediatría, cirugía general, ginecología y obstetricia

ABSTRACT

Objectives: Describe the experience and skills acquired during the medical internship period at the José Casimiro Ulloa Emergency Hospital and at the Madre Niño San Bartolomé National Teaching Hospital during the period from April 1, 2023 to January 31, 2024. **Materials and methods:** Compilation of information from clinical cases and experience during the medical internship. **Results:** The medical internship is the last transcendental stage of the human medicine career; it is here where the future doctor strengthens his practical and theoretical skills and forms a complete professional profile. **Conclusions:** In the medical internship at the José Casimiro Ulloa Hospital and the Madre Niño San Bartolomé National Teaching Hospital, 4 rotations were carried out in the services of Internal Medicine, Pediatrics, General Surgery, Gynecology and Obstetrics, new knowledge was acquired during the practices by reviewing the different clinical cases in each rotation.

Keywords: Medical internship, internal medicine, pediatrics, general surgery, gynecology and obstetrics

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIAS EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA Y HOSPITAL NA C

AUTOR

KAREN SOFIA CHAVEZ MARTINEZ

RECuento de palabras

11767 Words

RECuento de caracteres

67133 Characters

RECuento de páginas

52 Pages

Tamaño del archivo

159.8KB

Fecha de entrega

Mar 25, 2024 5:11 PM GMT-5

Fecha del informe

Mar 25, 2024 5:13 PM GMT-5

● **16% de similitud general**

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

- 16% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% 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 último año de formación profesional en el internado médico es una etapa muy importante para consolidar el conocimiento práctico y teórico aprendido en el transcurso de los 6 años de la carrera para poder emplearlo durante ese año del internado en el hospital. En este trabajo se seleccionó los casos clínicos de las enfermedades más comunes de cada especialidad de las cuatro rotaciones que lleve a cabo en el internado. Además, para la elección de estos casos se consideró, el interés en el diagnóstico, en el adecuado manejo médico de estas enfermedades en el SERUMS, que es la fase siguiente a las prácticas durante el internado y para la mayoría, la primera vivencia como personal médico.

El internado inició el 1 de abril de 2023 y culminó el 31 de enero de 2024, bajo estrictas regulaciones establecidas este año por las autoridades responsables de los lineamientos de internado médico.

El problema fue que después de haber atravesado la pandemia del Covid 19, aún existía el riesgo de contraer las nuevas cepas del coronavirus en los hospitales, debido a que en el internado teníamos que rotar por los diferentes servicios y así como también había otros riesgos de contraer otras enfermedades o de contaminarse al realizar algunos procedimientos.

Los objetivos fueron describir la experiencia y competencias adquiridas en el periodo del internado médico en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa y en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, en el período de abril del 2023 hasta el 31 de enero del 2024.

El alcance con este trabajo es informar a los nuevos internos de medicina humana que quieran postular a una plaza en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa y en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, al especificar las responsabilidades del interno en los diversos servicios de Medicina interna, Ginecología y obstetricia, Pediatría y Cirugía General.

La limitación fue la dificultad en el monitoreo del paciente en particular esto se debe a las rotaciones cada dos meses en los servicios Medicina interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Cirugía general. Es difícil acceder a registros médicos antiguos para complementar la información de los pacientes.

Este trabajo es importante, ya que nos ayudará a comprender un mejor panorama del internado médico en un hospital III-E. Así como también, será como un referente para los posteriores internos para que puedan elegir dicha sede hospitalaria. El propósito de este trabajo de suficiencia profesional es poder explicar los casos clínicos más comunes de cada rotación y describir específicamente las competencias, así como una pequeña descripción del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa y en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

Rotación en Medicina Interna

La primera rotación realizada fue en el servicio de Medicina Interna en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, el cual comenzó el 01 de junio del 2023 y culminó el 30 de julio del 2023. El departamento de medicina interna en dicho hospital cuenta con diferentes servicios como: Hospitalización de medicina, en el cual se hospitalizan pacientes con múltiples causas como infecciones urinarias, neumonías, accidentes cerebrovasculares (ACV), pancreatitis, diabéticos sin un buen control con algunas complicaciones agudas y crónicas y otras enfermedades más. Y con respecto a las Emergencias de Medicina Interna, en el cual consolidamos los conocimientos aprendidos en la universidad, realizando la identificación y su respectiva terapéutica según la enfermedad, en la emergencia los casos que más se atendían en los pacientes eran el síndrome doloroso abdominal, infarto agudo de miocardio, convulsiones complejas o estatus epilépticos, las crisis hipertensivas, ACV y otras enfermedades más.

Es importante recalcar que desde este servicio se podía decidir el rumbo que debía seguir un paciente, si se requiere un manejo en conjunto de otras especialidades, o si solo se necesita estar en observación, aquí el paciente continuará en el área de tópico de medicina donde hay una monitorización más adecuada y se podría tomar una decisión para su posterior hospitalización dependiendo del curso clínico, antecedentes personales y factores de riesgo. Se presentarán dos casos clínicos de mi rotación de Medicina Interna más frecuentes que se realizan en la consulta.

Caso clínico 1: Pancreatitis aguda

Anamnesis

Paciente varón con iniciales JLLO de 40 años, casado, trabaja como seguridad para una empresa privada, reside en el distrito de Chorrillos, ingresó por emergencia el día 27/10/2023 al Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Enfermedad actual: Tiempo de enfermedad: 1 día.

Relato: Paciente varón acude a emergencia refiriendo que hace 1 día presenta un dolor abdominal de inicio brusco a nivel del hemiabdomen izquierdo de intensidad 10/10 con irradiación a nivel a lumbar y flancos tipo cólico y opresivo que se agrava al estar de pie y se alivia al estar arrodillado con la cabeza abajo en el suelo, a su vez está acompañado de vómitos que fueron 4 veces al inicio con contenido alimenticio y posterior fue de contenido bilioso, pérdida del apetito, náuseas y sensación de alza térmica no cuantificada con el termómetro, sudoración. El paciente refiere que tomo dos tabletas de paracetamol y una tableta de buscapina, pero el dolor no cedió, motivo por el cual ingresa a la emergencia del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Funciones biológicas: Sed, sueño y apetito se encuentran disminuidos, deposiciones, orina y cambios ponderales se encuentran conservados.

Antecedentes personales

- Litiasis vesicular diagnosticada en una clínica particular hace 5 meses sin ningún tratamiento regular.
- Reacción alérgica a medicamentos: ninguna.
- Antecedente quirúrgico: Apendicectomía hace 3 años operado en el Hospital José Casimiro Ulloa.

Antecedentes familiares: Ninguno.

Funciones vitales: Presión arterial 110/60mmHg, frecuencia respiratoria 19 respiraciones por minuto, frecuencia cardiaca: 104 latidos por minuto, temperatura: 38°C (axilar corregida) y SatO2: 98%.

Examen físico

- General: Facie dolorosa, aparente buen estado de nutrición, aparente buen estado de hidratación, aparente regular estado general, taquicardia, taquipnea.
- Piel y faneras: palidez +/+++ , hidratada, tibia y elástica y llenado capilar menos de 2 segundos, ictericia a nivel de las escleras ++/+++.

- Tejido celular subcutáneo: Cantidad y distribución conservada, no hay presencia de nódulos, no hay edemas.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, no presencia de lesiones, cicatriz de apendicectomía, murmullo vesicular pasa bien a nivel de ambos campos pulmonares, amplexación conservada, no tirajes, no hay ruidos agregados, no masas.
- Cardiovascular: Choque de punta no presenta, no se auscultan soplos, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y de buen tono, pulsos periféricos presentes.
- Abdomen: Forma plano, blando y depresible, incisión de *Rocky Davis*, ruidos hidroaéreos disminuidos, dolor a la palpación superficial y profunda a nivel del epigastrio e hipocondrio derecho de intensidad 10/10, signo de Murphy positivo no hay signos de irritación peritoneal y no se palpan masas, no ascitis.
- Genitourinario: Puño percusión lumbar (+) derecha e izquierda, puntos renoureterales (-), niega presencia de síntomas urinarios.
- Neurológico: Escala Glasgow 15/15, no signos de focalización ni signos meníngeos, despierto, alerta y orientado en tiempo espacio y persona. Locomotor: Rangos articulares conservados, no limitación a la movilización activa ni pasiva de extremidades superiores e inferiores.

Exámenes de laboratorio: Leucocitos:9.82, plaquetas:219.000, hematíes:4.0, hematocrito:38.0, hemoglobina:13.10, abastones:2, neutrófilos:82, urea y creatinina dentro de los parámetros normales, perfil hepático: bilirrubina total:0.50, bilirrubina indirecta:0.50, transaminasas: TGO:318, TGP:377, fosfatasa alcalina:86.27, deshidrogenasa láctica:193, GGTP:322.87, amilasa:601.03, lipasa:1030, examen de orina: no patológico, gases arteriales: PH:7.36, PCO2:35.5, PO2:79, HCO3: 20, K:4, NA:136, pruebas serológicas: negativo, grupo sanguíneo: O positivo, prueba COVID : negativo.

Ecografía abdominal

- Colédoco: Mide 3 mm y vena porta: mide 8 mm.
- Vesícula biliar: Semi colapsada, con múltiples litiasis en su interior, menores de 5 mm.
- Páncreas: De tamaño, parénquima y contornos conservados.

- Vejiga: Vacua no se evidencia líquido libre en cavidad peritoneal.

. Impresión diagnóstica

1. Pancreatitis aguda (K85.0)
2. Cálculo en la vesícula biliar con colecistitis(K80.0)

Manejo

- Nada por vía oral.
- Cloruro de Sodio al 0.9% x 1000 CC (Frasco I STAT – Frasco II 100CC)
- Omeprazol 40 mg –1 ampolla endovenoso c/24 horas.
- Hioscina 20 mg – 1 ampolla endovenoso c/8 horas.
- Metoclopramida 10 mg – 1 ampolla endovenoso c/8 horas.
- Tramadol 50 mg – 1 ampolla subcutánea condicional al dolor.
- Metamizol 1 g – 1 ampolla endovenoso condicional a T > 38.5°C.
- Control de funciones vitales y balance hidroelectrolítico.

Caso clínico 2: Neumonía

Anamnesis

Paciente mujer con iniciales ORAJ de 71 años, casada, ocupación ama de casa, reside en el distrito de San Juan de Miraflores, ingresó por emergencia el día 24/06/2023 al Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Enfermedad actual: Tiempo de enfermedad: 3 días.

Relato: Paciente mujer quien es traída por la hermana refiriendo que hace 3 días presenta tos con movilización de secreciones con flema color verdosa y el día que acude al servicio de Emergencias presenta malestar general, disnea de forma progresiva a mínimos esfuerzos, escalofríos, dolor tipo opresivo a nivel de la cara anterior del tórax de intensidad 7/10, sensación de alza térmica no cuantificada la temperatura en el termómetro, motivo por el cual ingresa a la emergencia del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Funciones biológicas: Sin alteraciones.

Antecedentes personales

- Hipertensión arterial diagnosticada hace 5 años en tratamiento con losartan 50 mg c/24 horas por vía oral
- Diabetes *mellitus* 2 diagnosticada hace 10 años en tratamiento con metformina 850 mg c/8 horas por vía oral.
- RAMS: Niega
- Quirúrgicos: Niega.

Antecedentes familiares: Papá (falleció por cáncer de pulmón) y madre diagnosticada con hipertensión arterial.

Funciones vitales: presión arterial 120/65mmHg, frecuencia respiratoria 26 respiraciones por minuto, frecuencia cardiaca: 90 latidos por minuto, temperatura: 38°C (axilar corregida) y SatO₂: 90 %.

Examen físico

- General: Aparente buen estado de nutrición, aparente buen estado de hidratación, aparente regular estado general, polipnea.
- Piel y faneras: Palidez +/+++ , hidratada, tibia y elástica y llenado capilar menos de 2 segundos, no ictericia.
- Tejido celular subcutáneo: Cantidad y distribución conservada, no hay presencia de nódulos, no hay edemas.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, no presencia de lesiones, murmullo vesicular pasa bien a nivel de ambos campos pulmonares, amplexación disminuida, presencia de tirajes, crépitos y sibilantes disminuido en ambos campos pulmonares, no masas.
- Cardiovascular: Choque de punta no presenta, no se auscultan soplos, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y de buen tono, pulsos periféricos presentes.
- Abdomen: Forma plano, blando y depresible, ruidos hidroaéreos conservados, no presenta dolor a la palpación profunda ni superficial, no se palpan masas, no hay signos de irritación peritoneal, no ascitis.

- Genitourinario: Puño percusión lumbar (+) derecha e izquierda, puntos renoureterales (-), niega presencia de síntomas urinarios.
- Neurológico: Escala Glasgow 15/15, no signos de focalización ni signos meníngeos, despierto, alerta y orientado en tiempo espacio y persona.
- Locomotor: Rangos articulares conservados, no limitación a la movilización activa ni pasiva de extremidades superiores e inferiores.

Exámenes de laboratorio: Leucocitos: 15.690, hemoglobina: 12.0, abastones: 5, PCR: 111.4 mg/L, examen de orina: no patológico, examen de gases arteriales: PH: 7:40, CO₂: 44.6, HCO₃: 24.6, PaO₂: 65.6, Lactato: 1.6, prueba COVID: negativo, NA:136, K:4.18, hemoglucotest: 126 mg/dL

Radiografía de tórax: Campos pulmonares muestran acentuación del patrón intersticial a predominio del tercio inferior de ambos hemitórax, asocia focos de consolidación paracardiaco bilateral.

Impresión diagnóstica

1. Neumonía adquirida en la comunidad(J18.0)
2. Insuficiencia respiratoria no especificada (J84.1)
3. Hipertensión arterial (I10.X)
4. Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin complicaciones(E119)

Manejo

- Dieta blanda hiposódica e hipoglúcida más líquidos a voluntad.
- Cloruro de Sodio al 0.9% X 1000 CC endovenoso.
- Ceftriaxona 1 g – 2 ampollas endovenoso c/24 horas.
- Amikacina 500 mg –1 ampolla endovenoso c/12 horas.
- Bromuro de ipratropio 20 ug – inhalación 3 PUFF c/8 horas por aerocámara.
- Salbutamol aerosol 100 ug – inhalación 4 PUFF c/4 horas por aerocámara.
- N-acetilcisteína 200 mg - 1 sobre cada 8 horas por vía oral.
- Metformina 850 mg - 1 tableta vía oral c/8 horas.
- Losartan 50 mg - 1 tableta vía oral c/24 horas.
- Paracetamol 500 mg - 2 tabletas vía oral PRN T>37.5°C.

- Omeprazol 40 mg- 1 ampolla endovenoso c/12 horas.
- Oxígeno por cánula binasal para mantener la saturación de oxígeno entre 92 – 88 %.
- *Hemogluco*test cada 6 horas (6 am, 12 pm, 6pm y 12 am).
- Control de funciones vitales más balance hidroelectrolítico.
- Aspiración de secreciones.

Rotación en Pediatría

La segunda rotación realizada fue en el área de Pediatría en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, el cual empezó el 01 de agosto del 2023 y culminó el 30 de Setiembre del 2023. El departamento de Pediatría en dicho hospital tiene diferentes áreas como seis servicios médicos asistenciales: Lactantes, Adolescentes, Neonatología, Niños, Subespecialidades Pediátricas y Medicina Física y Rehabilitación. Y con respecto a las Subespecialidades Pediátricas están conformadas por: Genética, Neurología, Neumología, Gastroenterología, Infectología, Endocrinología y Nefrología.

Con relación a la emergencia y hospitalización en Pediatría, se hospitalizan pacientes como por ejemplo con ictericia neonatal, sepsis neonatal temprana y sepsis neonatal tardía, infección gastrointestinal, neumonía, infecciones del tracto urinario, meningitis y otras enfermedades más. Y con respecto a la Emergencia de Pediatría, las madres traían a sus hijos de las cuales la mayoría de las enfermedades eran por ataques de asma, faringitis aguda, intoxicación alimentaria, infecciones del tracto urinario, gastroenteritis infecciosa. Cabe señalar que en esta área se determina el curso del paciente y en la mayoría de los casos, la decisión final con respecto al tratamiento. El paciente que no mejoraba antes de las 24 horas pasaba a observación y si el cuadro clínico no mejoraba pese al tratamiento médico se planteaba su ingreso a hospitalización para realizar una mayor ampliación del estudio y mejorar el tratamiento. Se presentarán dos casos clínicos de mi rotación de Pediatría más frecuentes que se realizan en la consulta.

Caso clínico n.º 1: Laringotraqueobronquitis

Anamnesis

Paciente varón con iniciales SREA de 3 años y 2 meses, reside en el distrito de Cercado de Lima, ingresó por emergencia el día 05/08/2023 al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

Enfermedad actual: Tiempo de enfermedad de 15 días.

Relato: Paciente menor de edad es traído al servicio de Emergencia por su madre refiriendo que hace 12 días cursa con estornudos y secreción nasal, no fiebre, de manera que decide acudió 10 días antes a su centro de salud donde le indican manejo con paracetamol, no recuerda la dosis. La madre refiere que no encuentra mejoría clínica motivo por el cual acude a la emergencia de Hospital Cayetano Heredia por la fiebre cuantificada de T:38°C y la tos persistente con movilización de secreciones donde le indican Salbutamol 2 puff cada 4 horas más prednisona 7.5 ml c/12 horas por 3 días. Posterior a los 3 días la madre nota a su hijo agitado, decaído evidencia una respiración rápida y sensación de alza térmica no cuantificada, estridor inspiratorio que se intensifica en las noches, motivo por el cual acude al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (HSB).

Funciones biológicas: Sed, apetito, sueño y cambios ponderales se encuentran disminuidos y la orina se encuentra conservada.

Antecedentes personales

Prenatales

- Producto de la séptima gestación.
- Cuenta con 01 control prenatal.
- ITU y vulvovaginitis negativa.
- Hospitalizaciones: En el Hospital Nacional 2 de mayo a D/C placenta previa en el III trimestre.
-

Natales: Parto por cesárea por placenta previa en el HSB con una edad gestacional de 35 semanas, peso al nacer: 2465 g, Apgar 8 al primer minuto y 9 al quinto minuto, talla al nacimiento:46 cm, perímetro cefálico:31.5, se dio alta conjunta con la madre.

Posnatales

- Lactancia materna: mixta y alimentación complementaria a los 6 meses.
- Patologías: Trisomía 21.
- Hospitalizaciones: al nacimiento por 7 días en HSB por sepsis temprana y taquipnea transitoria del recién nacido.
- Inmunizaciones: completas para la edad.
- Quirúrgicos: Niega.
- RAMS: Niega.
- Otros: Recibe terapia física y de lenguaje hasta los 3 años.

Antecedentes familiares: Madre de 47 años con antecedente de asma, última crisis a los 30 años en el cual requirió inhalador, padre de 48 años diabético en tratamiento con metformina y son 4 hermanos, de los cuales 2 de ellos requieren inhalador.

Funciones vitales: Frecuencia respiratoria 58 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca:130 latidos por minuto, temperatura:38.4°C (axilar corregida) y SatO2:98% con cánula binasal.

Examen físico

- General: Fascie dolorosa, aparente buen estado de nutrición, aparente buen estado de hidratación, aparente regular estado general, peso: 15 kg, talla: 97.5cm.
- Piel y faneras: Palidez +/+++, hidratada, caliente y elástica, llenado capilar menos de 2 segundos no presencia de ictericia.
- Tejido celular subcutáneo: Cantidad y distribución conservada, no hay presencia de nódulos, no hay edemas.

- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, no presencia de lesiones, murmullo vesicular pasa bien a nivel de ambos campos pulmonares, estridor inspiratorio, disfonía al llanto, no masas.
- Cardiovascular: Choque de punta no presenta, no se auscultan soplos, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y de buen tono, pulsos periféricos presentes.
- Abdomen: Globuloso, blando y depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no visceromegalia.
- Genitourinario: Puño percusión lumbar (-), puntos renoureterales(-), síntomas urinarios(-).
- Neurológico: Escala Glasgow 15/15, no signos de focalización ni signos meníngeos, despierto, alerta y orientado en tiempo espacio y persona.
- Locomotor: Rangos articulares conservados, no limitación a la movilización activa ni pasiva de extremidades superiores e inferiores.

Exámenes de laboratorio: Leucocitos:19.100, plaquetas:394.000, hematíes:4.02, hematocrito:35.07, hemoglobina:12.0, abastoados:16.000, neutrófilos:85, proteína C reactiva:123.1, urea:16, creatinina:0.45, examen de orina: no patológico, NA:140, K: 4.25, prueba rápida de covid: negativo.

Impresión diagnóstica

1. Laringotraqueobronquitis (J05.5)
2. Síndrome febril(R50)
3. Síndrome de Down(Q909)

Manejo

- Dieta blanda más líquido a voluntad.
- Dexametasona 9 mg endovenoso dosis única.
- Nebulización con adrenalina 3 ampollas.
- Salbutamol 100mcg - inhalación por aerocámara 3 puff c/3 horas.
- Paracetamol 120/5 mg jarabe– 2.3 ml c/8 horas vía oral condicional a T mayor 38°C.
- Aplicación de medios físico.

- Control de funciones vitales y balance hidroelectrolítico.

Caso clínico n.º 2: Faringoamigdalitis

Anamnesis

Paciente varón con iniciales JRCG de 8 años, reside en el distrito de Breña, ingresó por emergencia el día 15 /08/2023 al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

Enfermedad actual: Tiempo de enfermedad de 4 días, forma de inicio es insidioso.

Relato: Paciente menor de edad es traído al servicio de Emergencia por su madre refiriendo que hace 4 días cursa con tos con movilización de secreciones blanquecina, fiebre T: 38°C motivo por el cual decide automedicarse y darle Paracetamol 3.8 ml cada 8 horas, dolor a la ingesta de alimentos, niega vómitos o náuseas, niega diarrea de los niños motivo por el cual acude a la emergencia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (HSB). Además, la madre refiere que en el colegio varios de los niños se encuentran resfriados.

Funciones biológicas: Apetito, sed y sueño se encuentran disminuidos, orina, deposiciones y cambios ponderales se encuentran conservados.

Antecedentes personales

Prenatales: Cuenta con 06 controles prenatales, con fórmula obstétrica G1 P0000, ITU negativo, vulvovaginitis negativa, Hospitalizaciones: En el Hospital Nacional 2 de mayo a D/C placenta previa en el III trimestre.

Natales: Parto por vía vaginal en el HSB con una edad gestacional de 37 semanas, peso al nacer :3240 g, Apgar 8 al primer minuto y 9 al quinto minuto, talla al nacimiento:47 cm, perímetro cefálico: 32.5, se dio alta conjunta con la madre.

Posnatales

- Lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria a los 6 meses.
- Patologías: Ninguna.
- Hospitalizaciones: Ninguna.
- Inmunizaciones: Completas para la edad.
- Quirúrgicos: Ninguno.
- RAMS: Ninguno.

Antecedentes familiares: Sin ninguna patología de importancia.

Funciones vitales: Frecuencia respiratoria 19 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca: 80 latidos por minuto, temperatura: 38.4°C (axilar corregida) y SatO₂: 93% con cánula binasal.

Examen físico

- General: Aparente buen estado de nutrición, aparente buen estado de hidratación, aparente regular estado general, peso: 28 kg, talla: 1.22cm.
- Piel y faneras: Palidez +/+++, hidratada, caliente y elástica, llenado capilar menos de 2 segundos no presencia de ictericia.
- Tejido celular subcutáneo: Cantidad y distribución conservada, no hay presencia de nódulos, no hay edemas.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, no presencia de lesiones, murmullo vesicular pasa bien a nivel de ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no masas.
- Cardiovascular: Choque de punta no presenta, no se auscultan soplos, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y de buen tono, pulsos periféricos presentes.
- Abdomen: Globuloso, blando y depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no visceromegalia.
- Genitourinario: puño percusión lumbar (-), puntos renoureterales(-), síntomas urinarios(-).
- Neurológico: Escala Glasgow 15/15, no signos de focalización ni signos meníngeos, despierto, alerta y orientado en tiempo espacio y persona.

- Locomotor: Rangos articulares conservados, no limitación a la movilización activa ni pasiva de extremidades superiores e inferiores.
- Otros: Congestión faríngea, exudado faríngeo, agrandamiento de ganglio linfático cervical derecho visible y palpable.

Exámenes de laboratorio: Leucocitos: 15.100, plaquetas: 394.000, hematíes: 4.03, hematocrito: 36.07, hemoglobina: 12.0, abastones: 4, neutrófilos: 85, proteína C reactiva: 112.1, prueba rápida de Covid negativo.

Impresión diagnóstica

1. Faringitis aguda, no especificada (J02.9).
2. Síndrome febril(R50)

Manejo

- Dieta blanda más líquidos a voluntad.
- Amoxicilina 500 mg, 1 tableta vía oral c/12 horas durante 10 días.
- Paracetamol 500 mg, 1 tableta vía oral c/8 horas durante 3 días, luego PRN temperatura mayor 38°C.
- Acudir por consultorio externo de Pediatría en 48 horas.

Rotación en Cirugía General

La segunda rotación realizada fue en el servicio de Cirugía general en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, el cual comenzó el 15 de agosto del 2022 y terminó el 30 de octubre del 2022. El servicio de Cirugía general contiene rotaciones complementarias en Anestesiología, Neurocirugía y Traumatología. El departamento de estos servicios cuenta con un área de hospitalización, en el cual se hospitalizan a pacientes post operados de colecistitis, apendicitis, diferentes tipos de hernias, obstrucciones intestinales, diferentes tipos de fracturas, traumatismos craneoencefálicos y entre otras enfermedades quirúrgicas. Así como también, en la Emergencia de Cirugía general, en el área del Tópico se realizan suturas y curaciones de heridas tanto complejas como simples y con respecto a las emergencias quirúrgicas pasaban a la sala de operaciones aquellas pacientes que lo ameritaban, en esta unidad se tomará decisiones con respecto al manejo del paciente y si en caso sea conveniente un manejo multidisciplinario o estar en UCI.

Se presentarán dos casos clínicos de mi rotación de cirugía general más frecuentes que se realizan en la consulta.

Caso 1: Apendicitis

Anamnesis

Paciente varón con iniciales MBF de 20 años, soltero, estudiante de administración de empresas, quien reside en el distrito de Surquillo, ingresó por emergencia el día 02/09/2023 al Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Enfermedad actual: Tiempo de enfermedad: 18 horas.

Relato: Paciente varón acude al servicio de Emergencia refiriendo que hace 18 horas de forma súbita presenta un dolor abdominal a nivel del epigastrio que migra a la fosa iliaca derecha de intensidad 9/10 tipo punzante, asociado a vómitos y náuseas. Además, refiere fiebre cuantificada de 38.5°C, niega estreñimiento o diarrea. El paciente también refiere que el dolor abdominal se incrementa al caminar, toser o realizar movimientos bruscos motivo por el cual se automedicó tomando 2 tabletas de buscapina y sin mejorías del dolor, razón por el cual ingresa a la emergencia del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Funciones biológicas: Sed, deposiciones y sueño se encuentran disminuidos y apetito, orina y cambios ponderales se encuentran conservados.

Antecedentes personales: Sin ninguna enfermedad patológica de importancia.

Antecedentes familiares: Sin ninguna enfermedad patológica de importancia.

Funciones vitales: Presión arterial: 126/80mmHg, frecuencia respiratoria 19 respiraciones por minuto, frecuencia cardiaca: 96 latidos por minuto, temperatura: 38.9°C (axilar corregida) y SatO₂: 98%.

Examen físico

- General: Fascie dolorosa, aparente buen estado de nutrición, aparente buen estado de hidratación, aparente regular estado general.
- Piel y faneras: No palidez, hidratada, caliente y elástica y llenado capilar menos de 2 segundos, no presencia de ictericia.
- Tejido celular subcutáneo: Cantidad y distribución conservada, no hay presencia de nódulos, no hay edemas.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, no presencia de lesiones, murmullo vesicular pasa bien a nivel de ambos campos pulmonares, amplexación conservada, no tirajes, no hay ruidos agregados, no masas.
- Cardiovascular: Choque de punta no presenta, no se auscultan soplos, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y de buen tono, pulsos periféricos presentes.
- Abdomen: Distendido, blando y depresible, ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación superficial y profunda a nivel del epigastrio y fosa iliaca derecha de intensidad 9/10, signo de Mc Burney positivo, Rovsing positivo, Blumberg positivo, no se palpan masas, no ascitis.
- Genitourinario: Puño percusión lumbar (-), puntos renoureterales(-), niega presencia de síntomas urinarios.
- Neurológico: Escala Glasgow 15/15, no signos de focalización ni signos meníngeos, despierto, alerta y orientado en tiempo espacio y persona.
- Locomotor: Rangos articulares conservados, no limitación a la movilización activa ni pasiva de extremidades superiores e inferiores.

Exámenes de laboratorio: Leucocitos: 12.51, plaquetas: 219.000, hematíes: 4.91, hematocrito: 44.10, hemoglobina: 14.30, bastonados: 5, neutrófilos: 85, urea y creatinina dentro de los parámetros normales, hemogluco test: 102, pruebas serológicas negativo, grupo sanguíneo: O positivo, prueba Covid negativo.

Tomografía de abdomen y pelvis

- Fosa iliaca derecha: Se observa imagen apendicular de ubicación pélvica de 9 mm de diámetro mayor, presenta apendicolito en su base, presenta captación de contraste en sus paredes y se asocia de cambios inflamatorios de planos adyacentes, no se visualizan masas, colecciones, ni líquido libre intraperitoneal.

- Vesícula Biliar: Presenta forma y tamaño normal, no muestra alteraciones en sus paredes.
- Estómago: Parcialmente distendido.

Impresión diagnóstica

1. Otra apendicitis aguda y las no especificadas (K35.8)

Manejo

- NPO.
- Cloruro de Sodio al 0.9% x 1000 CC.
- Metronidazol 500 mg- 1 ampolla endovenoso c/8 horas.
- Ciprofloxacino 400 mg – 1 ampolla endovenoso c/12 horas.
- Omeprazol 40 mg - 1 ampolla endovenoso c/24 horas.
- Metoclopramida 10 mg – 1 ampolla endovenoso c/8 horas.
- Metamizol 1 g- ampolla endovenoso c/8 horas PRN fiebre mayor de 38.5°.
- Control de funciones vitales y balance hidroelectrolítico.
- Se realiza un riesgo quirúrgico y examen prequirúrgicos.
- Pasa a SOP.

Caso n.º 2: Colecistitis aguda

Anamnesis

Paciente varón con iniciales PLAЕ de 22 años, soltero, estudiante marketing, reside en el distrito de Santa Anita, ingresó por emergencia el día 25/10/2023 al Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Enfermedad actual: Tiempo de enfermedad: 1 día.

Relato: Paciente varón acude al servicio de Emergencia refiriendo que hace 1 día con un inicio insidioso presenta un dolor abdominal a nivel del hipocondrio derecho sin irradiación de intensidad 8/10 tipo cólico después de ingerir alimentos ricos en grasas, a su vez está acompañado de náuseas, vómitos de contenido bilioso en 2 oportunidades, motivo por el cual ingresa a la emergencia del Hospital de

Emergencias José Casimiro Ulloa. El paciente refiere que se automedicó tomando 1 tableta de bactrim y 1 tableta de buscapina pero no presento mejoría alguna.

Funciones biológicas: Apetito, sueño y sed se encuentran disminuidos y orina, deposiciones y cambios ponderales se encuentran conservados.

Antecedentes personales: Sin antecedentes patológicos de importancia.

Antecedentes familiares: Sin antecedentes patológicos de importancia.

Funciones vitales: presión arterial 125/76 mmHg, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, frecuencia cardiaca: 81 latidos por minuto, temperatura: 36.5°C (axilar corregida) y SatO₂: 98%.

Examen físico

- General: Fascie dolorosa, aparente buen estado de nutrición, aparente buen estado de hidratación, aparente regular estado general.
- Piel y faneras: No palidez, hidratada, tibia y elástica y llenado capilar menos de 2 segundos, ictericia a nivel de las escleras ++/+++.
- Tejido celular subcutáneo: Cantidad y distribución conservada, no hay presencia de nódulos y no hay edemas.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, no presencia de lesiones, murmullo vesicular pasa bien a nivel de ambos campos pulmonares, amplexación conservada, no tirajes, no hay ruidos agregados, no masas.
- Cardiovascular: Choque de punta no presenta, no se auscultan soplos, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y de buen tono, pulsos periféricos presentes.
- Abdomen: Distendido, blando y depresible, ruidos hidroaéreos disminuidos, dolor a la palpación superficial y profunda a nivel del hipocondrio derecho que irradia a nivel lumbar de intensidad 9/10, no hay signos de irritación peritoneal, no se palpan masas, no ascitis, signo de Murphy positivo.
- Genitourinario: Puño percusión lumbar (-), puntos renoureterales(-), niega presencia de síntomas urinarios.

- Neurológico: Escala Glasgow 15/15, no signos de focalización ni signos meníngeos, despierto, alerta y orientado en tiempo espacio y persona.
- Locomotor: Rangos articulares conservados, no limitación a la movilización activa ni pasiva de extremidades superiores e inferiores.

Exámenes de laboratorio: Leucocitos:11.500, plaquetas:180.000, hematíes:5, hematocrito:39, hemoglobina:13.10, abastados:6, neutrófilos:81, urea y creatinina dentro de los parámetros normales, proteína C reactiva:12, examen de orina: no patológico, bilirrubina indirecta:3.21, bilirrubina directa:12.17, bilirrubina total: 14.39, fosfatasa alcalina:250, GGTP:580, TGP:79, TGO:83, grupo sanguíneo: O positivo, prueba Covid: negativo, *hemogluco*test: 60.

Ecografía de abdomen

- Vesícula biliar: Tamaño de 37x29mm pared de 5 mm con cálculo de 14 mm, vías biliares intra y extrahepáticas no dilatadas.
- Colédoco: Mide 3 mm.
- Vena porta:8 mm.
- Vejiga: No se evidencia líquido libre en cavidad peritoneal.

Impresión diagnóstica

1. Cálculo en la vesícula biliar con colecistitis aguda (K80.0)

Manejo

- NPO
- Cloruro de Sodio 0.9% x 1000 CC endovenoso.
- Metronidazol 500 mg,1 ampolla endovenoso C/8 horas.
- Ciprofloxacino 400 mg,1 ampolla endovenoso C/12 horas.
- Metamizol 1 g, 1 ampolla endovenoso PRN temperatura mayor de 38.5°C.
- Metoclopramida 10 mg, 1 ampolla endovenoso c/8 horas.
- Omeprazol 40 mg,1 ampolla endovenoso c/ 24 horas.
- Tramadol 50 mg, 1 ampolla subcutáneo PRN dolor.
- Control de funciones vitales y balance hidroelectrolítico.
- Solicita riesgo quirúrgico.

- Se solicitan examen de laboratorio prequirúrgicos.
- Se prepara para SOP.

Rotación en Ginecología y obstetricia

La cuarta rotación realizada fue en el servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, el cual comenzó el 01 de diciembre del 2023 y terminó el 31 de enero del 2024. En este hospital tiene diferentes servicios como: Emergencia de ginecología y obstetricia, en el cual consolidamos los conocimientos aprendidos en la universidad, realizando la identificación y su respectiva terapéutica según la enfermedad. Así como también, la medición de altura uterina, la adecuada técnica de tactos vaginales, las maniobras de Leopold y para poder escuchar correctamente los latidos cardíacos con el *Doppler* fetal, desde esta área se determina el curso que seguiría el paciente, en caso de que sea un embarazo de alto riesgo se hospitalizaron para un monitoreo adecuado o una intervención quirúrgica para una cesárea de emergencia. En el Centro Obstétrico, se llegó a comprender el uso correcto y la importancia del llenado de una partograma, el monitoreo en los pacientes, dependiendo el curso de la evolución la toma de decisiones y posterior a todo bajo la supervisión de médicos especialistas y médicos residentes la atención de partos vaginales. En la Hospitalización de Ginecología, se hospitalizan pacientes con patologías como neoplasias malignas, distopias genitales, quistes anexiales complejos entre otras enfermedades. En la Hospitalización de Obstetricia, se encuentran las puérperas de parto por cesárea o parto vaginal, puerperios patológicos como infección de sitio operatorio, endometritis, abscesos mamarios o mastitis, entre otras enfermedades ginecológicas como miomas, pólipos, tumores, abortos y las de alto riesgo obstétrico como embarazos prolongados, retraso del crecimiento intrauterino, ruptura prematura de membranas, embarazos gemelares, gestantes que son candidatas para una maduración cervical. Se presentarán dos casos clínicos de mi rotación de Ginecología y Obstetricia más frecuentes que se realizan en la consulta.

Caso clínico n°1: Hipertensión gestacional

Anamnesis

Paciente mujer con iniciales HRG de 26 años, conviviente, trabaja como ama de casa, reside en el distrito de San Martín de Porres, ingresó por el servicio de Emergencia el día 10/12/2023 al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

Enfermedad actual: Tiempo de enfermedad: 8 horas.

Relato: Paciente mujer acude al servicio de Emergencia refiriendo que hace 8 horas presenta un dolor abdominal a nivel del epigastrio de intensidad 8/10 sin irradiación a otros lugares, cefalea que no cede tras la ingesta de Paracetamol 500 mg el cual se automedico 2 tabletas, no hay presencia de alteraciones visuales, no hay pérdida de sangrado vaginal ni de líquido amniótico, percibe movimientos fetales, motivo por el cual acude al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

Funciones biológicas: Sin alteraciones.

Antecedentes personales: Sin ninguna enfermedad patológica de importancia.

Antecedentes familiares: Madre (65 años) con hipertensión gestacional con tratamiento con losartan de 50 mg.

Antecedentes ginecológicos

- Inicio de menarquia a los 12 años.
- Regularidad menstrual: Si.
- Régimen catamenial: 3 días cada 28 a 30 días.
- Dismenorrea: No.
- Número de parejas sexuales: 01.
- Inicio de relaciones sexuales: 17 años.
- Papanicolau: negativo (año 2023).
- Sangrado postcoital: Negativo

- Tumor/quistes: No.
- Método anticonceptivo: No.
- FUR: No recuerda.

Antecedentes Obstétricos: Paciente con G2P1001.

- G1(en el año 2016), nació por parto vaginal, se obtuvo un recién nacido a término varón con un peso 2990 g.
- G2(en el año 2023), embarazo actual planificado, con un tiempo de relación de 10 años.

Intercurrencia: Vulvovaginitis positivo en mayo en tratamiento con óvulos por 1 semana.

Funciones vitales: Presión arterial: 160/90 mmHg, frecuencia respiratoria: 19 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca: 88 latidos por minuto, temperatura: 36.5°C (axilar corregida) y SatO₂: 98%.

Examen físico

- General: Aparente buen estado de nutrición, aparente buen estado de hidratación, aparente regular estado general.
- Piel y faneras: No palidez, hidratada, caliente y elástica y llenado capilar menos de 2 segundos, no presencia de ictericia.
- Tejido celular subcutáneo: Cantidad y distribución conservada, no hay presencia de nódulos, no hay edemas.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, no presencia de lesiones, murmullo vesicular pasa bien a nivel de ambos campos pulmonares, amplexación conservada, no tirajes, no hay ruidos agregados, no masas.
- Cardiovascular: Choque de punta no presenta, no se auscultan soplos, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y de buen tono, pulsos periféricos presentes.
- Abdomen: Altura uterina:28cm, situación de posición de presentación: longitudinal cefálico izquierdo, latidos cardiacos fetales:140, no presenta dinámica uterina.

- Genitourinario: Puño percusión lumbar (-) , puntos renoureterales(-), niega presencia de síntomas urinarios.
- Ginecológico: Tacto vaginal: cuello se encuentra posterior, 2 cm blando, cerrado, no hay dilatación, no hay ruptura de membranas, no hay incorporación, útero: ocupado por feto único activo.

Exámenes de laboratorio: Leucocitos: 20.180, plaquetas: 150.000, hematocrito: 32.2, hemoglobina: 11, abastionados: 0, protrombina: 11.6, PTTA: 31.8, fibrinógeno: 3.50, urea: 7, creatinina: 0.50, bilirrubina total: 0.41, bilirrubina directa: 0.08, TGO: 80, TGP: 44, DHL: 366, pruebas serológicas negativo, grupo sanguíneo: O positivo, prueba Covid negativo.

Impresión diagnóstica

1. Gestante de 32 6/7 semanas por ecografía precoz.
2. No trabajo de parto.
3. Preeclampsia severa.
4. Alto riesgo obstétrico por periodo intergenésico prolongado.

Manejo

- Vía salinizada.
- Nifedipino 10 mg- 1 tableta vía oral STAT.
- Betametasona 12 mg intramuscular c/24 horas por 2 dosis.
- Ranitidina 50 mg, 1 ampolla endovenoso STAT.
- Inicio de protocolo de zuspan con sulfato de magnesio.
- Vigilar signos de alarma.
- Exámenes auxiliares de perfil de preeclampsia, perfil de coagulación y prequirúrgicos.
- Se solicita una ecografía transvaginal más pruebas de bienestar fetal y NST.

Caso clínico n.º 2: Aborto retenido

Anamnesis

Paciente mujer con iniciales APL de 21 años, soltera, trabaja como ama de casa, reside en el distrito de San Juan de Lurigancho, ingresó por el servicio de

Emergencia el día 28/12/2023 al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

Enfermedad actual: Tiempo de enfermedad: 36 horas

Relato: Paciente mujer acude al servicio de Emergencia refiriendo que hace 10 horas de forma súbita presenta escaso sangrado vaginal de manera espontánea asociado a dolor pélvico de intensidad 7/10 sin irradiación a otros lugares, disminución de movimientos fetales, motivo por el cual acude al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

Funciones biológicas: Sin alteraciones.

Antecedentes personales: Sin ninguna enfermedad patológica de importancia.

Antecedentes familiares: Madre (65 años) con hipertensión gestacional.

Antecedentes ginecológicos

- Inicio de menarquia a los 13 años.
- Regularidad menstrual: Sí
- Régimen catamenial: 5 días cada 28 a 30 días.
- Dismenorrea: No.
- Número de parejas sexuales: 02.
- Inicio de relaciones sexuales: 18 años.
- Papanicolau: Negativo (año 2023).
- Sangrado postcoital: negativo.
- Tumor/quistes: No.
- Método anticonceptivo: No.
- FUR: No recuerda.

Antecedentes obstétricos: Paciente con G1P0000.

- G1(en el año 2023) embarazo actual no planificado.

Funciones vitales: Presión arterial: 100/70 mmHg, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca: 98 latidos por minuto, temperatura: 36.5°C (axilar corregida) y SatO₂: 98%.

Examen físico

- General: Aparente buen estado de nutrición, aparente buen estado de hidratación, aparente regular estado general.
- Piel y faneras: Palidez +/+++ , hidratada, tibia y elástica y llenado capilar menos de 2 segundos, no presencia de ictericia.
- Tejido celular subcutáneo: Cantidad y distribución conservada, no hay presencia de nódulos, no hay edemas.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, no presencia de lesiones, murmullo vesicular pasa bien a nivel de ambos campos pulmonares, amplexación conservada, no tirajes, no hay ruidos agregados, no masas.
- Cardiovascular: Choque de punta no presenta, no se auscultan soplos, ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad y de buen tono, pulsos periféricos presentes.
- Abdomen: Altura uterina:11 cm, situación, posición y presentación: impreciso, movimientos fetales ausentes, latidos cardíacos fetales ausentes, no presenta dinámica uterina.
- Genitourinario: Puño percusión lumbar (-), puntos renoureterales(-), niega presencia de síntomas urinarios.
- Ginecológico: Tacto vaginal: cérvix en situación posterior de consistencia fibromuscular, hay escaso sangrado vaginal de 10 cc en canal cervical, orificio cervical interno cerrado.

Exámenes de laboratorio: Leucocitos: 9.180, plaquetas: 150.000, hematíes: 4.91, hematocrito: 32.2, hemoglobina: 11.5, abastones: 0, examen de orina: no patológico pruebas serológicas negativo, grupo sanguíneo: O positivo, prueba Covid negativo.

Ecografía transvaginal: Útero de 10x56 cm, cavidad endouterina ocupada por saco gestacional de 60x19x25 de diámetro medio. Se evalúa embrión de 26.1mm sin actividad cardíaca.

Impresión diagnóstica

1. Aborto retenido (O02.1)

Manejo

- NPO
- Vía salinizada y control de funciones vitales
- Cloruro de sodio 0.9% x 1000 cc endovenoso.
- Doxiciclina 100 mg, vía oral 2 tabletas antes del procedimiento
- Preparar para aspiración manual endouterina (AMEU)
- Se solicitan exámenes de laboratorio prequirúrgicos, riesgo quirúrgico y serológicos.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, ubicado en el distrito de Cercado de Lima provincia de Lima, se fundó en 1651 durante la época colonial y en el año 1961 se convirtió en un hospital materno infantil. Este centro sanitario cuenta con una atención enfocada principalmente en “la salud reproductiva y sexual de la mujer y atención integral al adolescente, niño, feto, neonato y lactante” (1). De manera que, brinda la atención las 24 horas en las diferentes especialidades como Gineco Obstetricia, Pediatría y Neonatología (2). Es un hospital de referencia del distrito de Cercado de Lima, hospital de alta especialidad con categoría III-E, siendo considerada como una Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública (IPRESS) aprobado con Resolución Directoral n°110-2023-DG-HONADOMANI-SB siendo considerada como una Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública (IPRESS) que cuenta con población referida e internamiento (3).

El hospital se encuentra ubicado en Av. Alfonso Ugarte 825, distrito Cercado de Lima. El Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé ocupa un terreno de 4,501.48 metros. En los servicios que se encuentran disponibles en el hospital abarca los servicios de Ginecología y Obstetricia las cuales incluyen: Planificación familiar, Madre adolescente, Obstetricia de alto riesgo, Infertilidad, Ginecología, Cardiología adulto, Genética adulto, Neumología adulto, Endocrinología adulto, Psiquiatría adulto. También los servicios que se encuentran disponibles en el hospital abarcan los servicios de Pediatría las cuales incluyen: Neonatología, Medicina Física y rehabilitación, Pediatría, Cardiología pediátrica, Gastroenterología, Endocrinología pediátrica, Neurología, Dermatología pediátrica, Neumología pediátrica, Nefrología, Infectología. Por último, los servicios que se encuentran disponibles en el hospital abarcan los servicios de Cirugía General las cuales incluyen: Otorrinolaringología, Cirugía pediátrica, Oftalmología, Urología, Anestesiología (4).

El Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa(HEJCU), ubicado en Miraflores, provincia de Lima, brinda la atención las 24 horas en las diferentes especialidades como Cirugía General, Neurocirugía, Traumatología, Cuidados Intermedios, Medicina Interna, Cuidados intensivos (5). Es un hospital de referencia del distrito

de Miraflores, hospital de alta especialidad con categoría III-E, siendo considerada como una Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública (IPRESS) aprobado con Resolución Directoral n.º 050-MINSA-DGSP-V.02 siendo considerada como una Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública (IPRESS) (6).

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n°1: Pancreatitis

El caso clínico presentado es sobre un paciente varón de 40 años, con antecedente de litiasis vesicular diagnosticado hace cinco meses sin ningún tratamiento, quien acude al servicio de Emergencia con un cuadro de dolor abdominal de inicio brusco a nivel del hemiabdomen izquierdo de intensidad 10/10 con irradiación a nivel a lumbar y flancos tipo cólico y opresivo que se agrava al estar de pie y mejora en la posición genupectoral, además presenta fiebre, sudoración, náuseas y vómitos de contenido alimenticio al inicio y posterior de contenido bilioso. El dolor abdominal tipo en cinturón, el antecedente de litiasis vesicular además el inicio brusco de la enfermedad nos orientará al diagnóstico de una pancreatitis aguda y coledocolitiasis, por lo que se piden pruebas de laboratorio y estudio de imágenes para confirmar el diagnóstico, además se va a monitorizar constantemente al paciente.

A pesar de la baja mortalidad, la pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio del páncreas. Existen escalas que se pueden utilizar para estimar la gravedad del paciente y el futuro manejo del tratamiento del paciente, algunas de estas escalas son BISAP y APACHE II (7).

Después de los resultados de laboratorio donde encontramos los valores de la amilasa:601.03 y la lipasa:1030, estos valores son tres veces aumentados de sus rangos normales y las imágenes muestran signos sugestivos de cuadro de coledocolitiasis y colecistitis el cual nos confirmaría el diagnóstico planteado.

El paciente durante la hospitalización tuvo una evolución estacionaria, tuvo un manejo en conjunto con el departamento de gastroenterología quienes solicitaron en un inicio una colangiopancreatografía por resonancia magnética en el cual se confirmó múltiples cálculos obstruyendo el conducto cístico y después se da una orden para realizar el procedimiento de una colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) para el cual se manda una referencia. Luego del procedimiento de CPRE

el paciente evolucionó favorablemente reportando mejoría significativa y desaparición del dolor abdominal, se encontraba hemodinámicamente estable, ventilación espontánea, no requirió oxígeno suplementario y toleró la vía oral para el manejo del dolor, metoclopramida 10 mg - 1 tableta vía oral c/8 horas durante 3 días dependiendo del dolor abdominal y paracetamol 500 mg- 2 tabletas vía oral c/8hrs durante 3 días para el manejo del dolor), después de 7 días control por consultorio externo de Gastroenterología en un hospital general.

Caso clínico n.º 2: Neumonía

El caso clínico presentado es sobre un paciente varón de 71 años, con antecedente de hipertensión arterial y diabetes Mellitus quien acude al servicio de Emergencia con un tiempo de enfermedad de 3 días con un cuadro de tos con expectoración verdosa, disnea a mínimos esfuerzos, dolor tipo opresivo a nivel de la cara anterior del tórax, fiebre, escalofríos y sudoración. Esta clínica nos orientará al diagnóstico de una neumonía, por lo que se piden pruebas de laboratorio y una radiografía para confirmar el diagnóstico, además se va monitorizar constantemente al paciente.

En los exámenes de laboratorio de la paciente hay una leucocitosis con desviación izquierda lo que significa que hay un proceso infeccioso de por medio. Y en la radiografía de tórax nos concluye que los campos pulmonares muestran acentuación del patrón intersticial a predominio del tercio inferior de ambos hemitórax, asocia focos de consolidación paracardiaco bilateral.

La neumonía adquirida en la comunidad(NAC) es una causa importante de mortalidad y morbilidad a nivel mundial (8,9). Hay una variedad de escalas que nos permiten determinar la gravedad del paciente y su tratamiento médico, como el Índice de Gravedad de Neumonía (PSI) y el CURB-65, estas escalas nos van a ayudar con el manejo médico, ya sea en el hospital o ambulatorio (10).

La paciente durante la hospitalización tuvo un pronóstico reservado, estuvo recibiendo tratamiento de ceftriaxona 2 gr – EV c/24 horas, amikacina 500 mg – EV c/12 horas, bromuro de ipratropio 20 ug – inhalación 3 puff c/8 horas por

aerocámara, salbutamol aerosol 100 ug – inhalación 4 puff c/4 horas por aerocámara, N-acetilcisteína 200 mg, 1 sobre cada 8 horas por vía oral.

La paciente evolucionó favorablemente y de forma progresiva, se realizó un control cada 48 horas de exámenes de laboratorio y se llegó a evidenciar una disminución en la curva del proceso infeccioso. En los días posteriores se indicó retirada gradual de oxígeno, tras alcanzar el objetivo terapéutico el paciente presentó marcada mejoría clínica se encontraba hemodinámicamente estable, sin fiebre mayor de 48 horas, disminución de disnea, niveles de glucemia con valores dentro rango normales(140– 180 mg/dl), ventilación espontáneamente con Fio2 al 21%, presión arterial controlada, tolera bien la vía oral por esta razón se decide dar la alta médica con las indicaciones terapéuticas para manejo sintomático paracetamol 500 mg, 2 tabletas vía oral PRN T>38°C, bromuro de ipratropio 3 puff c/8 horas por aerocámara durante 3 días, salbutamol 4 puff c/6 horas durante 5 días por aerocámara, losartan 50 mg - 1 tableta vía oral c/24 horas seguir las indicaciones cardiología, metformina 850 mg vía oral c/8 horas por 30 días y control por consultorio externo de Neumología para seguimiento y control de patologías de fondo en Endocrinología y Cardiología.

Rotación de Pediatría

Caso clínico n°1: Laringotraqueobronquitis

El caso clínico presentado es sobre un paciente varón de 3 años y 2 meses, con antecedente patológico de síndrome de Down, ingresa al servicio de Emergencia por presentar disnea, fiebre, estridor laríngeo que empeora en la noche. Esta clínica nos orientará al diagnóstico de laringotraqueobronquitis, por esta razón la paciente va a requerir una vigilancia constante. El uso de radioimágenes no es rutinario en esta patología y el diagnóstico sería clínico (11).

La laringotraqueobronquitis o también llamada como crup es la inflamación de la laringe y tráquea de origen viral siendo la más frecuente el parainfluenza de tipo 1(12).

La base de la evaluación de la laringotraqueobronquitis es determinar el grado de disnea, teniendo en cuenta los factores como retracción en la entrada de aire, estridor, estado de conciencia y color, todo esto se hace usando la escala Westley(13).Según el puntaje de Westley se obtiene un puntaje de 6 puntos por lo que se decide hospitalizar al paciente.

El manejo médico de la paciente consistió en nebulización con adrenalina (3 ampollas), dexametasona 9 mg EV dosis única, salbutamol 3 puff c/3 horas por aerocámara, paracetamol 2.3 ml c/8 horas VO condicional a temperatura mayor 38°C e hidratar a la paciente. Posterior al tratamiento evolucionó significativamente , se encuentra hemodinámicamente estable, hubo una marcada disminución del distrés respiratorio, ventila espontáneamente sin apoyo oxigenatorio con Fio2 al 21%, razón por la cual se decide dar la alta médica al paciente con tratamiento de Paracetamol 120mg/5ml jarabe 2.5ml vía oral c/8 horas condicional a la fiebre, abundante líquidos tibios, se le explicó los signos de alarma como: dificultad respiratorio, fiebre mayor 38°C, si se encuentra decaído acudir inmediatamente al servicio de emergencias. Además del tratamiento médico acudir al control por consultorio externo en el servicio de Neumología pediátrica después de 48 horas.

Caso clínico n.º 2: Faringoamigdalitis

El caso clínico presentado es sobre un paciente varón de 8 años, sin antecedentes patológicos de importancia, ingresa al servicio de Emergencia por presentar fiebre, tos, dolor al ingerir alimentos líquidos y sólidos. Esta clínica nos orientará al diagnóstico de faringoamigdalitis, por esta razón la paciente va a requerir una vigilancia constante.

Mclsaac modificó la escala de Centor para niños en el cual nos va a ayudar a determinar la probabilidad de que se produzca una infección bacteriana (14). Esta escala se basa en si hay o no fiebre con una temperatura mayor de 38°C, adenopatías cervicales anteriores, ausencia de tos, diferentes rangos de edad y exudado amigdalal (15). En el caso de nuestra paciente tuvo un puntaje de 3 puntos lo que significa que tendríamos que pedir un cultivo y después iniciar un manejo empírico (16).

El manejo inicial de la faringoamigdalitis es con amoxicilina 500 mg vía oral c/12 horas y paracetamol 500 mg vía oral c/12 horas, posterior al tratamiento evolucionó significativamente, se encuentra hemodinámicamente estable, dolor faringe leve, ventila espontáneamente sin apoyo oxigenatorio con Fio2 al 21%, afebril y tolera la vía oral, razón por la cual se decide dar la alta médica al paciente con tratamiento de amoxicilina 500 mg, 1 tableta vía oral c/12 horas durante 10 días, paracetamol 500 mg, 1 tableta vía oral c/8 horas durante 3 días, luego PRN temperatura mayor 38°, acudir por consultorio externo de Pediatría en 48 horas .

Rotación de Cirugía General

Caso clínico n.º 1: Apendicitis

El caso clínico presentado es sobre un paciente varón de 20 años, sin ningún antecedente patológico de importancia quien acude al servicio de Emergencia con un cuadro de dolor abdominal tipo punzante a nivel del epigastrio que se irradia a la fosa iliaca derecha que se incrementa al toser o caminar, fiebre, náuseas y vómitos. A nivel del examen físico tenemos signo de Mc Burney positivo, Rovsing positivo, Blumberg positivo. Esta clínica nos orientará al diagnóstico de una apendicitis aguda, por lo que se piden pruebas de laboratorio para confirmar el diagnóstico y una tomografía, se monitoreará constantemente al paciente.

Una vez establecido el diagnóstico y utilizando la Escala de Alvarado, se obtiene un puntaje de 9 puntos, siendo candidato para una intervención quirúrgica (17). Una de las emergencias quirúrgicas a nivel mundial y nacional más comunes es la apendicitis aguda (18). El estudio por imágenes es útil en la actualidad como la resonancia magnética, ecografía, tomografía computarizada, son ahora herramientas ideales para el diagnóstico de la apendicitis (19). En la tomografía de abdomen y pelvis que se pide al paciente muestra un proceso inflamatorio apendicular no complicado.

La apendicetomía laparoscópica tiene como objetivo una buena evolución clínica del paciente y un mejor resultado estético. Este procedimiento quirúrgico tiene como objetivo disminuir la estancia de hospitalización, tiene una recuperación mucho más rápida, una disminución marcada del dolor posterior a la cirugía (20).

El manejo en este paciente es primero llevarlo a observación manteniéndolo en NPO para realizar la programación de emergencia para que pase a sala de operaciones, se realiza apendicectomía laparoscópica en el hallazgo operatorio se encontró: apéndice retroileal de +/- 10 x 1.3 cm de color violáceo intenso con zona de necrosis en el tercio distal, base en buen estado, liquido amarillo cetrino sin mal olor +/- 50 cc en fosa recto vesical.

El paciente después de la cirugía recibió tratamiento médico ciprofloxacino 400 mg - EV c/12 horas por 3 días y omeprazol 40 mg EV c/24 horas por días, evoluciona favorablemente, se encuentra hemodinámicamente estable, refiere un leve dolor en el sitio operatorio, no hay signos de eritema o flogosis, elimina flatos, ruidos hidroaéreos presentes, ventila espontáneamente sin apoyo oxigenatorio con FIO2 al 21 %, afebril y tolera la vía oral, razón por la cual se decide dar la alta médica con tratamiento antibiótico (Naproxeno 500 mg vía oral c/8 horas durante 3 días y Ciprofloxacino 500mg vía oral c/12 horas por 5 días) y control por consultorio externo de cirugía general en 7 días para el retiro de puntos y observación de la herida operatorio.

Caso clínico n.º 2: Colecistitis aguda

El caso clínico presentado es sobre un paciente varón de 22 años, sin ningún antecedente patológico de importancia quien acude al servicio de Emergencia con un cuadro de dolor abdominal a nivel del hipocondrio derecho tipo cólico posterior a la ingesta de alimentos ricos en grasas, vómitos de contenido bilioso. A nivel del examen físico tenemos el signo de Murphy positivo. Esta clínica nos orientará al diagnóstico de una colecistitis aguda, por lo que se piden pruebas de laboratorio e imágenes para confirmar el diagnóstico y se monitorea constantemente al paciente. En la ecografía del paciente encontramos una vesícula biliar de tamaño de 37x29mm pared de 5 mm con un cálculo de 14 mm.

Una vez establecido el diagnóstico y utilizando los criterios de Tokio 2018 en colecistitis aguda, el paciente sería apto para una colecistectomía (21). La colecistectomía laparoscópica tiene como objetivo una apariencia más estética y mayor resultado clínico. Este procedimiento se caracteriza por un acceso con tres

puertos de entrada que se encuentran distanciados entre sí y que deja una pequeña cicatriz visible de sólo cinco milímetros (22).

El paciente se encuentra en observación en NPO para la programación de su cirugía de emergencia y dar el pase para sala de operaciones, donde se realiza colecistectomía laparoscópica y dentro de los hallazgos operatorios fueron una vesícula biliar de 10x5x5 cm de paredes engrosadas, pared posterior empotrada al hígado, triángulo de calot fibrosado, con múltiples cálculos en su interior el mayor de 12 mm, conducto cístico de 3 mm y corto arteria cística anterior y posterior. En los procedimientos quirúrgicos se realizó según técnica francesa, hidrodissección de triángulo de calot, colecistectomía mixta para su posterior identificación de la arteria y conducto cístico para su clipaje de ambos con clip de doble vástago, se hizo una revisión de la hemostasia, electrofulguración de lecho vesicular y retiro de pieza en bolsa por el trocar, se hizo un lavado y aspiración de secreciones, se coloca el dren laminar en el lecho vesicular y finalmente el cierre por planos con sutura.

Posterior a la cirugía, el paciente cuenta con un dren laminar en el hipocondrio derecho con una secreción serohemática 15 cc, evoluciona favorablemente, se encuentra hemodinámicamente estable, refiere un leve dolor en el sitio operatorio, no presenta eritema o flogosis, elimina flatos, ruidos hidroaéreos presentes ventila espontáneamente, sin apoyo oxigenatorio con FIO₂ al 21 %, afebril y tolera la vía oral, razón por la cual se decide dar la alta médica con tratamiento antibiótico (Naproxeno 500 mg – 1 tableta vía oral c/8 horas durante días y Ciprofloxacino 500mg – 1 tableta vía oral c/12 horas por 5 días) y control por consultorio externo de cirugía general en 7 días para el retiro de puntos y observación de la herida operatorio.

Rotación de Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 1: Preeclampsia severa

El caso clínico presentado es sobre una paciente mujer de 26 años con G2P1001, 32 semanas por ecografía precoz, con 6 controles prenatales, sin ningún antecedente patológico de importancia, acude al servicio de Emergencia por presentar dolor abdominal a nivel del epigastrio, cefalea que no cede con

paracetamol y con una PA:160/90. Se solicita exámenes de laboratorio del perfil de preeclampsia y se obtienen los siguientes resultados: leucocitos:20.180, plaquetas: 150.000, hematocrito: 32.2, hemoglobina: 11, abastones:0, protrombina: 11.6, PTTA: 31.8, fibrinógeno: 3.50, creatinina: 0.50, bilirrubina total: 0.41, bilirrubina directa: 0.08, TGO: 80, TGP: 44, DHL: 366. Esta clínica nos orientará al diagnóstico de una preeclampsia severa.

El primer manejo en la preeclampsia severa sería activar la clave azul, posterior a eso se empezará a hidratar a la paciente por vía endovenosa con cloruro de Sodio al 0.9% 1000 cc en 20 minutos a chorro, nifedipino 10 mg VO – 1 tableta STAT y se aplicará el protocolo más usado que es el zuspan consiste en aplicar sulfato de magnesio para evitar las convulsiones se va diluir cuatro ampollas en cloruro de sodio 0.9% en 400 ml en de forma lenta en 30 min y con una dosis de mantenimiento de 1g por hora y se revisará que no haya signos de toxicidad (disminución de los reflejos rotulianos, disminución de la frecuencia respiratoria y oliguria). Se realizará la maduración pulmonar porque el bebé se encuentra en la 32 semana de gestación para lo cual se aplicará betametasona 12 mg IM cada 24 horas por 2 días. La paciente será programada de emergencia para sala de operaciones, se realiza un manejo multidisciplinario con UCI neonatal debido a la prematuridad del recién nacido. Se le realizó una cesárea segmentaria transversa y se obtuvo un recién nacido varón con *Apgar* 6 al primer minuto y 8 al quinto minuto, Capurro de 32 semanas, peso de 2500 g, no hubo interurrencias en la cirugía.

La paciente posoperada pasa a la sala de recuperación, luego pasa a hospitalización para su monitoreo constante por médicos asistentes, médicos residentes, internos y personal de enfermería. Se hace la interconsulta a oftalmología para ver si hay desprendimiento de retina, esta prueba de fondo de ojo salen los resultados normales y se hace otra interconsulta a cardiología en el cual recomienda tomar nifedipino si la presión es mayor o igual a 160 y/o 90. Después de 3 días la paciente evoluciona favorablemente, la presión arterial se encuentran dentro de los rangos normales, hay un leve dolor en el sitio operatorio, no hay flogosis, no eritema, ventila espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, razón por la cual se decide dar la alta médica con tratamiento sulfato ferroso 300 mg -1

tableta cada 12 horas por 30 días, ketoprofeno 100 mg - 1 tableta cada 8 horas por 5 días y control por consultorio externo de ginecología en 7 días para el retiro de puntos de la cesárea y observación de la herida operatoria. El bebé se queda hospitalizado 3 semanas más por la prematuridad lo cual la madre acude todos los días para ir al banco de leche del hospital.

Caso clínico n°2: Aborto retenido

El caso clínico presentado es sobre una paciente mujer de 21 años con G1P000 de 9 semanas de gestación por ecografía precoz, con un solo control prenatal, sin ningún antecedente patológico de importancia, acude al servicio de Emergencia por presentar escaso sangrado vaginal asociado a dolor pélvico, al tacto vaginal presentó un orificio cervical interno cerrado y en la ecografía se evidenció un embrión de 26.1 mm sin actividad cardiaca. Esta clínica nos orientará al diagnóstico de aborto retenido, se piden pruebas de laboratorio, exámenes prequirúrgicos para realizar la Aspiración Manual Endouterina (AMEU).

En los exámenes de laboratorio y prequirúrgicos que se pidieron a la paciente se encuentran en normales, por esta razón se decide pasar a la paciente a la sala de operaciones para poder realizar el procedimiento de AMEU donde se le aplica la doxiciclina 100 mg vía oral 2 tabletas antes de la cirugía. En el reporte operatorio se menciona que se encontraron restos uterinos de 50cc con el saco embrionario y esos restos se mandaron a anatomía patológica que se encuentra en el quinto piso del hospital para un mayor estudio, posterior a eso la paciente subió al piso de hospitalización para su monitoreo en conjunto de médicos residentes, internos y personal de enfermería.

El AMEU es un procedimiento eficaz y seguro considerada para tratar el aborto del primer trimestre del embarazo debido a los costos menores, una tasa menor de las complicaciones postoperatorias y una rápida incorporación en sus actividades habituales (23).

La paciente después de 2 días de hospitalización evoluciona favorablemente, refiere un dolor leve a nivel genital, cursa hemodinámicamente estable, ventila espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, se encuentra afebril y tolera bien la vía

oral, razón por la cual se decide dar la alta médica con tratamiento antibiótico de doxiciclina 100 mg - 1 tableta vía oral c/8 horas durante cinco días y ketoprofeno 100 mg -1 tableta vía oral c/8 horas durante 3 días y por último control por consultorio externo de ginecología en siete días y planificación familiar en un mes.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA SOBRE LA EXPERIENCIA

El último año de formación profesional en el internado médico es una etapa muy importante para consolidar el conocimiento práctico y teórico aprendido en el transcurso de los 6 años de la carrera para poder emplearlo durante ese año del internado en el hospital.

El número de pacientes que tiene a cargo el interno de medicina determina el aprendizaje y formación, en el que deberá aplicar todos sus conocimientos. Para complementar estas enseñanzas, los médicos residentes y asistentes de los diferentes servicios tienen el objetivo de orientar con el manejo de emergencias, el tratamiento de los pacientes en hospitalización, guiar en los procedimientos permitidos para los internos.

El internado inició el 1 de abril de 2023 y culminó el 31 de enero de 2024, bajo estrictas regulaciones establecidas este año por las autoridades responsables de los lineamientos de internado médico. Muchas veces no se cumplieron los horarios establecidos de salida, cabe mencionar que depende del servicio en la que te encontrabas realizando la rotación.

Los médicos asistentes y residentes en el hospital nos compartían sus conocimientos de las actividades académicas asignadas con los temas más complejos de cada rotación, para poder conocer cómo se realiza el diagnóstico oportuno, manejo y el tratamiento de las diferentes patologías.

El internado es una experiencia única que duran 10 meses de las cuales aprendí mucho en cada una de mis rotaciones en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa y en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, de cómo sería el manejo médico de las patologías más frecuentes en nuestro país y entendí más la realidad ambos hospitales. También me ayudó a ser más empático con el dolor de nuestros pacientes brindando una atención rápida y oportuna para el diagnóstico y tratamiento respectivo de la patología.

CONCLUSIONES

1. El internado médico es el último año fundamental para la formación del médico para poder consolidar el aprendizaje teórico y práctico con relación a los casos clínicos más frecuentes en los diferentes servicios de la rotación
2. En el centro de salud que es el I nivel de atención, te ayuda a establecer un contacto inicial con los pacientes y realizar el manejo del proceso administrativo. El II y III nivel de atención nos aporta la experiencia necesaria para el manejo, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más comunes.
3. Es fundamental adquirir conocimientos de las 4 rotaciones del internado debido a que se revisarán los casos clínicos más comunes, por lo tanto, debemos de conocer como es el diagnóstico, manejo y tratamiento ya que nos ayudará como base para durante el proceso del SERUMS.
4. Los tutores asignados de cada rotación en los diferentes servicios tienen un papel fundamental en la formación del estudiante en el internado médico. Los tutores se encargan de orientar, brindar conocimientos prácticos como teóricos.
5. Las actividades académicas del hospital requieren que el interno tenga que estudiar los conceptos teóricos y prácticos para poder adquirir o reforzar estos conocimientos que se llevaron durante la universidad.

RECOMENDACIONES

1. A los futuros internos de medicina se les recomienda esforzarse todos los días, participando activamente y respetando a todas las personas que laboran en el hospital.
2. La universidad debería implementar el externado médico en los últimos años de culminar la carrera. Esto se debe a que en la sede hospitalaria había varios externos de medicina de diferentes universidades y me hubiese gustado revisar esos temas con las patologías más frecuentes antes de comenzar el internado. Se sugiere implementar más rotaciones con otras especialidades para adquirir más conocimientos en la práctica clínica.
3. El internado médico debería tener un proceso de duración de 12 meses debido a que es una etapa muy importante para la formación del médico.
4. Se debería mejorar las condiciones de leyes del internado médico porque muchas veces no respetan nuestros derechos afectando nuestra integridad mental como emocional.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé [Internet]. Gob.pe. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/honadomani-sb?S=item/6053mizdcu74mpf4mut4mu>
2. Análisis de la Situación de Salud en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" Gob.pe. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://sieval.sanbartolome.gob.pe/transparencia/publicacion2023/Epidemiologia/RD%20110%20SB%202023.pdf>
3. PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL 2022 MODIFICADO V.02 HOSPITAL NACIONAL MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME" Gob.pe. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: http://sieval.sanbartolome.gob.pe/transparencia/PLANEAMIENTO_ESTRATEGICO/UE%20149_Plan%20Operativo%20Institucional%202022_Modificado%20V.02.pdf
4. Gob.pe. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1776.pdf>
5. PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL(POI) ANUAL -202 HEJCU [Internet]. Gob.pe. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.hejcu.gob.pe/2023/ENERO23/POI_ANUAL_2023_HEJCU_C.pdf
6. Hospital de Emergencia Jose Casimiro Ulloa- oficina ejecutiva de planeamiento y presupuesto [Internet]. Gob.pe. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1751524/DGOS%20-%20Hospital%20de%20Emergencias%20Casimiro%20Ulloa.pdf>
7. García-Revilla OV, Correa-López LE, Rubio-Ramos RI, Loo-Valverde M, García-Revilla OV, Correa-López LE, et al. Comparación de las escalas APACHE II Y BISAP en el pronóstico de pancreatitis aguda en un hospital del Perú. Revista de la Facultad de Medicina Humana. octubre de 2020;20(4):574-80.
8. Community-acquired pneumonia - PubMed [Internet]. [citado 7 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25337751/>
9. Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, Hanusa BH, Weissfeld LA, Singer DE, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. N Engl J Med. 23 de enero de 1997;336(4):243-50.

10. Muñoz P, Garmendia ML, Ruiz M, Pizarro R, Rossi P, Prades Y, et al. Rendimiento de dos índices predictores de mortalidad (PSI y CURB-65) en pacientes adultos inmunocompetentes hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad. *Rev méd Chile*. septiembre de 2021;149(9):1275-84.
11. Diagnóstico y Manejo de la Laringotraqueitis Aguda en Pacientes Mayores de 3 Meses Hasta 15 Años de Edad [Internet]. Gob.mx. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/258GRR.pdf>
12. Arroba Basanta ML. Laringitis aguda (Crup). *An Pediatr (Barc)*. 2 de junio de 2003;01:55-61.
13. Laringitis, crup y estridor | Pediatría integral [Internet]. 2017 [citado 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-10/laringitis-crup-y-estridor-2/>
14. Gea FP, Fitoria VLL, Bermúdez H, Castillo JJ. Criterios de Centor modificados por MacIsaac y su eficacia diagnóstica y terapéutica en faringoamigdalitis aguda en niños, Revisión sistemática. *Revista Torreón Universitario* [Internet]. 2022 [citado 8 de marzo de 2024];11(31). Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/387/3873100006/html/>
15. Meléndez Flores JE, Cosío Dueñas H, Sarmiento Herrera WS. Sensibilidad y especificidad de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de pacientes atendidos por apendicitis aguda en Hospitales del Cusco. *Horizonte Médico (Lima)*. enero de 2019;19(1):13-8.
16. *Revista de Pediatría de Atención Primaria - Impacto en el consumo de antibióticos del test de diagnóstico rápido de Streptococcus pyogenes en Atención Primaria* [Internet]. [citado 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://pap.es/articulo/13061/impact-of-the-rapid-diagnostic-test-of-streptococcus-pyogenes-on-the-consumption-of-antibiotics-in-primary-care>
17. Díaz Castro IF, Olvera Jonathan Alberto C, Erazo Haro SM, Moreno Castro FI. Escala de Alvarado en apendicitis aguda. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*. 2020;4(4):123-33.
18. Asociación geográfica entre la incidencia de apendicitis aguda y el nivel socioeconómico - PubMed [Internet]. [citado 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32129808/>

19. Cura JL del, Oleaga L, Grande D, Fariña MA, Isusi M. Comparación de la ecografía y la tomografía computarizada en el diagnóstico de la apendicitis aguda. *Radiología (Madr, Ed impr)*. 2001;175-86.
20. Urgiles Rivas MV, Ordóñez Cumbe JC, Álvarez Serrano ME. Efectos del protocolo de recuperación postoperatoria rápida en pacientes apendicectomizados por apendicitis complicada, vía laparoscópica y convencional en los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2017. *Rev méd Hosp José Carrasco Arteaga*. 2019;205-14.
21. Litiasic acute cholecystitis: application of Tokyo Guidelines in severity grading. | *Cir Cir*;89(1): 12-21, 2021. | MEDLINE [Internet]. [citado 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/mdl-33498065>
22. Freundt V, Guillermo M. Colecistectomía laparoscópica, abordaje con tres incisiones y una cicatriz visible. *Acta Médica Peruana*. octubre de 2012;29(4):190-3.
23. Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos [Internet]. [citado 8 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600460