



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**REVISION DE CASOS CLINICOS DURANTE EL INTERNADO
MEDICO EN EL HOSPITAL LUIS N SAENZ Y EL HOSPITAL ATOCHE
LOPEZ DURANTE EL PERIODO 2020 Y 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

DIANA KATERINE HERNÁNDEZ CISNEROS

ASESOR

DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO

**LIMA, PERÚ
2021**



**Reconocimiento
CC BY**

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**REVISION DE CASOS CLINICOS DURANTE EL INTERNADO
MEDICO EN EL HOSPITAL LUIS N SAENZ Y EL HOSPITAL
ATOCHE LOPEZ DURANTE EL PERIODO 2020 Y 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

DIANA KATERINE HERNÁNDEZ CISNEROS

ASESORA

DRA. NELLY MERCEDES BORRA TOLEDO

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. Alejandra Parhuana Bando

Miembro: M.E. Víctor Emilio Cubas Vásquez

Miembro: M.E. Ramón Romel Silva Romero

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Índice	iii
Resumen	iv
Abstract	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE REALIZÓ LA EXPERIENCIA	22
CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	25
CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	34
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38
FUENTES DE INFORMACIÓN	39
ANEXOS	41
1. Terapia empírica de infecciones intra-abdominales	42

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo principal narrar mi experiencia de aprendizaje como interna de medicina en el Hospital de Policía “Luis N. Sáenz” durante el periodo de enero a marzo del 2020 y el Hospital de Chancay “Hidalgo Atoche López” durante el periodo de noviembre a abril del 2021.

Los materiales y métodos empleados están orientados mediante una recopilación de experiencias de un internado médico en medio de limitaciones y fortalezas debido a la situación que atraviesa el país y presentación de casos clínicos de cada rotación por los servicios de gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía.

Asimismo, el presente trabajo consiste en detallar las experiencias diarias dentro del nosocomio sobre el manejo inicial en las distintas áreas como emergencia, consultorio externo y hospitalización de los diferentes servicios que se pusieron en práctica durante el periodo enero – marzo 2020 y noviembre – abril 2021. Se abordará la práctica diaria aprendida como correcta realización de historias clínicas, procedimientos realizados, abordaje de principales patologías y el correcto desempeño con el paciente; vivencias importantes para la formación del interno de medicina.

Se determinará la asociación de los conocimientos teóricos aprendidos durante pregrado y la práctica diaria dentro del hospital

ABSTRACT

The main objective of this work is to narrate my learning experience as a medicine intern at the Police Hospital "Luis N. Sáenz" during the period from January to March 2020 and the Chancay Hospital "Hidalgo Atoche López" during the period of November to April 2021.

The materials and methods used are oriented through a compilation of experiences of a medical internship in the midst of limitations and strengths due to the situation that the country is going through and presentation of clinical cases of each rotation by gynecology-obstetrics, pediatrics, internal medicine services and surgery.

Likewise, this work consists of detailing the daily experiences within the hospital on the initial management in the different areas such as emergency, outpatient clinic and hospitalization of the different services that were put into practice during the period January - March 2020 and November - April 2021. The daily practice learned will be addressed as correct performance of medical records, procedures performed, approach to main pathologies and correct performance with the patient; important experiences for the training of the medicine intern.

The association of the theoretical knowledge learned during undergraduate and daily practice within the hospital will be determined.

INTRODUCCIÓN

La medicina está basada al estudio de la vida, la salud, las enfermedades y la muerte del ser humano

Estudiar la carrera de Medicina Humana significa un proceso largo de dedicación y constancia dentro de un campo muy amplio, donde se incluye el cuidado de la salud, aplicación de la ciencia para obtener logros certeros para el bienestar de las personas, a lo largo del camino se refuerzan aprendizajes académicos, humanitarios y empáticos que sirve como base en toda formación de un profesional de salud.

Es precisamente el logro de la salud integral la misión más importante en la carrera de medicina humana, comprender los aspectos psicosociales, éticos, culturales y científicos con el objetivo de cuidar la salud y defender la vida, ya que en base a ésta somos capaces de responder asertivamente a las necesidades del país posicionándonos mejor en dirección a alcanzar los objetivos del desarrollo sostenible.

La facultad de Medicina Humana en la Universidad San Martín de Porres tiene como misión formar profesionales médicos competentes, con alto nivel científico, tecnológico y con sólidos valores éticos y humanistas. Contribuir a la creación y difusión del conocimiento médico, a través de la investigación. Proyectar nuestra acción a la comunidad, por medio de acciones dirigidas a la prevención y desarrollo de la salud de la población a la prevención y el desarrollo de la salud de la población y como visión ser una reconocida a nivel nacional e internacional por la excelencia en la formación de médicos, la educación médica continua y en la investigación, así como en la difusión del conocimiento de las ciencias de la salud contribuyendo al desarrollo integral del mundo.

Durante todo el periodo de pregrado el objetivo de la Carrera de Medicina es entregar a la sociedad médicos de excelencia que posean una concepción

de la persona humana que incluya su dignidad trascendente, la complejidad de sus dimensiones biológica, psicológica y social, así como su relación vital con su entorno físico.

La universidad San Martín a lo largo de siete años hemos ido formándonos en función de diagnosticar, pronosticar y tratar las enfermedades de nuestros pacientes y en la recuperación, conservación y preservación de la salud de los mismos bajo 3 pilares fundamentales.

Actualmente, nos encontramos en estado de emergencia debido a la pandemia por COVID-19 y no solo hemos sufrido la paralización de nuestra formación durante nuestra primera rotación, también hemos pasado por grandes pérdidas tanto a nivel familiar como sociedad viéndose afectados los recursos financieros, humanos y de infraestructura. Más de 300 internos de medicina tuvieron que aceptar ir a un centro de salud ya sea I3 o I4 debido a hospitales colapsados y a falta de recursos así como fue mi sede de adjudicación Hospital de la Policía “Luis N Saenz” durante el periodo de enero – marzo del 2020 en el que lleve la rotación de gineco- obstetricia antes de la pandemia por el Sars-Cov2 motivo por el cual tuve que realizar mi cambio de sede al Hospital de Chancay “ Dr. Hidalgo Atoche López” donde lleve las rotaciones de Cirugía, Medicina interna y Pediatría culminando satisfactoriamente hasta el día de hoy durante el segundo periodo de noviembre – abril del 2021.

De manera general el internado médico es una etapa vital para el estudiante de medicina ya que es un año obligatorio, indispensable para que los alumnos integren y consoliden los conocimientos que adquirieron durante los ciclos previos. Cada rotación de cada servicio es un aprender diario mediante el abordaje y manejo de las patologías existentes, tareas, exposiciones, guardias, entre otros que ayuda a consolidar y finalmente darle un adecuado abordaje para lo que será nuestra formación y desempeño como profesional. Se tuvo que realizar un internado médico que pese a las limitaciones a nivel nacional de cada sector de salud se obtuvo el provecho máximo para aprender con cada paciente, lo que causa sentimientos encontrados, ya que

nadie imaginó realizar un internado en medio de una pandemia, que a pesar de todas las limitaciones, exposición y deficiencias que maneja mi Hospital, culminó con una gran satisfacción de haber dado lo mejor de mi como estudiante día a día, darle un adecuado seguimiento a cada paciente y ayudarlo en todo lo que podía para que sienta que el personal de salud estaba de su lado y agradezco a mi universidad, mi alma máter, de todas las oportunidades que nos brindó a pesar del momento que pasaba el país y buscar las mejores opciones para nosotros como estudiantes para alcanzar nuestros mayores éxitos de todo lo aprendido.

CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico es una etapa fundamental en la formación del estudiante de medicina de último año como futuro médico ya que se pone en práctica todos los conocimientos aprendidos durante los 6 años anteriores de pregrado reforzando al máximo la capacidad de aprendizaje, complementando los conocimientos, aptitudes, fortalezas y desempeño diario mediante la práctica para así poder tener una buena base de conocimientos de lo que debemos de saber cómo futuros médicos generales para posteriormente en nuestra práctica como profesionales de salud realizar un correcto diagnóstico de las principales patologías, adecuado manejo, realización de procedimientos y correcta prescripción de medicamentos para el adecuado tratamiento del paciente.

En cada rotación se logró el objetivo planteado como universidad mediante estrategias metodológicas entre teorías, prácticas, presentación de casos clínicos, exposiciones, visita médica en cada rotación para un adecuado abordaje, desde una adecuada anamnesis, abordaje, diagnóstico y manejo de cada caso presentado en cada rotación del hospital.

MEDICINA INTERNA

CASO 1

Forma de inicio Brusco

Curso: Progresivo

T.E: 2 días

Funciones Vitales: PA: 140/100 mmHg

FC: 100 lpm **FR:** 20rpm

T: 38.5 **S02:** 96%

Relato: Paciente varón de 55 años refiere presentar tos no productiva hace 2 días, fiebre cuantificada de 38.9°C, hace dos horas disminuyó calentura tras la ingesta de 1 tableta de paracetamol y dificultad para respirar motivo por el cual acude a emergencia.

Se realiza triaje a paciente y se refiere a área COVID para descarte de infección por SARS- COV2

Paciente es atendido por médico de área COVID refiriendo los mismos síntomas y solicita una prueba antigénica.

06: 30 pm Se obtienen resultados de prueba antigénica siendo NEGATIVO Se deriva a paciente a área no COVID para manejo por medicina interna **06: 35 pm**

Médico de guardia de medicina interna área no COVID evalúa a paciente y procede a la realización de historia clínica de emergencia.

HISTORIA CLÍNICA DE EMERGENCIA FUNCIONES

VITALES:

PA: 140/100 mmHg FC: 102 lpm FR: 20rpm T: 39 °C S02: 97%.

FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Prueba antigénica: Negativa

HTA en tto con Losartán 50mg

c/24 h Antecedentes Quirúrgicos:

niega RAM: Betalactámicos

MOTIVO DE LA EMERGENCIA

Paciente refiere presentar tos hace dos días, fiebre cuantificada (38.9°C) que baja con paracetamol y dificultad respiratoria que incrementa al descansar.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Piel y faneras: Tibio, elástico, hidratado, llenado capilar < 2 segundos

Tórax y pulmón: MV pasa disminuido en bases, vibraciones vocales incrementadas, soplo tubárico, crépitos en tercio inferior derecho

Cardiovascular: RCR, no soplos, no ruidos agregados

Abdomen: Blando, depresible, RHA +, no doloroso a la

palpación Génito urinario: PPL negativo

SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15

DIAGNÓSTICOS:

- Síndrome febril
- D/C NAC

TRATAMIENTO

Se solicita:

- Hemograma, PCR cuantitativo, Rx de Tórax, úrea, creatinina

Plan:

- Metamizol 1.5g EV STAT
- Reevaluación con resultados

07:20 pm Reevaluación

PA: 120/80 mmHg FC: 80 FR: 19 T: 37.2 °C
SO₂: 97%

Se reevalúa a paciente con resultados de laboratorio donde se evidencia Hg: 15 gr/dl Hto: 46% Leucocitos 12500, Plaquetas: 200000, PCR: 12, Úrea: 31mg/dl,

Creatinina: 0.91 mg/dl

Rx. tórax: Se observa imagen con infiltrado bilateral en ambos campos pulmonares y broncograma aéreo

Se explica a paciente que no cumple criterios de hospitalización y en manejo es ambulatorio

Plan:

Levofloxacino 750mg VO c/24h por 7 días Paracetamol 500mg condicional a

T>38°C

Se sugiere a paciente control por neumología en 1 semana Alta médica

CASO 2:

19:20 pm

Forma de inicio Brusco

Curso: Progresivo

T.E: 8 horas

FUNCIONES VITALES:

PA: 120/70 mmHg FC: 71 lpm FR: 22rpm T: 37.2 S02: 95%
HGT: 109

FUNCIONES BIOLÓGICAS:

NO HTA, NO DM, no antecedentes de importancia Antecedentes quirúrgicos:
niega

RAM: niega

MOTIVO DE EMERGENCIA:

Paciente mujer de 69 años que es traído por esposo por presentar deposiciones sueltas hace 8 horas aprox sin moco, sin sangre de 4 cámaras aprox; hace 4 horas inicia con náuseas y vómitos en 10 ocasiones aprox.

SÍGNOS Y SÍNTOMAS:

Al examen: AREG, AREN

Piel y faneras: Tibio, elástico, llenado capilar < 2 segundos

Tórax y pulmón: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: RCR de buena intensidad y frecuencia, no soplos

Abdomen: Blando, depresible, Mc Burney negativo, Murphy negativo
Génito urinario: PPL negativo

SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15

DIAGNÓSTICOS:

- Intoxicación alimentaria

TRATAMIENTO:

1. NaCl 0.9% 1000cc → 600 cc a chorro, resto a 60 gotas por minuto
2. Metamizol 1.5 + 100 cc de SS + Dimenhidrinato 50 mg → volutrol x 45
3. Omeprazol 40 mg + 100 cc de SS → volutrol x 30

Se solicita Hemograma completo, glucosa, PCR cuantitativo, examen completo de orina, urocultivo y reevaluación con resultados.

09:30 pm Reevaluación

PA: 120/70 mmHg FC: 78 FR: 20 T: 37. °C
SO₂: 97%

Se reevalúa a paciente con resultados de laboratorio donde se evidencia resultados de laboratorios normales

Hemograma: Hb: 12.3 Hto: 36.8 Leu: 11390
Plaquetas: 145

000

Ex de orina: Leu: 1-2xc Hematíes: 2-4xc células
epiteliales: 2-3xc gérmenes: escasos

Creatinina: 0.74 Úrea: 27 PCR: 33.3
Glucosa: 117 mg/dl

Plan: Alta médica

CIRUGÍA

CASO 1 16:00 pm

Forma de inicio Brusco

Curso: Progresivo

T.E: 1 día

FUNCIONES VITALES:

PA: 120/80 mmHg

FC: 80 lpm FR: 20rpm T: 38.3°C

S02: 98% FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Antecedentes: niega

Antecedentes quirúrgicos:

niega RAM: niega

MOTIVO DE LA EMERGENCIA

Paciente varón de 26 años ingresa a emergencia por presentar dolor abdominal difuso que inicia en epigastrio y posteriormente se irradia a cuadrante inferior derecho de intensidad 7/10, sensación de alza térmica, refiere vómito 1 episodio de contenido bilioso, pérdida de apetito hace 1 día, niega otros síntomas

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Piel y faneras: Tibio, elástico, mucosa oral poco hidratada, llenado capilar < 2 segundos

Tórax y pulmón: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: RCR de buena frecuencia y intensidad, no soplos

Abdomen: Blando, depresible, RHA disminuido, doloroso en FID a la palpación, McBurney + Rovsing + Blumberg – Rebote -

Genito urinario: PPL

negativo SNC: LOTEPE,

Glasgow 15/15

DIAGNÓSTICOS:

- Sd doloroso abdominal
- D/C Apendicitis aguda
- D/C Gastroenteritis

TRATAMIENTO:

1. NA0.9% 1000cc → 300 cc a chorro, resto a 30 gotas
2. Ranitidina 50mg EV cada 8horas

3. Reevaluación con resultados

17:00 pm

Reevaluación

Se solicita Hemograma completo, PCR cuantitativo, examen de orina Se reevalúa a paciente siendo los resultados:

Hb: 14.1 Hto: 43 % Leu 1.4715 PCR 50.3

Ex orina: Leu 8-10xc Hematíes 1-2xc

Gérmenes 0-1xc Dx:

Apendicitis aguda

Plan:

Apendicectomía convencional

Completar exámenes de laboratorio pre quirúrgicos EKG + riesgo quirúrgico

Evaluación por

anestesiología Preparar

paciente para SOP Rp:

1. NPO
2. NaCl 0.9% → 30 gotas por minuto
3. Cefazolina 1g EV presop
4. Metamizol 1.5g EV presop
5. Ranitidina 50mg EV cada 8h

20:00 pm

Se completa exámenes de laboratorio con resultados normales Se completa riesgo quirúrgico grado I

Baja anestesiología evalúa paciente y deja receta

22:00 pm – 23:15pm

Paciente ingresa a sala de operaciones

Hallazgos intrasop: Apéndice cecal de 9x3 cm supurada en toda su extensión, base indemne en posición pélvica, ligadura a muñón libre.

Rp:

1. NPO
2. NaCl 0.9% → 30 gotas por minuto
3. Ranitidina 50mg EV cada 8h
4. Metamizol 1.5g EV cada 12h

08:00 am – Dia de hospitalización 1

S) Paciente refiere dolor leve en sitio operatorio, refiere haber conciliado el sueño con normalidad, niega otros síntomas.

O) Al examen físico: AREG, AREH, AREN

PyF: tibio, elástico, hidratado, llenado capilar

<2s TyP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados

CV: RCR de buena frecuencia e intensidad, no soplos

Abd: Blando, depresible, RHA presentes, doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior, herida bien

afrontada, sin signos de flogosis

GU: PPL –

SNC: LOTEP, Glasgow 15 puntos

A) Paciente con funciones vitales estables, afebril, ventila espontáneamente con evolución favorable, con el diagnóstico

- Apendicitis supurada

P) Continuar con analgésicos

Deambulacion

Posibilidad de alta por la tarde

RP:

1. Iniciar tolerancia oral a volumen bajo
2. NACL 0.9% 30 gotas por minuto
3. Ranitidina 50 mg EV cada 8h
4. Metamizol 1.5g EV cada 12h
5. CFV
6. Alta por la tarde

05:00 pm

Paciente sale de alta con las siguientes indicaciones

1. Dieta Blanda
2. Paracetamol 1g cada 12hrs por 4 días
3. Control en 5 días por consultorio externo

CASO 2 09:00 am

Forma de inicio Brusco

Curso: Progresivo

T.E: 1h

FUNCIONES VITALES:

PA: 100/70 mmhg FC: 90 lpm FR: 22rpm T: 37.0°C S02: 98%

EG:13 FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Antecedentes: niega

Antecedentes quirúrgicos:

niega RAM: niega

MOTIVO DE LA EMERGENCIA

Paciente varón de 34 años es traído por compañeros de trabajo los cuales refieren que el paciente salto “un metro y medio” golpeándose contra objeto contundente la cabeza y refieren pérdida de conciencia por 10 minutos por lo que es traído a emergencia del hospital.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Al examen REG, REH, REN

Piel y faneras: Tibio, elástico, hidratado, llenado capilar < 2 segundos, cabeza con aumento de volumen en región occipital, no heridas

Tórax y pulmón: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: RCR de buena frecuencia e intensidad, no soplos
Abdomen: Blando, depresible, RHA disminuido, no doloroso a la palpación
Genito urinario: PPL negativo
SNC: Escala de Glasgow: AO:3 RV:4 RM:6, despierto no orientado en tiempo y espacio, parcialmente orientado en persona, pupilas CIRLA

DIAGNÓSTICOS:

- TEC leve moderado
- Contusión en cabeza
- D/C fractura de cráneo

TRATAMIENTO:

1. NPO
2. NACL0.9% 1000cc → 30 gotas por minutos
4. Manitol 280cc EV cada 6horas
5. Ranitidina 50mg EV cada 8horas
6. Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas
7. Dimenhidrinato 50 mg EV PRN a vómitos
8. CFV + BHE
9. Se solicita Rx de cráneo
10. Se solicita hemograma, electrolitos
11. Reevaluación con resultados

16:00 pm Reevaluación

PA:120/70 mmHg FC:78 FR:20 T:37. °C SO2: 97%
EG:13puntos

Se reevalúa a paciente con evolución estacionaria, no presenta mejoría, resultados:

Rx de cráneo: se evidencia trazo de fractura no desplazada en región occipital

Hemograma: Hb: 14.5 Hto: 43.5 Leu: 5500

Segmentados: 55%

Eosinófilos: 20% Linfocitos: 0 Basófilos: 0 Na: 138 K: 4
Ca: 1.15

Glucosa: 115

mg/dl Impresión

diagnóstica:

- TEC leve moderado
 - Fractura de cráneo Plan:
 1. NPO
 3. NAACL0.9% 1000cc → 30 gotas por minutos
 2. Manitol 280cc EV cada 6horas
 3. Ranitidina 50mg EV cada 8horas
 4. Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas
 5. Dimenhidrinato 50 mg EV PRN a vómitos
 6. CFV + BHE
 7. Se solicita TEM cerebral sin contraste más ventana ósea
 8. Reevaluación con resultados

08:00 am Reevaluación

PA:120/80 mmHg FC:80 FR:20 T:36.5 °C SO2: 98%

EG:14 - 15puntos

Se reevalúa a paciente se evidencia mejoría clínica, no vómitos, no náuseas, refiere apetito

Paciente lúcido orientado en tiempo espacio y persona

TAC sin contraste: Se observa edema cerebral, no se evidencia hematomas, no desviación de línea media

Ventana ósea: Se observa fractura no desplazada, no deprimida en región occipital.

Impresión diagnóstica:

- TEC leve moderado
- Fractura de cráneo

Plan:

1. Iniciar tolerancia oral
2. NaCl 0.9% 1000cc → 30 gotas por minutos
3. Manitol 180cc EV cada 6 horas
4. Ranitidina 50mg EV cada 8 horas
5. Ketoprofeno 100 mg PRN a dolor
6. Dimenhidrinato 50 mg EV PRN a vómitos
7. CFV + BHE
8. Reevaluación con resultados

16:00am Reevaluación

PA:120/80 mmHg FC:80 FR:20 T:36.5 °C SO2: 98%
EG:15puntos

Se reevalúa a paciente se evidencia mejoría clínica, no vómitos, no náuseas, buena tolerancia oral

Rp

- Progresar dieta: Dieta Blanda
- Manitol 100 cc EV cada 8 horas

08:00 am Reevaluación

PA:120/80 mmHg FC:70 FR:18 T:36.5 °C SO2: 98%
EG:15puntos

Se reevalúa a paciente se evidencia mejoría clínica, no vómitos, no náuseas,

Paciente lúcido orientado en tiempo espacio y persona

Impresión diagnóstica:

- TEC leve moderado
- Fractura de cráneo

Plan:

1. Dieta completa + LAV
2. VS
3. Paracetamol 1g VO cada 12 h
4. Posibilidad de alta en la tarde si hay buena tolerancia oral

17: 00 pm Reevaluación

PA:120/80 mmHg FC:71 FR:18 T:36.5 °C SO2: 98%
EG:15puntos

Se reevalúa a paciente se evidencia mejoría clínica, no vómitos, no náuseas, Paciente lúcido orientado en tiempo espacio y persona

Impresión diagnóstica:

- TEC leve moderado
- Fractura de cráneo Plan:
 1. Alta con indicaciones
 2. Se explica signos de alarma
 3. Paracetamol 1g cada 8h por 3 días
 4. Control por consultorio externo de cirugía en 5 días

PEDIATRÍA

CASO 1

12:00 pm

Forma de inicio Brusco

Curso: Progresivo

T.E: 1 día

FUNCIONES VITALES:

FC: 103 lpm **FR:** 20rpm

T: 37°C **S02:** 99%

PESO:14500mg **FUNCIONES**

BIOLÓGICAS:

Antecedentes: recibe tratamiento con ibuprofeno y dicloxacilina por celulitis en muslo

Antecedentes quirúrgicos:

niega RAM: niega

MOTIVO DE LA EMERGENCIA

Madre de menor hija de 4 años refiere que paciente cursa con deposiciones "rojizas" en regular cantidad de hasta en 4 oportunidades y dolor abdominal difuso desde el día de ayer, niega fiebre, niega náuseas y vómitos, niega otros síntomas.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Piel y faneras: Tibia, elástico, mucosa oral poco hidratada, llenado capilar < 2 segundos

Tórax y pulmón: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: RCR de buena frecuencia y intensidad, no soplos

Abdomen: Blando, depresible, RHA incrementados, no doloroso a la palpación superficial y profunda, McBurney - Rebote -

Genito urinario: PPL negativo

SNC: Despierta, activa, Glasgow 15puntos, no signos menígeos

DIAGNÓSTICOS:

- Disentería
- Deshidratación moderada

TRATAMIENTO:

1. Se solicita hemograma, PCR, electrolitos, úrea, creatinina, TP, TPTA (INR)
2. Reevaluación con resultados

Reevaluación

Se reevalúa a paciente con resultados de laboratorio donde se evidencia

Hg: 12.8 gr/dl Hto: 37.6%, Abastionados: 6, Linfocitos: 15, Monocitos: 9,

Segmentados: 70, Leucocitos: 11860 Plaquetas: 363000, PCR:158.1, Úrea:

41mg/dl, Creatinina: 0.7 mg/dl, K: 4.5 Na:138 Ca:1.19 TP:

14.6 TPTP: 44.7 INR: 1.22 Ex orina: Leu 4-7xc Hematíes 1-

3xc Reacción inflamatoria en heces: Positivo Leucocitos +100xc

Hematíes 6-8xc PMN85% MN15%

Plan:

Azitromicina 200mg/5ml jarabe→ 5ml CO c/24h por 3

días Alta médica

CASO 2:

Forma de inicio Brusco

Curso: Progresivo

T.E: 2 día

FUNCIONES VITALES:

FC: 132 lpm **FR:** 25rpm **T:** 37.6°C **S02:** 98% **PESO:**16k

FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Antecedentes de importancia: Hospitaliza por fiebre hace 2 años, madre no para en casa por trabajo, hermana de 13 años la cuida

Antecedentes quirúrgicos:

niega RAM: niega

MOTIVO DE LA EMERGENCIA

Paciente atendida el 14/04/21 por vómitos, fiebre y dolor abdominal con Dx de Itu por leucocitos > 100xc, retorna por dolor abdominal y no cumplir con medicación vía oral “no quiere tomar jarabe” no síntomas respiratorios.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Piel y faneras: Tibia, elástico, mucosa oral poco hidratada, llenado capilar < 2 segundos, orofaringe no congestiva

Tórax y pulmón: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales, no tirajes

Cardiovascular: RCR de buena frecuencia e intensidad, no soplos

Abdomen: Blando, depresible, RHA incrementados, no doloroso a la palpación rebote -

SNC: Despierta, activa, jugando

DIAGNÓSTICOS:

- ITU: pielonefritis
- Problema Social

TRATAMIENTO:

1. Dieta completa + LAV
2. Amikacina 240 mg EV cada 24 horas
3. Metamizol 375 mg EV PRN a fiebre y/o dolor
4. CFV + OSA
5. SS prueba antigénica COVID
6. Pendiente resultados de urocultivo del día 14/04/21
7. Se hospitaliza según resultados de COVID

Hospitalización – Nota de ingreso

Anamnesis:

Madre refiere que paciente presenta un TE: 4 días, FI: agudo, Curso: Progresivo

1 día: malestar general, náuseas sin vómitos, irritable, con aumento de la sed además de sensación febril colocándole medios físicos.

2 día: Persiste los síntomas con aumento de la sensación febril y dolor abdominal de tipo cólico por lo que acude a EMG del hospital de Chancay donde se le realiza un examen de orina patológico y solicita urocultivo dándose de alta con tratamiento ATB Amoxicilina 65 mg/kg/día, Ácido clavulánico: 8 mg/kg/día e Ibuprofeno 10mg/kg/día con signos de alarma.

3 día: Persiste molestias, dolor abdominal además de sensación febril

4 día: Síntomas de misma intensidad por lo que acude a emergencia donde se solicita hospitalización

Funciones biológicas:

Sed: incrementada, orina fétida en conservada frecuencia, resto con normalidad

Antecedentes fisiológicos: sin alteraciones

Antecedentes patológicos: Hospitalización por bronquiolitis a los 4 meses por 1 día y usó b2 agonista

Antecedentes familiares

Sin alteraciones aparentes

Antecedentes

epidemiológicos Sin

alteraciones aparentes

Examen físico AREG, AREN, AREH

Piel y faneras: Tibia, elástico, mucosa oral poco hidratada, llenado capilar 3

segundos, TCSC: no edemas

Tórax y pulmón: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales, no tirajes Cardiovascular: RCR, no soplos, pulsos periféricos presentes

Abdomen: Blando, depresible, RHA incrementados, no doloroso a la palpación SNC: Despierta, reactivo al estímulo, ROT 2/4

Impresión diagnóstica:

- a. ITU: pielonefritis
- b. Anemia moderada
- c. Problema social

Plan:

- d. Antibioticoterapia empírica

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CASO 1

Forma de inicio Brusco

Curso: Progresivo

T.E: 8 horas

FUNCIONES VITALES:

PA: 110/60 **FC:** 103 lpm **FR:** 18rpm **T:** 37°C **S02:** 99%
PESO:70 g

FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Antecedentes patológicos: niega

Antecedentes gineco- obstétricos: Menarquía: 15 años, Régimen

catamenial: 27/4, PAP: niega G1P000, FUR: 01/06/20 FPP: 08/03/21, EG: 38
semanas 2 días CPN: 7 controles
RAM: niega

MOTIVO DE LA EMERGENCIA

Paciente de 20 años acude refiriendo contracciones uterinas hace 8 horas que incrementan de intensidad, refiere pérdida de tapón mucoso, percibe movimientos fetales, niega sangrados, niega cefaleas, niega otros síntomas.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Piel y faneras: Tibia, elástico, mucosa oral poco hidratada, llenado capilar < 2 segundos

Tórax y pulmón: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: RCR de buena frecuencia y intensidad, no soplos

Abdomen: AU: 36cm LCF: 145lpm MF: ++/+++ D.U: 3/10"/20" Leopold: LCI

Ponderado fetal: 3100grs

Tacto vaginal: Dilatación: 2cm, Altura de presentación: -2, Borramiento:

80% Membranas: integra. Tipo de pelvis: ginecoide

Genito urinario: PPL negativo

SNC: Despierta, activa, Glasgow 15puntos, no signos meníngeos

DIAGNÓSTICOS:

- Primigesta de 38 1/7 por ecografía de II trimestre
- Fase latente de trabajo de parto

TRATAMIENTO:

1. Ecografía obstétrica
2. Monitorización materno fetal

3. Exámenes de laboratorio
4. Prueba antigénica para COVID 19
5. Pasa a centro obstétrico

CASO 2

Forma de inicio Brusco

Curso: Progresivo

T.E: 1 semana

FUNCIONES VITALES:

PA: 120/8 **FC:** 80 lpm **FR:** 18rpm **T:** 38.7°C

FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Antecedentes patológicos: niega

Antecedentes gineco- obstétricos: Menarquía: 12 años, Régimen catamenial: 30/4, PAP: niega G0P0, FUR: 03/01/21

RAM: niega

MOTIVO DE LA EMERGENCIA

Paciente de 22 años refiere que hace 7 días, aproximadamente, presenta dolor de mama que va incrementando de intensidad asociado a cambios de coloración y incremento de tamaño. Refiere sensación de alza térmica que cedió tras la ingesta de paracetamol, al día de hoy el dolor persiste e incrementa intensidad, además refiere fiebre, motivo por el que acude a emergencia.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Piel y faneras: Tibia, elástico, mucosa oral poco hidratada, llenado capilar < 2 segundos

Tórax y pulmón: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: RCR de buena frecuencia e intensidad, no soplos

Mamas: Derecha: dolorosa, edema, turgencia, incremento de volumen con signos de flogosis, secreción láctea

Izquierda: sin alteraciones

Abdomen: Blando, doloroso, RHA presentes, no doloroso a la palpación SNC:

Despierta, activa, Glasgow 15puntos, no signos meníngeos

DIAGNÓSTICOS:

- Mastitis aguda
- Absceso en mama derecha
- Síndrome febril

TRATAMIENTO:

1. Antibioticoterapia + analgésicos
2. Se solicita ecografía de mama
3. Drenaje de absceso mamario
4. Exámenes de laboratorio
5. Pasa a hospitalización

Finalmente, todo lo aprendido durante el internado médico, desde el momento del saludo al paciente, el abordaje, los conceptos, el complementar y poner en práctica lo aprendido durante la etapa de pregrado, realización de cada historia clínica, anamnesis, ectoscopia, empatía, diagnóstico, procedimiento, prescripción de medicamentos y correcto manejo ayudan a consolidar todo lo aprendido como estudiante de medicina me ayudan para integrar y tener el correcto manejo como médico general y así brindarle la mejor atención al paciente durante el servicio rural urbano y marginal en salud que es lo más próximo como una primera experiencia como médica.

CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE REALIZÓ LA EXPERIENCIA

Realice mi internado médico inicialmente, antes de la pandemia, en el Hospital de la policía “Luis. N Sáenz” nivel 3 ubicado en Av. Brasil cuadra 26 – Jesús María – Lima, Perú, este nosocomio tiene como población objetivo brindar atención oportuna y eficiente a todos los miembros de la Policía Nacional del Perú, así como también a hijos, padres y esposos o esposas de los titulares.

La experiencia que obtuve en dicho hospital como primera rotación de ginecología fue muy gratificante, ya que fue mi primer contacto con las pacientes, mi primera evolución, mi primer examen físico, mis compañeros de internado. Siempre el trabajo fue en equipo ya que nuestras funciones como interno siempre eran realizar la correcta historia clínica, evolucionar todas las camas, realizar procedimientos, entrar a sala de operaciones, atención en emergencia, y consultorio externo, llevar a las gestantes a ecografías, controles de la gestación, bajo supervisión y de las enseñanzas de mis excelentes residentes que tuve en dicho hospital que de forma diaria mediante exposiciones, casos clínicos, empatía ayudaron a reforzar mis conocimientos y a afinar mi abordaje ante cualquier patología que se presentaba en el día a día.

Como es un hospital nivel 3 y tiene buena capacidad resolutive la mayoría de patologías son manejadas en dicho nosocomio, pero el hospital tenía una limitación y era que no contaba con UCI neonatal y generalmente no podía ser manejado dentro del hospital a las gestantes, de tal manera iban a necesitar ser referidas a una clínica mediante SALUDPOL que es la entidad que recibe, capta y gestiona los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud dirigidas al personal de la PNP y sus familiares derechohabientes, a través de una cobertura de riesgos de salud.

Dentro de las clínicas de referencia la más frecuente es la “Maison Sante” en la cual la paciente era trasladada mediante una ambulancia a dicha clínica para ser atendida y se le brindase el apoyo necesario. Dentro de los pacientes referidos, siempre fueron gestantes de alto riesgo, ya sea embarazo gemelar, prematuros con necesidad de uci neonatal que fueron las principales patologías que observe que fueron referidas en mi día a día.

Cuando llego la pandemia por el virus SARS COV 2 se retiró a todo interno de medicina de todo hospital a nivel nacional y cuando se realizó la reincorporación de los internos a su establecimiento inicial dicho nosocomio decidió no reincorporarnos debido al incremento de casos, ya que había dejado de ser un hospital docente y paso a ser un hospital donde solo se atendía COVID 19, siendo solo emergencias derivadas por intermedio de SALUDPOL con las clínicas que tienen convenio.

Debido a que el Hospital de Policía rechazó la reincorporación de los internados a dicho establecimiento, comencé a buscar plazas para obtener en otra entidad en la cual si permitan el acceso a internos y así fue como llegue al “Hospital de Chancay” dicho nosocomio tiene como misión brindar atención integral y especializada de salud a la población del Hospital de Chancay y SBS de la región Lima, con equidad, calidad y transparencia; priorizando grupos vulnerables, en concentración con los sectores públicos, privados y otros actores sociales. Y como visión institución especializada y acreditada con recurso humano competente y comprometido en brindar servicios de salud de calidad, desarrollando una eficiente gestión por resultados, promoviendo estilos de vida saludable a la población de la región.

Entrar a un nuevo hospital en plena pandemia fue algo que tomo un tiempo de adaptación ya que de inicio hubo muchas condiciones y limitaciones para la reincorporación entre ellas era que nos dividían en dos grupos de quince días

cada uno, siendo eso ya un factor en contra dentro de la formación del interno médico sumado a eso el no tener acceso a ciertas áreas como emergencia.

Para ser un hospital nivel 2 tiene ciertas limitaciones ya que no cuenta con ecógrafos, tomógrafos, especialidades, y que de ser necesario se tienen que derivar a los pacientes al hospital más cercano siendo este el “Hospital de Huaral” mediante una referencia que es tramitada por el interno y siendo éste el acompañante, los pacientes que son referidos son los candidatos de estos exámenes auxiliares como pacientes que llegan por TEC, ACV, TVP, entre otros. Y de ser el caso que se necesite exámenes de mayor complejidad como RMN se habla con el familiar para que pueda ser coberturado de forma particular o si el paciente llegara a necesitar de otra especialidad también era coordinado mediante el sistema de referencia para ser trasladado a otro nosocomio, siendo esto complicado ya que debido a la crisis y falta de camas a nivel nacional los hospitales no siempre aceptaban, pero finalmente accedían al aplicar la ley de emergencia.

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

El manejo dentro del hospital es basado en evidencia científica basada en revistas, guías clínicas o UpToDate. A continuación, se dejará evidencia científica sobre las principales patologías mencionadas en el presente trabajo sobre el abordaje.

Apendicitis aguda

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice y una de las causas más comunes de abdomen agudo quirúrgico siendo así una emergencia. En la clínica tenemos al dolor abdominal en cuadrante inferior derecho (fosa iliaca derecha), anorexia, náuseas, vómitos y fiebre; pero existe un pequeño porcentaje con clínica atípica como flatulencias, indigestión, diarreas y malestar general

Dentro del examen físico tenemos a los puntos dolorosos como McBurney, Rovsing que son los más específicos.

Luego se aplicará a los criterios de Alvarado que consiste en 8 puntos tales como migración del dolor a fosa iliaca derecha, anorexia, náuseas y/o vómitos, dolor en cuadrante inferior derecho, dolor al rebote, fiebre, leucocitosis y desviación izquierda, dándole un puntaje para así determinar con seguridad el manejo inmediato.

Dentro del manejo de una apendicitis no complicada es la apendicectomía abierta o laparoscópica. Los antibióticos se pueden usar para incrementar el lapso de la intervención quirúrgica pero no reemplaza la cirugía

TEC

La lesión cerebral traumática es una lesión en cabeza debido generalmente a contacto. Lo vamos a definir típicamente de forma **Leve**: Glasgow de 13 a 15 puntos medida aproximadamente 30 minutos después de la lesión.

Las definiciones de conmoción cerebral leve no requieren explícitamente tomografía computarizada. Pero se encuentra en una minoría anomalías intracraneales como contusión, hemorragias, entre otras.

Dentro de las manifestaciones clínicas tenemos confusión, amnesia con o sin pérdida de consciencia.

La evaluación aguda de un paciente incluye una evaluación neurológica y una prueba del estado mental. Las imágenes, generalmente tomografía computarizada (TC) de la cabeza sin contraste, se recomiendan para un subconjunto de pacientes con TBI leve en el contexto agudo. El propósito principal de las imágenes en el contexto agudo es identificar las lesiones que requieren una intervención neuroquirúrgica inmediata o una evaluación neurológica temprana con tratamiento médico.

El manejo de un TEC leve recomendado es la observación del paciente intrahospitalario o en el hogar durante al menos 24 horas debido al riesgo de complicaciones intracraneales dándolo así un enfoque conservador.

La observación hospitalaria va a depender del estado del paciente teniendo en cuenta la escala de Glasgow, hallazgos anormales por tomografía, parámetros de hemorragia, convulsiones, déficit neurológico, vómitos recurrentes.

La observación ambulatoria es para pacientes cuya condición neurológica es muy poco probable a deteriorarse. Hay pruebas sustanciales de que es poco

probable que los pacientes con GCS = 15, exploración y TC de cabeza normales y sin predisposición a hemorragias sufran un deterioro neurológico posterior.

NAC

La neumonía es un proceso infeccioso e inflamatorio del parénquima pulmonar causado por microorganismos afectando las vías respiratorias y en algunas ocasiones hasta el intersticio alveolar.

Este proceso causa un infiltrado celular inflamatorio que se denomina consolidación.

Para diagnosticar una neumonía adquirida en la comunidad el individuo debe presentar manifestaciones clínicas y no estar hospitalizado en las primeras 48 horas al ingreso.

Dentro de los estudios y métodos diagnósticos se ha logrado identificar el germen causal en el 40 -60% siendo el más frecuente el *Staphylococcus pneumoniae*; en un 20 – 60% el *Haemophilus Influenzae*; en un 3 a 10% *Staphylococcus aureus*, *Mycoplasma*, *Legionella* entre otros.

Se realiza el diagnóstico teniendo en cuenta los datos proporcionados durante la anamnesis y el examen físico; también con las imágenes y exámenes paraclínicos.

Dentro de las manifestaciones clínicas tenemos al menos un signo como dificultad respiratoria, matidez, estertores, egofonía, frémito vocal aumentado y aumento de las vibraciones vocales a la palpación y síntomas como fiebre, malestar general, tos con expectoración, disnea.

También se evaluará el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica con todos sus parámetros.

En los estudios de imagen tenemos a la radiografía de tórax con infiltrados alveolares, intersticiales segmentarios o de cualquier tipo en las de un lóbulo o derrame pleural.

Tener en cuenta a la neumonía por aspiración en pacientes donde se presenció dicha aspiración o hay alteración del estado de conciencia, trastornos de la deglución, obstrucción intestinal, postrados crónicos o con hallazgos radiográficos en los segmentos superiores de los lóbulos inferiores o posteriores de los lóbulos superiores.

Se clasificara de acuerdo a escalas de predicción de mortalidad a 30 días, severidad de la enfermedad y decisión de hospitalización en el paciente con NAC. Tanto el CURB-65, que evalúa las variables confusión, urea, frecuencia respiratoria, presión arterial y edad > 65 años, y el Pneumonia Severity Index, que evalúa datos demográficos, enfermedades concomitantes, hallazgos en el examen físico y hallazgos en ayudas diagnósticas, se consideran herramientas fuertes para usar como predictores de severidad y mortalidad

El tratamiento inicial de la NAC es empírico, pues no existe una herramienta diagnóstica con una sensibilidad y especificidad del 100 %. Se debe realizar teniendo en cuenta la epidemiología, los perfiles locales de resistencia microbiana, la disponibilidad local y los costos.

INTOXICACION ALIMENTARIA

La intoxicación alimentaria se define como aquella intoxicación provocada por cualquier alimento que suele sustancias tóxicas, gérmenes, metales, aditivos, hormonas, entre otras cuyo producto final es la intoxicación del paciente.

El cuadro clínico es básicamente neurológico como parálisis simétrica descendente aguda sin fiebre y además síntomas gastrointestinales como

náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarreas. En ocasiones puede haber estreñimiento en las fases posteriores.

También produce reacciones de hipersensibilidad como urticaria, anafilaxia. No es una enfermedad contagiosa y la mortalidad se encuentra alrededor del 6%.

El diagnóstico ha de basarse fundamentalmente en la clínica y el tratamiento consta de dos medidas esenciales.

Medidas generales de soporte: Monitorización y vigilancia estrecha durante semanas o meses. Trendelemburg inverso, intubación y ventilación mecánica y tratamiento de infecciones oportunistas; Antitoxina botulínica teniendo en cuenta que su uso temprano es crítico, no debe de esperar a resultados microbiológicos etc.

INFECCIÓN URINARIA EN PEDIÁTRICOS

La Infección del tracto urinario es frecuente en niños, puesto que un porcentaje de niños tendrá ITU sintomática antes de los 7 años. Existe riesgo de producir daño renal permanente y progresivo por lo que es importante hacer un diagnóstico oportuno y precoz.

Las ITU pueden ir desde la bacteriuria asintomática, cistitis, pielonefritis aguda, nefronía lobar aguda y la formación de abscesos renales.

En el 50-80% de los niños con ITU febril se produce afectación renal aguda, desarrollándose una cicatriz renal, lo que es un riesgo para presentar hipertensión arterial (HTA), proteinuria y daño renal.

El germen más frecuentemente es la *Escherichia coli*, otros *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter spp.*, *Enterococcus spp.* y *Pseudomona spp.*

La clínica es variable según la edad, siendo inespecífico en los lactantes; los signos y síntomas característicos aparecen en niños mayores. En los lactantes menores, la ITU se presenta con fiebre, vómitos, irritabilidad, letargia, rechazo alimentario, detención de crecimiento, ictericia, hematuria y disminución de la diuresis. Debe sospecharse ITU en todo paciente con fiebre > 38°C sin foco.

En recién nacidos, aun en aquellos con pielonefritis o urosepsis, la ITU puede manifestarse sin fiebre.

En los niños mayores síntomas de disuria, polaquiuria, cambios en la continencia urinaria, dolor abdominal o lumbar y micción disfuncional. El diagnóstico se realiza por clínica y análisis de orina anormal, siendo el gold el urocultivo.

Deberán ser hospitalizados los lactantes menores de 3 meses, los niños severamente enfermos (con sepsis, deshidratación, o vómitos), o cuando existe falta de adherencia al tratamiento.

DESHIDRATACIÓN EN PEDIATRÍA

La fluidoterapia esta indicada para mantener un adecuado volumen y composición normal de fluidos corporales. La hipovolemia es mas frecuente en niños.

Dentro de los factores de riesgo tenemos a gastroenteritis (diarrea y vómitos), relación superficie volumen más alta con pérdidas insensibles proporcionalmente más altas que se acentúan en estados patológicos.

Dentro de la terapia en la deshidratación es necesario la evaluación clínica del estado de hidratación. El tratamiento se divide en dos fases:

1) Fase de rehidratación: el déficit de líquidos se reemplaza rápidamente durante tres a cuatro horas. La SRO se administra en pequeñas cantidades

de líquido con una cuchara o una jeringa.

Se puede utilizar una sonda nasogástrica en el niño que se niega a beber.

2) Fase de mantenimiento: se administran las calorías y los líquidos de mantenimiento. La realimentación rápida comienza después de la finalización de la fase de rehidratación.

MASTITIS

La mastitis se refiere a la inflamación del tejido mamario con o sin infección. La mastitis periductal es una afección inflamatoria de los conductos subareolares que generalmente se presenta con inflamación periareolar. Puede ocurrir una infección secundaria de los conductos inflamados, lo que da lugar a daños en los conductos y posterior rotura con formación de abscesos.

Estos abscesos suelen drenar espontáneamente en el borde de la areola. Abscesos recurrentes y fístula que supura (es decir, comunicación entre un conducto subareolar principal y la piel). El diagnóstico de mastitis periductal es esencialmente clínico y se basa en la apariencia. Por lo general, se realiza una ecografía para descartar un absceso, si hay una masa o si los signos de infección no remiten en unos pocos días.

La mastitis granulomatosa idiopática (IGM), también conocida como mastitis lobulillar granulomatosa idiopática, es una enfermedad mamaria inflamatoria benigna rara desconocida.

La mastitis tuberculosa es poco común que afecta a mujeres en edad reproductiva, incluidas las que están amamantando. La biopsia con aguja gruesa es para el diagnóstico.

GESTACIÓN EUTÓCICO

En 1997 según OMS "parto de inicio espontáneo, de bajo riesgo al inicio del trabajo de parto y que permanece así durante el trabajo de parto y el parto. El bebé nace espontáneamente en la posición de vértice entre las 37 y 42 semanas completas de embarazo". Después del nacimiento, la madre y el bebé están en buenas condiciones.

Dentro del examen inicial consiste en revisar el registro prenatal, desarrollos de trastornos, estado cervical basal y estado fetal.

El examen físico consta de examen cervical.

El examen digital se realiza después de que se hayan excluido la placenta previa y la rotura de membranas antes del trabajo de parto (RPM) (mediante antecedentes y exámenes físicos, de laboratorio y de ultrasonido).

La frecuencia de las contracciones se documenta como el número de contracciones durante un período de 30 minutos dividido por tres para dar el número de contracciones por 10 minutos.

Se recomienda alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a moverse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo.

Se recomienda que durante el expulsivo las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda.

Una vez que expulso al recién nacido pasaremos al ordeño y pinzamiento del cordón, drenaje placentario y reparación de laceración y episiotomías y pasar a puerperio inmediato a madre.

Se recomienda que las mujeres mantengan el contacto piel a piel con sus bebés inmediatamente después del nacimiento.

Para mantener caliente al bebé se recomienda cubrirlo y secarlo con una manta o toalla previamente calentadas, al tiempo que se mantiene el contacto piel a piel con la madre.

Se recomienda evitar la separación de la madre y el bebé dentro de la primera hora

Después del parto eutócico de bajo riesgo de un bebé sano a término se sugiere una vigilancia del recién nacido por personal de salud que este capacitado por lo menos las primeras 48 horas.

Se recomienda la evaluación del neonato por personal calificado entre las 24 y 48 h después del parto si la madre y el bebé son dados de alta de la institución antes de 48 h.

Se recomienda que las mujeres y sus familias reciban información e instrucciones claves para su cuidado en casa y el de su bebé, especialmente relacionadas con la lactancia materna y la identificación temprana de signos de alarma maternos y neonatales.

CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Iniciar el internado médico en época no COVID fue una experiencia muy emocionante y muy ansiada después de toda la etapa durante pregrado.

Ginecología, la primera rotación que se llevó antes de iniciar la pandemia fue muy gratificante en el hospital que adjudiqué ya que siempre sentí afinidad por dicho nosocomio. Considero que ayudó a mi desempeño y a explotar mi mayor desenvolvimiento con cada paciente en cualquier área que necesitase.

Consultorio externo, el correcto abordaje de las patologías más frecuentes y procedimientos que se podían realizar, como toma del papanicolaou, colposcopías, controles de gestantes, medición de altura uterina, latidos cardiacos fetales, maniobras de Leopold, tactos vaginales, participación en partos, adecuada monitorización en centro obstétrico, cesáreas como primer ayudante, desde el adecuado lavado de manos, asepsia y antisepsia, colocación de sondas, durante la cirugía hasta el traslado a recuperación.

Darle un adecuado abordaje a patologías que llegaban por emergencia haciendo una adecuada clasificación del manejo ya sea ambulatorio o de hospitalización dentro de las más comunes intrahospitalarios estaban amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, preclamsia, hiperémesis gravídica, ruptura prematura de membranas, partos precipitados, hemorragias intrauterinas, entre otras, al ser un hospital nive 3 con buena capacidad resolutiva casi todas las principales patologías fueron resueltas de forma conjunta con excepción de

Considero que mi pasantía como interna de medicina en mi primera rotación de ginecología en el Hospital de Policía, fue una gran experiencia y de mucha utilidad para mi desempeño futuro considerándolo como especialidad, ayudó a reforzar mis conocimientos, a realizar un adecuado diagnóstico y llevar un manejo de acuerdo a la experiencia vivida que será plasmado como médico general.

Medicina Interna, segunda rotación con muchas limitaciones para el aprendizaje ya que solo se tuvo acceso al área de hospitalización debido a que el jefe de servicio no dio autorización para rotar por emergencia y los consultorios estaban cerrados, a pesar de las limitaciones y a la baja de casos no COVID, cada paciente era un libro a estudiar desde el motivo de ingreso y hasta buscar patologías adicionales, muchos de los pacientes necesitan exámenes auxiliares que el hospital no contaba como tomógrafos, eco dopplers, entre otros pero que siempre fue resuelto mediante referencias o hasta colaboraciones dentro del servicio. Debido al trato con los pacientes, familiares, enfermeros, personal técnico se logró trabajar en equipo y de la mejor manera posible siempre para el bienestar del paciente.

Todo lo aprendido en esta rotación fue complementada con los residentes, asistentes, presentación de casos clínicos, exposiciones de los temas más relevantes, y discusión de enfermedades durante las visitas médicas.

Cirugía, una rotación con menos limitaciones ya que si teníamos acceso a emergencia. La principal función como internos en hospitalización, fue una correcta elaboración de historia clínica, evoluciones y buen examen físico de cada paciente por lo general post operado de alguna patología de emergencia ya que debido a la pandemia no hay cirugías programadas. En el área de emergencia fue una pasantía de mucho aprendizaje para resolver casos que llegaban como mordeduras caninas, suturas, heridas, policontusos, cuerpos extraños, accidentes de tránsito, diagnóstico de patologías como apendicitis, colecistitis, entre otras.

Todo procedimiento realizado siempre fue inicialmente llevado de la mano del médico residente que ayudo mediante sus enseñanzas prácticas a reforzar la seguridad de un correcto manejo en nosotros y aprender a resolverlo de forma autónoma. Siempre la enseñanza fue complementada mediante exposiciones o charlas dentro del hospital por el encargado de los internos.

Pediatría, última rotación donde se aprendió a darle un adecuado abordaje a niños dentro de las principales patologías, un manejo adecuado de lo más frecuente dentro de la población y saber entender a la madre que muchas veces viene asustada o irritada debido al estado de su hijo; una etapa de mucho aprendizaje.

Iniciar en un hospital de mayor complejidad y culminar en uno de menor nivel debido a los cambios por la pandemia fue una etapa dura de inicio debido a todos los factores que se presentaron en el camino pero que al final dejo una enseñanza valiosa en mi formación por lo cual me siento agradecida de haber dado todo de mi para aprender con cada caso que se me presentó y así obtener el máximo beneficio por intermedio de la experiencia como futuro profesional de salud.

CONCLUSIONES

El internado médico sigue siendo pilar fundamental para el correcto desempeño como futuro profesional del área de medicina. Aunque este año, a nivel nacional, no se obtuvo un aprendizaje similar al de años anteriores debido al momento que atravesamos como país, sumado a otros factores como la deficiencia sanitaria, pocos hospitales con docencia, considero que cada interno de medicina durante su pasantía aprovecha los casos clínicos ya sea para adquirir y reforzar los conocimientos obtenidos mediante la práctica día a día y así tener la capacidad resolutive para lo que se pudiera atravesar como futuro profesional. Mediante las exposiciones, casos clínicos, prácticas diarias y refuerzos de la mano de médicos residentes, asistentes y compañeros se realizó una gran labor en conjunto siempre en beneficio para el paciente.

La principal limitación para realizar un adecuado desempeño, con las máximas enseñanzas y el aprendizaje oportuno, fue la pandemia que se sigue atravesando a nivel mundial, pero que a pesar de esto se obtuvo los mayores conocimientos y experiencia para nosotros. Existen plataformas para complementar teorías o realizar prácticas virtuales, que si se ponen en práctica será un momento de adaptación a la nueva realidad.

Como interno de medicina finalmente el objetivo es obtener la mayor experiencia ya que es la última etapa de aprendizaje en la que aún estamos guiados por alguien superior que nos encaminará para tener un adecuado desenvolvimiento en área de salud como médico.

RECOMENDACIONES

El mayor problema como interno de medicina es que no se haya desarrollado de forma adecuada como siempre fue, en un adecuado hospital con acceso a todas las áreas

Todo internado médico siempre será una etapa vital y de mucho aprendizaje ya que se es considerado casi médico en el hospital y estamos en toda la capacidad de resolver las patologías que se pueda presentar

El internado médico va a ir complementada de la base teórica por eso es importante tener un adecuado desenvolvimiento durante la etapa de pregrado para así obtener un mejor desenvolvimiento

Durante el internado debe existir una buena relación entre todo el personal de salud para así obtener un ambiente de trabajo bajo ningún estrés y trabajar de forma conjunta con el personal a favor del bienestar del paciente

Se debe tener en cuenta que un factor importante durante el internado es la empatía con el paciente, más aún durante estos tiempos en los que la mayoría de pacientes e incluso personal de salud estamos viviendo pérdidas familiares, carga familiar, carga laboral, estrés por falta de oportunidades, entre otras

Realizar el internado en dos hospitales fue una decisión muy inesperada pero que al final sirvió de valiosa importancia durante mi formación.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 19 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
2. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 19 de mayo de 2021]. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
3. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 19 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-mild-traumatic-brain-injury-concussion-in-adults?search=traumatismo%20craneoencefalico%20adulto&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=1
4. Martínez-Vernaza Samuel, Mckinley Estefanía, Soto María Juliana, Gualtero Sandra. Neumonía adquirida en la comunidad: una revisión narrativa. Univ. Med. [Internet]. 2018 Dec [cited 2021 Apr 25] ; 59(4): 93-102. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-08392018000400093&lng=en. <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed59-4.neum>.

5. Pinillos M.A., Gómez J., Elizalde J., Dueñas A.. Intoxicación por alimentos, plantas y setas. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2003 [citado 2021 Abr 26] ; 26(Suppl 1): 243-263. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000200015&lng=es.
6. Troche Avelina Victoria, Araya Soraya. Infección urinaria: un problema frecuente en Pediatría. Revisión de la literatura. *Pediatr. (Asunción)* [Internet]. 2018 Aug [cited 2021 Apr 25] ; 45(2): 165-169. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-98032018000200165&lng=en. <https://doi.org/10.31698/ped.45022018009>.
7. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 19 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/nonlactational-mastitis-in-adults?search=mastitis&source=search_result&selectedTitle=2~74&usage_type=default&display_rank=2
8. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 19 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-normal-labor-and-delivery?search=PARTO%20EUTOCICO&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=2

ANEXOS

ANEXO N° 1

Terapia empirica de infecciones intra-abdominales

Empiric antibiotic regimens for low-risk community-acquired intra-abdominal infections in adults

	Dose
Single-agent regimen	
Ertapenem	1 g IV once daily
Piperacillin-tazobactam	3.375 g IV every 6 hours
Combination regimen with metronidazole*	
ONE of the following:	
Cefazolin	1 to 2 g IV every 8 hours
OR	
Cefuroxime	1.5 g IV every 8 hours
OR	
Ceftriaxone	2 g IV once daily
OR	
Cefotaxime	2 g IV every 8 hours
OR	
Ciprofloxacin	400 mg IV every 12 hours or 500 mg PO every 12 hours
OR	
Levofloxacin	750 mg IV or PO once daily
PLUS:	
Metronidazole*	500 mg IV or PO every 8 hours

For empiric therapy of low-risk community-acquired intra-abdominal infections, we cover streptococci, Enterobacteriaceae, and anaerobes. Low-risk community-acquired intra-abdominal infections are those that are of mild to moderate severity (including perforated appendix or appendiceal abscess) in the absence of risk factors for antibiotic resistance or treatment failure. Such risk factors include recent travel to areas of the world with high rates of antibiotics-resistant organisms, known colonization with such organisms, advanced age, immunocompromising conditions, or other major medical comorbidities. Refer to other UpToDate content on the antimicrobial treatment of intra-abdominal infections for further discussion of these risk factors.

The antibiotic doses listed are for adult patients with normal renal function. The duration of antibiotic therapy depends on the specific infection and whether the presumptive source of infection has been controlled; refer to other UpToDate content for details.

IV: intravenously; PO: orally.

* For most uncomplicated biliary infections of mild to moderate severity, the addition of metronidazole is not necessary.

UpToDate®