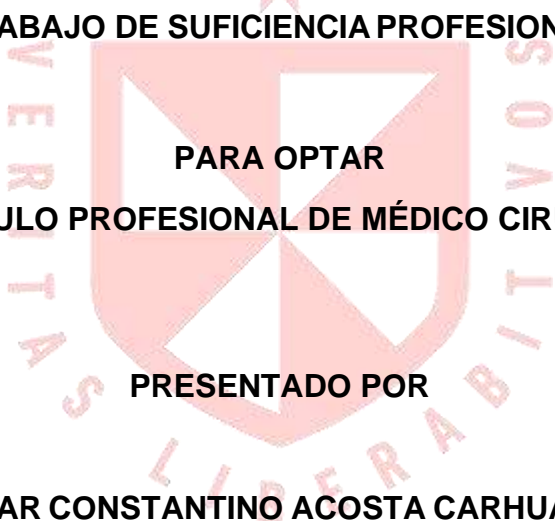


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

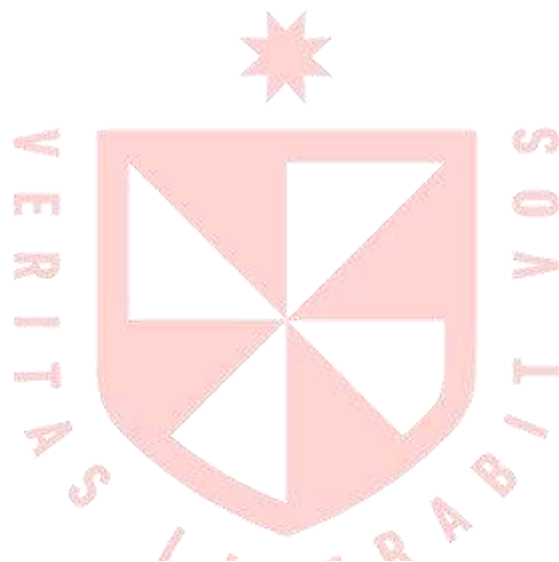
**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
CENTRO DE SALUD CRUZ DE MOTUPE Y
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA
2022-2023**



**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR
OMAR CONSTANTINO ACOSTA CARHUAMACA
MANUEL FAHED ROSSELL FERNANDEZ**

**ASESOR
EDGAR ROLANDO RUIZ SEMBA**

**LIMA - PERÚ
2023**



**Reconocimiento
CC BY**

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL CENTRO
DE SALUD CRUZ DE MOTUPE Y HOSPITAL NACIONAL
ARZOBISPO LOAYZA 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

OMAR CONSTANTINO ACOSTA CARHUAMACA

MANUEL FAHED ROSSELL FERNANDEZ

ASESOR

DR. EDGAR RUIZ SEMBA

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro: Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a nuestras familias, quienes nos brindaron su apoyo incondicional desde el inicio de este largo y maravilloso camino llamado medicina humana. Del mismo modo agradecemos a nuestros docentes, aquellos galenos que nos guiaron con la verdadera motivación de la enseñanza nos brindaron todo su conocimiento y experiencia, con lo cual nos capacitaron para poder enfrentar los diferentes casos que se nos presenten.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	VII
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA.....	35
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	36
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.....	43
CONCLUSIONES.....	46
RECOMENDACIONES	47
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	48

RESUMEN

El internado médico es la última etapa del estudiante de la carrera de medicina humana donde se consolida y demuestra todos los conocimientos adquiridos en los años previos para así poder aplicar lo aprendido en la práctica médica individual. En esta última etapa, el interno está en contacto con todo el proceso de atención en salud; los internos participan en las atenciones efectuadas por los médicos especialistas y se familiarizan con todo el proceso que abarca tanto diagnóstico, tratamiento y seguimiento de diversas patologías. Debido al contexto nacional de la pandemia por COVID 19, cambió la dinámica del programa de internado médico, los internos que optaron por las plazas del Minsa, se implementó la modalidad 50% (5 meses) en primer nivel de atención y el segundo 50 % (últimos 5 meses) en los hospitales de la misma jurisdicción. En este trabajo se presentan experiencias durante el internado médico realizado en el Hospital Nacional arzobispo Loayza y en el Centro de Salud Cruz de Motupe. También se revisarán casos clínicos que se atendieron en las áreas de pediatría, cirugía, medicina interna y gineco-obstetricia. Además, se realizará una breve descripción de los hospitales donde se realizaron las respectivas rotaciones.

Objetivo: Describir la experiencia obtenida luego de aplicar los conocimientos teóricos y prácticos en las cuatro grandes rotaciones del internado médico desarrollado en establecimientos de salud de diferente capacidad resolutive.

Metodología: Explicar las vivencias y patologías que se presentan con mayor frecuencia en los establecimientos de salud donde realizo el internado médico durante el periodo Junio 2022 hasta marzo 2023.

Conclusiones: Durante el internado médico se refuerza el conocimiento obtenido durante el periodo universitario, se adquieren habilidades que son indispensables para el desarrollo como profesional de salud.

Palabras clave: Internado médico, centro de salud, hospital, rotaciones

ABSTRACT

The medical internship is the last stage of the human medicine career student where all the knowledge acquired in previous years is consolidated and demonstrated in order to apply what has been learned in individual medical practice. In this last stage, the inmate is in contact with the entire health care process; The inmates participate in the care provided by the specialist doctors and become familiar with the entire process that includes both diagnosis, treatment and monitoring of various pathologies. Due to the national context of the COVID 19 pandemic, the dynamics of the medical internship program changed, the inmates who opted for the Minsa places, the modality 50% (5 months) was implemented in the first level of care and the second 50% (last 5 months) in hospitals of the same jurisdiction. This paper presents experiences during the medical internship held at the Arzobispo Loayza National Hospital and at the Cruz de Motupe Health Center. Clinical cases that were treated in the areas of pediatrics, surgery, internal medicine and gynecology-obstetrics will also be reviewed. In addition, a brief description of the hospitals where the respective rotations were carried out will be made.

Objective: To describe the experience obtained after applying the theoretical and practical knowledge in the four major rotations of the medical internship developed in health facilities of different resolution capacity.

Methodology: To explain the experiences and pathologies most frequently encountered in the health facilities where I did the medical internship during the period June 2022 to March 2023.

Conclusions: During the medical internship the knowledge obtained during the university period is reinforced, skills are acquired that are indispensable for the development as a health professional.

Keywords: Medical internship, health center, hospital, rotations

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL CENTRO DE SALUD CRUZ DE MOT
UPE Y HOSPITAL NACIONAL ARZOBISP
O**

AUTOR

**OMAR CONSTANTINO ACOSTA CARHUA
MANUEL FAHED ROSSELL FERNANDEZ**

RECUENTO DE PALABRAS

11419 Words

RECUENTO DE CARACTERES

62664 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

61 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

128.9KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 14, 2023 6:46 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 14, 2023 6:47 PM GMT-5

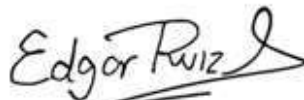
● **8% de similitud general**

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

- 8% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% 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
- Fuentes excluidas manualmente



**Dr. EDGAR ROLANDO RUIZ SEMBA
ASESOR**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-0671-5575>

INTRODUCCIÓN

El internado médico es la última etapa del estudiante de la carrera de medicina humana donde afianza todos los conocimientos adquiridos en los años anteriores de forma predominantemente práctica en el hospital para luego poder desempeñarlo y aplicarlo en la práctica médica individual. En esta última etapa, el interno está en contacto con todo el proceso de atención en salud; los internos son testigos de las atenciones efectuadas por los médicos especialistas y se familiarizan con todo el proceso que abarca tanto diagnóstico, tratamiento y seguimiento de diversas patologías. Adicionalmente, también se refuerzan las actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Este “último periodo” es en el que se inician las prácticas pre profesionales de la carrera, periodo en el cual el futuro médico consolida e integra los conocimientos adquiridos durante los años de carrera universitaria. Además de perfeccionar las habilidades interpersonales de cada futuro galeno para brindar una correcta y adecuada atención al paciente. El interno médico usualmente debe rotar por los servicios de Pediatría, gineco-Obstetricia, Medicina Interna y Cirugía General en el hospital donde realizaba sus prácticas. No obstante, debido al contexto nacional de la pandemia por COVID 19, cambió la dinámica del programa de internado médico, los internos que optaron por las plazas del Minsa, se implementó la modalidad 50 % (5 meses) en primer nivel de atención y el segundo 50% (últimos 5 meses) en los hospitales de la misma jurisdicción.

Para el primero de mayo estaba programado el inicio del internado médico 2022, sin embargo, en el caso de MINSA, debido a que los lineamientos especificando los derechos, deberes y proceso de vacunación del interno no estaban detallados, ni especificados para el año 2022, se pospuso el inicio del internado médico al 1ero de junio. Si bien al inicio, como todo nuevo grupo se tuvo dificultades para adaptarse a los diferentes protocolos y procesos ya sea en hospitales o centros de salud, debido a que el estudiante de medicina esta fuera de su confort porque algunos no tuvieron tanta experiencia en la práctica médica debido a la virtualidad, con mucha dedicación y perseverancia los nuevos internos poco a poco se fueron adaptando a los distintos escenarios que se presentaban con gran seguridad y convicción.

La práctica médica habitual no solo consta de tratar la enfermedad, también consta de prevenir la enfermedad, una enseñanza muy remarcada a los quienes tuvimos la oportunidad de rotar por establecimientos de salud, y en el caso de rotación por hospitalizaciones, hacerle seguimiento al paciente mediante su evolución analizando de manera exhaustiva todos los días la historia clínica y con evaluación diaria para poder realizar un plan de trabajo adecuado y beneficioso para el paciente.

Aunque el internado médico hoy en día es un poco diferente a lo tradicional, ya sea por la reducción de tiempo de duración o añadiendo rotaciones por establecimientos de salud, nos permite desarrollar diferentes habilidades y adaptarnos a cualquier posible escenario en los diferentes niveles de atención, lo cual es una gran ventaja para los futuros médicos. Adicional, aplicar los conocimientos y destrezas adquiridas en los diferentes niveles de atención de salud permite tener un panorama más integral del paciente, con el objetivo no solo de diagnosticar y tratar de manera oportuna, sino de prevenir las diferentes patologías.

Por ello, en el presente trabajo de suficiencia profesional se explicará la importancia del internado médico de adquirir destrezas, competencias, habilidades y capacidades con el fin de estar preparado para cualquier escenario posible en diferentes niveles de atención, a través de experiencias del internado médico 2022-2023, tanto en el primer nivel de atención como en el segundo nivel de atención (hospitales). Esperamos que este trabajo pueda ayudar a nuevos futuros colegas a descubrir las habilidades y destrezas que pueden adquirir en esta última etapa de la carrera.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

En esta parte sección se presentarán 16 casos clínicos, que forman parte de la experiencia medica vivida durante las rotaciones en el HNAL y C.S CRUZ DE MOTUPE. A continuación, presentamos 8 casos clínicos de HNAL (4 de Ginecología-Obstetricia y Cirugía general) y 8 casos clínicos del C.S Cruz de Motupe (4 de pediatra y de medicina interna).

I.1 Rotación en Ginecología Y Obstetricia

Dentro de las experiencias más enriquecedoras durante la rotación de gineco-obstetricia fue pase por el centro obstétrico en el área de sala de partos, donde se tuvo la oportunidad de atender partos vía vaginal, principalmente de pacientes con embarazos previos bajo supervisión estricta de los residentes y asistentes. También el ingreso a sala de operaciones para cesáreas en caso de pacientes previamente cesareadas y monitorizarlas nos dio una gran responsabilidad. A continuación, se presentan los diferentes casos clínicos.

Caso A

Paciente con gestación de 40 semanas por ecografía al 1er trimestre, de 42 años, con G3P 1011, ingresó por emergencias obstétricas del hospital nacional arzobispo Loayza con los diagnósticos:

- Gestante de 40 ss. por ecografía precoz
- sin trabajo de parto
- ARO: Edad +PIP

Antecedentes personales: No contributivo al caso

Antecedentes familiares:

- Padre (HTA), Madre (HTA), hermana (DM II).

Antecedentes ginecológicos:

- Menarquia:12 años
- Régimen catamenial: 3 días /28 días
- MAC: niega

- IRS: 20 años
- Sangrado poscoital: no
- Número de parejas sexuales: 04
- PAP: 2022 no patológico
- Dispareunia: niega

Antecedentes obstétricos:

G1: 2008, si CPN, EG: 40ss, parto vía vaginal, RN sexo masculino, peso 3000 gr, APGAR 8-9, Hospital san juan de Lurigancho.
G2: 2022, aborto incompleto, 9 ss, legrado uterino.
G3: 2023, gestación actual, no planificado.

Relato de la enfermedad actual: Paciente acude a control prenatal donde se le indica que se realice pruebas de bienestar fetal y le dan la posibilidad de maduración cervical. Paciente en todo momento niega pérdida de líquido, ni sangrado vaginal. Paciente refiere percibir movimientos fetales.

Al Examen físico:

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no edemas.
- Tórax y pulmones: tórax simétrico, amplexación conservada, MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: RCR, buen tono, no soplos.
- Abdomen: AU: 40, movimientos fetales ++/+++, LCF: 150
- G-U: PPL (-), PRU (-), genitales externos sin alteraciones
- SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización
- Examen ginecológico: pelvis ginecoide, D: 3 cm, blando.

Manejo:

1. Pasa a centro obstétrico
2. CFV
3. Vía salinizada
4. Misoprostol 25 mg en FSV, luego de firmar consentimiento informado.

Reporte de parto:

Paciente femenina de 42 años G3P1011, que pasa a expulsivo, recibiendo a una RN de sexo femenino de 3980 gr. Se reporta que se presenta dificultad en el alumbramiento por retención de placenta, por lo que se procede a extracción manual de placenta, se administra oxitocina 30UI, a lo siguiente se controla el sangrado y luego de 2hrs la paciente se encuentra hemodinámicamente estable con ventilación espontánea y pasa a puerperio.

Paciente pasa a Puerperio: Paciente se encuentra estable con indicaciones analgesia con

ketoprofeno 100 mg, sulfato ferroso 300 mg VO cada 24hrs por 30 días y control por consulta externa en ginecología aproximadamente en 7 días.

Caso B

Gestante de 25 años, con los antecedentes obstétricos de G2P0010, quien ingresó por emergencia obstétrica del Hospital Nacional arzobispo Loayza el día 06 /10/2022 a las 10:40 horas, con los siguientes diagnósticos:

- Gestante de 35 5/7ss por eco temprana
- Trabajo de parto pretérmino
- MF: Gastrosquisis
- Sobrepeso

Antecedentes personales:

- Transfusión sanguínea a los 12 días de nacimiento por anemia por enfermedad hemolítica del recién nacido.
- Cirugía por gigantomastia bilateral grado IV a los 12 años.
- Colocación de malla por hernia umbilical y hernia inguinal derecha a los 14 años.
- COVID 19 (setiembre, 2021) sintomatología leve y tratamiento sintomático con paracetamol y antihistamínicos.

Antecedentes familiares:

- Mamá (HTA y Rh negativo)
- Gemelar tía paterna

Antecedentes ginecológicos:

- Menarquia: 11 años
- Régimen catamenial: 3 días /28 días +/- 7 días
- Cantidad: 3 toallas/día
- Regularidad menstrual: sí
- Dismenorrea: niega
- Dispareunia: niega
- MAC: niega

- IRS: 17 años
- FRS: esporádico
- URS: hace 3 semanas
- Sangrado poscoital: no
- Número de parejas sexuales: 02

PAP: nunca

Antecedentes obstétricos:

G1: 2021, 7ss aborto espontáneo, AMEU

G2: 2021, gestación actual, TR:2 años, no planificado.

- 2 CPN en P.S. Santa Isabel

- 4 CPN en Hospital Nacional Arzobispo Loayza

- GP: 12kg IMC: 26.77

Intercurrencias:

- marzo, 2022:

Amenaza de aborto (5ss)

Tratamiento: Progesterona VO c/12h por 7 días.

- Julio del 2022:

- Maduración sistémica con betametasona por gastrosquisis D/C Closing

- Vulvovaginitis: niega

Relato de la enfermedad actual:

TE: 15 horas

FI: Insidioso

Curso: Progresivo

La paciente refiere que hace 15 horas antes del ingreso presenta contracciones uterinas esporádicas asociado a pérdida de tapón mucoso que se acentúa con las horas, por lo cual acude por emergencia. Niega pérdida de líquido, ni sangrado vaginal. Percibe movimientos fetales.

Examen físico:

PA: 115/80mmHg, FC: 70 x', T: 36,6°, FR:18x', SO2: 96 %

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no palidez, no presenta

edemas.

- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, amplexación conservada, MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: RCR, buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: AU: 33, movimientos fetales ++/+++ , LCF: 155
- G-U: PPL (-), PRU (-), genitales externos sin alteraciones
- SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización.

Examen ginecológico:

DU: Frecuencia: 1/10, Duración: 20", Intensidad: ++(+) ○

Tacto vaginal: I: 100%, D: 3cm, M: I (Ab), AP: C-4, VP: NP ○

Pelvis ginecoide

Manejo:

1. Monitoreo materno fetal continuo, atento a signos de alarma
2. Vía salinizada CNa 0.9% 500cc hidratación a chorro.
3. Evolución espontánea de no ceder DU.
4. Betametasona 12mg IM (1° dosis)
5. Reevaluación cada 4 horas y/o según evolución
6. S/S: Pre Qx, PCR, Urocultivo, exámenes serológicos.
7. IC Neonatología, IC Cirugía pediátrica.

Reporte de parto: Paciente femenina de 25 años de edad, G2P0010, quien pasa a expulsivo a las 23:00 horas, con un tacto vaginal: I: 100%, D: 10cm, M: R (LVF), AP: C+2, VP: OP. Se hizo una episiotomía medio lateral izquierda, recibiendo un RN de sexo masculino de 2900 gr. APGAR: 8/9. Capurro: 38ss y se realizó clampaje precoz del cordón umbilical.

Paciente pasa a puerperio: Paciente estable, mantiene signos vitales estables, útero contraído a nivel de CU, loquios hemáticos escasos.

A las 48 evolución la paciente presenta una evolución favorable, involución uterina a 2 cm por debajo de cicatriz umbilical, herida operatoria (periné) afrontada sin flogosis, loquios hemáticos escasos, sin mal olor, lactancia materna exclusiva.

Diagnóstico:

- Puérpera mediata de parto vaginal.

Indicaciones al alta:

- Sulfato ferroso 300 mg 1 tableta VO c/24h por 30 días
- paracetamol 500 mg VO condicional a dolor y malestar.

Caso C

Gestante de 22 años con los antecedentes obstétricos de G3P2002, acude a emergencias obstétricas del Hospital nacional arzobispo Loayza con los siguientes diagnósticos:

- Tercigesta de 39.2 semanas por ecografía al 3er trimestre
- D/C Trastorno hipertensivo de embarazo
- Doble circular de Cordón umbilical
- Sobre ganancia ponderal

Antecedentes personales: No Contributivo al caso

Antecedentes familiares: No contributivo al caso

Antecedentes ginecológicos:

- Menarquia: 11 años
- Régimen catamenial: 3 días /28 días
- MAC: Ampolla trimestral hace 1 año
- IRS: 15 años
- Sangrado poscoital: no
- Número de parejas sexuales: 02
- PAP: niega haberse realizado
- Dispareunia: niega

Antecedentes obstétricos:

G1: 2016, 38 Semanas, Parto Vaginal, RNAT-Varón, PN: 3320 g, HSJL

G2: 2018, 39 Semanas, Parto Vaginal, RNAT-Mujer, PN:3120 g, HSJL

G3: 2023, 39,2 Semanas, Gestación Actual.

- 2 CPN en C.S Huáscar XV

- 4 CPN en Hospital Nacional arzobispo Loayza

Relato de la enfermedad actual:

TE: +/- 6 horas

FI: Insidioso

Curso: Progresivo

Paciente refiere que hace más o menos 6 horas acude a emergencias refiriendo dolor de tipo contracción uterina de moderada intensidad y con una frecuencia de cada 3 minutos aproximadamente asociado a pérdida de tapón mucoso desde hace 1 día.

Examen físico:

PA: 130/90mmHg, FC: 80 x', T: 36,6°, FR:18x', SO2: 95 %

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no palidez, no presenta edemas.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, amplexación conservada, MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: RCR, buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: AU: 33, MF: ++/+++, LCF: 147, SPP: LCD.
- G-U: PPL (-), PRU (-), genitales externos sin alteraciones, no sangrado.
- SNC: LOTEP, Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización.

Al Examen ginecológico:

DU: Frecuencia:3/10, Duración: 10", Intensidad: +(+) o

Tacto vaginal: B: 70%, D: 3cm, M: I (Ab), AP: C-4.

Pelvis ginecoide

Intercurrencias:

- Se registran presiones elevadas de 135/ 90 y de 140/90 en días seguidos.
- Durante su estancia en sala de partos se evidencia descenso de latidos cardiacos fetales que llegan hasta 80-90 por minuto que duran más de 3 minutos.

Conducta a seguir: se decide termino de gestación vía abdominal de emergencia. (CSTP + BTB de emergencia).

Manejo:

1. NPO por 6 horas luego tolerancia vía oral

2. CFV cada 15 minutos por 2h, Luego cada hora.
3. Dextrosa 5% 1000cc (.03)
4. NaCl 20% (2amp) (06)
5. Oxitocina 10 UI (09)
6. Ketoprofeno 100 mg, vía endovenosa cada 8 horas.
7. Cefazolina 1 gramos por 3 dosis.
8. Metoclopramida 10 mg vía endovenosa cada 8 horas.
9. Dimenhidrinato 50 mg vía endovenosa cada 8 horas.
10. Ranitidina 300 mg vía endovenosa cada 8 horas

Reporte de parto (operatorio): recién nacido a término de 39 semanas, con un peso al nacer de 3300 g, con una talla de 49.5 cm, APGAR: 9-9, Líquido amniótico claro sin mal olor, placenta normal.

Paciente pasa a puerperio: mantiene signos vitales estables, útero contraído a nivel de CU, loquios hemáticos escasos. A las 48 evolución la paciente presenta una evolución favorable, involución uterina a 2 cm por debajo de cicatriz umbilical, herida operatoria (periné) afrontada sin flogosis, loquios hemáticos escasos, sin mal olor, lactancia materna exclusiva.

Indicaciones al alta: Sulfato ferroso, Ácido fólico y carbonato de calcio 1 tableta de cada uno VO c/24h por 30 días y paracetamol 500 mg VO condicional a dolor y malestar.

Caso D

Gestante de 18 años de edad acude a emergencias Obstétricas del hospital Loayza con los antecedentes obstétricos de G1 P0000, con los siguientes diagnósticos:

- Primigesta de 40.4 semanas por ecografía al 2do trimestre
- D/C IUP
- Delgadez
- Sobre ganancia Ponderal

Antecedentes personales: No Contributivo al caso

Antecedentes familiares: No contributivo al caso

Antecedentes ginecológicos:

- Menarquia:11 años
- Régimen catamenial: 3 días /28 días
- MAC: niega
- IRS: 17 años
- Sangrado poscoital: no
- Número de parejas sexuales: 02
- PAP: niega haberse realizado
- Dispareunia: niega

Antecedentes obstétricos:

- G1: 2023. Gestación única activa de 40, 4 semanas por ecografía al 1er trimestre.
- 6 CPN en C.S Progreso

Relato de la enfermedad actual:

- TE: No aplica
FI: No aplica
Curso: No aplica

Paciente acude a emergencia luego de monitoreo fetal refiriendo haber cumplido su periodo gestacional y no presentar síntomas de inicio de trabajo de parto con e le que se encuentra un D: 0, B: 30%, DU: 2/20, motivo por el cual se hospitaliza para control y monitoreo (perfil de bienestar fetal) para termino de gestación .

Examen físico:

- PA: 110/70mmHg, FC: 65 x', T: 36,3°, FR:18x', SO2: 97 %
- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no palidez, no presenta edemas.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, amplexación conservada, MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: RCR, buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: AU: 35, MF: +/+++ , LCF: 147, SPP: LCD.
- G-U: PPL (-), PRU (-), genitales externos sin alteraciones, no sangrado.
- SNC: LOTEP, Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización.

Al Examen ginecológico:

- DU: Frecuencia:1/20, Duración: 10", Intensidad: +(+) ◦
- Tacto vaginal: B: 30%, D: 0cm, M: I (Ab),
- Pelvis ginecoide

Intercurrencias:

- Paciente progresivamente durante su estancia en UCIN van aumentando las contracciones con una D: 4 y un B: 60, PR -3 pasa a sala de partos
- En sala de partos refiere dolor de tipo contracción uterina moderada intensidad y aumentando con una frecuencia de cada 3 a 5 minutos con una dilatación de 7 y un B: 80%, sigue aumentando progresivamente para finalizar gestación.

Conducta a seguir: finalizar gestación vía parto vaginal

Manejo:

1. DC +LAV
2. CFV cada 6 horas
3. Monitoreo materno fetal continuo, atento a signos de alarma.
4. Ketorolaco 10mg VO c/d 8 horas.
5. Sulfato ferroso 300 mg VO (10am-4pm)
6. Ácido fólico 0.5 mg VO (10pm-4pm)
7. Carbonato de calcio VO (10am)

Reporte de parto: Paciente femenina de 18 años, G1P0000, quien pasa a expulsivo a las 22:00 horas, con un tacto vaginal: I: 100%, D: 10cm, M: R (LVF), AP: C+2, VP: OP. Se hizo una episiotomía medio lateral izquierda, recibíéndose un RN de sexo masculino de 3200 gr. APGAR: 9/9. Capurro: 40 ss y se realizó clampaje precoz del cordón umbilical. Paciente pasa a puerperio: mantiene signos vitales estables, útero contraído a nivel de CU, loquios hemáticos escasos. A las 48 evolución la paciente presenta una evolución favorable, loquios hemáticos escasos, sin mal olor, lactancia materna exclusiva.

Indicaciones al alta: Sulfato ferroso, Ácido fólico y carbonato de calcio 1 tableta de cada

uno VO c/24h por 30 días y paracetamol 500 mg VO condicional a dolor y malestar.

I.2 Rotación en Medicina Interna

Medicina interna fue una rotación que se realizó en el Centro de salud Cruz de Motupe en el periodo junio-agosto del 2022.

En esta rotación las patologías que se presentaron con mayor frecuencia fueron las enfermedades no transmisibles tales como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, infecciones respiratorias e infección del tracto urinario. En caso sea necesario hacer una referencia al paciente, esta se realiza al hospital San Juan de Lurigancho.

Se presentarán casos clínicos que se atendieron durante esta rotación en el centro de salud.

Caso E

ANAMNESIS

Filiación:

- Nombre y Apellido: J.F.C.
- Sexo: Masculino
- Edad: 48 años
- Religión: católica
- Ocupación: trabajador independiente
- Estado civil: casado
- Dirección: San Juan de Lurigancho

Enfermedad actual: Paciente varón de 48 años con antecedente de diabetes mellitus 2 hace tres años (controlada) e hipertensión arterial (controlada) hace 1 año, acude a consulta con un tiempo de enfermedad de 12 horas aproximadamente. Refiere que inicio con un dolor en mesogastrio que luego migro a fosa iliaca derecha. Agrega que presento 3 vómitos de contenido alimenticio, fiebre cuantificada en 38.5° con termómetro digital y actualmente no tiene apetito.

Funciones biológicas:

- Sueño: conservado

- Apetito: disminuido
- Orina: conservada
- Deposiciones: conservada

Antecedentes personales:

- Patológicos: DM2 hace 3 años, Hipertensión arterial hace 1 año.
- Quirúrgicos: niega

Antecedentes familiares:

- Padre: niega
- Madre: niega

Examen físico

Peso: 88 kg. Talla: 166 cm IMC: 32

Funciones Vitales: FC: 98 FR: 19 PA: 120/70 T°: 36.1

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no cianosis, no ictericia.
- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. Tórax simétrico. Amplexación conservada.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, regular intensidad, no soplos.
- Abdomen: Globuloso, RHA (+), blando, depresible, dolor a la palpación en fosa iliaca derecha, McBurney (+), Blumberg (+).
- SNC: LOTEP, no signos meníngeos, no signos de focalización.

Impresión Diagnóstica

1. Apendicitis Aguda
2. Obesidad
3. Diabetes mellitus tipo 2 controlada por historia clínica
4. Hipertensión Arterial controlada por historia clínica

Manejo

- Referencia al hospital San Juan de Lurigancho al servicio de Cirugía general.
- Se explica a paciente que si el dolor persiste o se hace más intenso debe acudir por emergencia al hospital más cercano.
- Se explican signos de alarma.

Caso F

Filiación

- Nombre y Apellido: L.I.D.
- Sexo: Femenino
- Edad: 58 años
- Religión: católica
- Ocupación: Ama de casa
- Estado civil: casada
- Dirección: San Juan de Lurigancho

Enfermedad actual: Paciente mujer de 58 años con antecedente de HTA, acude a consulta con un tiempo de enfermedad de 5 días. Presenta cefalea persistente de tipo opresivo en región frontal (cede parcialmente con uso de paracetamol), acompañado de mareos. Agrega que consume sus medicamentos para controlar HTA de forma regular. Niega náuseas, niega vómitos, niega SAT.

Funciones biológicas:

- Sueño: conservado
- Apetito: conservado
- Orina: conservada
- Deposiciones: conservada

Antecedentes personales:

- Patológicos: Hipertensión arterial hace 1 año en tratamiento regular.
- Quirúrgicos: niega

Antecedentes familiares:

- Padre: niega
- Madre: niega

Examen físico

Peso: 78 kg. Talla: 154 cm IMC: 32

Funciones Vitales: FC: 79 FR: 19 PA: 140/70 T°: 36.4

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no cianosis, no ictericia.
- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. Tórax simétrico. Amplexación conservada.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, regular intensidad, no soplos.
- Abdomen: Globuloso, distendido, RHA (+), blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación, no se palpan masas.
- SNC: LOTEP, no signos meníngeos, no signos de focalización.

Exámenes auxiliares:

- Glucosa basal: 97 mg/dL
- Colesterol: 260 mg/dL
- triglicéridos: 145 mg/dL

Impresión diagnóstica

1. Cefalea
2. Obesidad
3. Dislipidemia: Hipercolesterolemia
4. Hipertensión Arterial

Manejo

- Se recomienda dieta hipocalórica e hipoglucida + líquidos a voluntad

- Losartan 50mg 1 tab VO c/12 horas
- Atorvastatina 20 mg 1 tab VO c/24 horas x 1 mes
- Paracetamol 500mg 1 tab VO c/8 horas x 3 días
- Se recomienda actividad física diaria por 30 minutos.
- Control por consultorio externo en 1 mes.

Caso G

Filiación

- Nombre y Apellido: A.F.C
- Sexo: Femenino
- Edad: 49 años
- Religión: católica
- Ocupación: Vendedora ambulante
- Estado civil: casada
- Dirección: San Juan de Lurigancho

Enfermedad actual: Paciente, mujer de 49 años con antecedente de DM2 hace 6 años y apendicectomía laparoscópica hace 3 años. Acude a consulta por presentar dolor y ardor al orinar, refiere que acudió hace 5 días al establecimiento de salud por dicha sintomatología, por lo que se solicitó hemograma y examen completo de orina. Agrega que actualmente presenta polaquiuria y persistencia de disuria, además noto que la orina tiene mal olor, por lo que decide acudir a consulta nuevamente con los resultados de los exámenes solicitados.

Funciones biológicas:

- Sueño: conservado
- Apetito: conservado
- Orina: Incrementada
- Deposiciones: conservada

Antecedentes personales:

- Patológicos: DM2 hace 6 años

- Quirúrgicos: Apendicectomía laparoscópica hace 3 años

Antecedentes familiares:

- Padre: niega
- Madre: Diabetes *mellitus* tipo 2

Examen físico

Peso: 78 kg. Talla: 160cm IMC: 30

Funciones Vitales: FC: 84 FR: 17 PA: 120/80 T°: 36.3

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no cianosis, no ictericia.
- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. Tórax simétrico. Amplexación conservada.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Globuloso, distendido, RHA (+), blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación, no se palpan masas. PPL (-) PRU (-)
- SNC: LOTEPE, ECG 15/15, no signos de focalización.

Exámenes auxiliares:

- Glucosa basal: 110 mg/dL
- Colesterol: 180 mg/dL
- triglicéridos: 140 mg/dL
- Hemoglobina: 13.8 gr/dL
- Leucocitos: 8 760
- Plaquetas: 380 000
- Abastoados: 0%
- Examen de orina: Leucocitos 10-15 x campo, nitritos: +, gérmenes: ++

Impresión diagnóstica

1. ITU baja
2. Diabetes mellitus tipo 2
3. Obesidad

Manejo

- Dieta completa + líquidos a voluntad
- Cefalexina 500mg 1 tab VO c/8 horas x 7 días
- Metformina 850 mg 1 tab VO c/8 horas
- Control por consultorio externo en 7 días.

Caso H

Filiación:

- Nombre y Apellido: A.P.C
- Sexo: Masculino
- Edad: 39 años
- Religión: católica
- Ocupación: Taxista
- Estado civil: casado
- Dirección: San Juan de Lurigancho

Enfermedad actual: Paciente, varón de 39 años con antecedente de colecistectomía laparoscópica en el 2018, acude a consulta por presentar hace aproximadamente 1 mes dolor tipo opresivo constante en medio del tórax que no se irradia a otro lado, refiere que dolor se hace más intenso a la palpación y cuando respira profundo. Niega tos, niega rinorrea, niega SAT.

Funciones biológicas:

- Sueño: conservado
- Apetito: conservado
- Orina: Incrementada
- Deposiciones: conservada

Antecedentes personales:

- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: colecistectomía laparoscópica en 2018

Antecedentes familiares:

- Padre: niega
- Madre: niega

Examen físico

Peso: 80 kg. Talla: 169cm IMC: 28

Funciones Vitales: FC: 75 FR: 19 PA: 110/70 T°: 36.0

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no cianosis, no ictericia, no palidez.
- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos campos pulmonares. Tórax simétrico. Amplexación conservada.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos presentes y simétricos.
- Abdomen: Globuloso, RHA (+), blando, depresible, no dolor a la palpación, no se palpan masas.
- SNC: LOTEPE, ECG 15/15, no signos de focalización.

Exámenes auxiliares:

- Glucosa basal: 85 mg/dL
- Colesterol: 160 mg/dL
- triglicéridos: 110 mg/dL
- Hemoglobina: 13.9 gr/dL
- Leucocitos: 7 720
- Plaquetas: 320 000
- Abastionados: 0%

Impresión diagnóstica

- Costocondritis
- Sobrepeso

MANEJO

- Dieta completa + líquidos a voluntad
- Naproxeno 500mg 1 tab VO c/8 horas x 5 días

- Orfenadrina 100 mg 1 tab VO c/12 horas x 3 días
- Control por consultorio externo en 7 días.

Paciente acudió a los 7 días luego de haber culminado el tratamiento refiriendo sentirse mucho mejor, la sintomatología ha cedido casi al 100%, por lo que pudo continuar con su vida cotidiana.

I.3 Rotación en Cirugía

La rotación de cirugía se realizó en el pabellón 6-II, el cual no solo contaba con su propio conjunto de salas operatorias sino también con un tópico donde se realizaban limpiezas, curaciones, retiro de puntos, etc. Dentro de esta rotación se pudieron ver patologías quirúrgicas clásicas como colecistitis aguda, apendicitis aguda u obstrucción intestinal. En esta rotación aprendimos a identificar aquellos signos y síntomas de patologías quirúrgicas que podían poner en peligro la vida del paciente y actuar de inmediato. A continuación, se presentan los siguientes casos de la rotación.

Caso I

Anamnesis:

Filiación:

- Nombres y Apellidos: P. S.V
- Edad: 44 años
36
- Sexo: femenino
- Estado civil: casada
- Ocupación: ama de casa
- Religión: católica
- Dirección: Mz A Lt 6, Carabayllo

Enfermedad actual: paciente refiere que hace aproximadamente +/- 5 días antes del ingreso presenta dolor en hipocondrio derecho de tipo cólico que irradia a epigastrio de moderada intensidad tras ingesta de alimentos copioso, también asociado a náuseas y

vómitos de contenido alimenticio por lo cual acude a emergencia del HNAL, se hace diagnóstico de colecistitis aguda, se realiza CPRE y pasa a pabellón para programar a sop.

Funciones biológicas:

- Sueño: Disminuido
- Apetito: disminuido
- Orina: conservada
- Deposiciones: conservada

Antecedentes personales:

- Patológicos: no contributarios
- Quirúrgicos: Niega

Antecedentes familiares: Padre y Madre Asmáticos

Examen físico:

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no ictericia, no edemas.
- Tórax y Pulmones: tórax simétrico, amplexación conservada, MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: RCR, buen tono, no soplo
- Abdomen: Globuloso no distendido, RHA +, blando, depresible, impresiona dolor a la palpación profunda y superficial en hipocondrio derecho.
- SNC: LOTEP, Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no focalización. ROT conservados.

Examen auxiliares

Ecografía de hemiabdomen superior: engrosamiento difuso de la pared vesicular, litiasis vesicular en pared de 9mm

Diagnósticos presuntivos:

- Colecistitis aguda calculosa

Manejo:

- Ketoprofeno 100 mg PRN a dolor
- Pasa a SOP (COLELAP)

Caso J

ANAMNESIS

Filiación:

- Nombres y Apellidos: M.J.F
- Sexo: masculino
- Edad: 19 años
- Religión: católico
- Ocupación: estudiante
- Dirección: Centro de Lima

Enfermedad actual: paciente de 19 años acude a tópico de emergencia del HNAL refiriendo dolor de moderada intensidad desde la madrugada que inicio en epigastrio y actualmente se localiza en hemiabdomen inferior derecho, asociado a náuseas, vómitos, disminución del apetito y fiebre. Refiere haber tomado paracetamol 500 mg debido a la recurrencia, refiere que no soporta el dolor por lo cual llega a tópico de emergencia de cirugía

Funciones biológicas:

- Sueño: disminuido
- Apetito: disminuido
- Deposiciones: conservado
- Orina: conservado

Antecedentes personales:

- Patológicos: no contributorios
- Quirúrgicos: niega

Antecedentes familiares

- Madre y padre: diabetes mellitus tipo 2
- Hermano: diabetes mellitus tipo 2

Examen físico:

- Peso: 65 kg, talla: 1,70cm, temperatura: 38.4°C, REG, AEN, AEH
- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no edemas, no ictericia.
- Tórax y pulmones: tórax simétrico, buena amplexación, MV pasa bien en ACP, no tirajes.
- Cardiovascular: RCR, buen tono, no soplos
- Abdomen: globuloso no distendido, doloroso a la palpación superficial en Fosa iliaca derecha, Mc burney (+), RHA +
- SNC: LOTEPE, no signos meníngeos, no signos de focalización. ROT conservados.

Examen auxiliar

- Leucocitos: 12 000
- Ecografía abdominal: diámetro apendicular mayor de 8mm

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Apendicitis aguda

Manejo:

1. Apendicetomía laparoscópica
2. Analgesia condicional a dolor

Caso K

Anamnesis

Filiación:

- Nombres y Apellidos: M.R.S
- Sexo: masculino
- Edad: 70 años
- Religión: cristiano
- Ocupación: jubilado
- Dirección: Jr. templo del Áspero 3437, Mangamarca

Enfermedad actual: Paciente de 70 años de edad acude a tópico del pabellón 6-II (cirugía) para curación y evaluación de úlceras varicosas. Paciente refiere dolor de moderada intensidad en ambos tobillos.

- Sueño: conservado
- Apetito: conservado
- Deposiciones: conservadas
- Orina: conservada

Antecedentes personales:

- Patológicos: Insuficiencia venosa en MM.II

- Quirúrgicos: niega cualquier otra intervención

Antecedentes familiares

- No refiere antecedentes familiares

Examen físico

• PA:100/80mmHg, FC:68x', FR:17x', T°:36.7°C, P: 64 Kg, T:1.66m,

IMC: 21

• AREG, AREN, AREH

• Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no edemas, leve palidez.

• Tórax y pulmones: Tórax simétrico, buena amplexación, MV pasa bien en ACP, no rales.

- Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos

- Abdomen: no globuloso, B/D, no doloroso a la palpación, no se palpan masas, no visceromegalia.

-SNC: LOTEPE, no signos meníngeos, no signos de focalización. ROT conservados.

• G-U: PPL (-), PRU (-), no molestias.

• Miembros inferiores: Úlceras varicosas eritematosas.

EXÁMENES AUXILIARES

- Hemoglobina: 12.3 gr/dL

- Hematocrito: 34%

- Leucocitos: 5,000

- Plaquetas: 235,000

- Glucosa: 92 gr/dL

- Urea: 43

- Creatinina 0.72

- Colesterol: 193

- Triglicéridos: 75

- Examen de orina: No presenta gérmenes en orina

Eco Doppler:

- MI derecho: Insuficiencia venosa segmentaria en la vena safena magna derecha.
- MI Izquierdo: Insuficiencia venosa segmentaria en la vena safena magna izquierda.

Impresión diagnóstica

- Úlceras varicosas

Manejo

- Limpieza y curación de úlceras varicosas con cloruro de sodio al 0.9% más yodopovidona, cubierta con gasas y vendas estériles.
- Naproxeno 550mg 1 tableta VO cada 8 horas por 3 días
- Curaciones interdiarias de zonas lesionadas.
- Evaluación por cirugía cardiovascular.

Caso L

Filiación:

- Nombres y Apellidos: J.A.L
- Sexo: varón
- Edad: 63 años
- Religión: cristiano
- Ocupación: taxista
- Dirección: Jr. Hatun Colla 2175, Campoy

. Funciones biológicas:

- Sueño: disminuido
- Apetito: disminuido
- Deposiciones: disminuidas
- Orina: conservada

Antecedentes personales:

- Patológicos: Niega

- Quirúrgicos: Niega

Antecedentes familiares

-No refiere antecedente alguno de patología familiar

Enfermedad actual

Paciente refiere que hace 2 días antes del ingreso, inicia con dolor abdominal tipo cólico en epigastrio de moderada intensidad que posteriormente se hace difuso e incrementa de forma progresiva el dolor, asociado a distensión abdominal náuseas y vómitos en 4 oportunidades, además de constipación e hiporexia, niega eliminación de flatos, no seden al reposo las náuseas ni con automedicación. 1 día antes del ingreso el dolor abdominal se hace de mayor intensidad (8/10) por lo cual acude a una clínica cercana donde llega a realizarse algunos exámenes y con estos exámenes y con la sospecha clínica de obstrucción intestinal acude a tópico de cirugía de emergencia del HNAL para hospitalización.

Examen físico:

- PA:120/60mmHg, FC:80x', FR:18x', T°:37.5°C, P: 75Kg, T:1.70m,

- AREG, AREN, AREH

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no edemas, no palidez.

-Tórax y pulmones: Tórax simétrico, buena amplexación, MV pasa bien en ACP, no rales.

- Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos

- Abdomen: globuloso distendido, ruidos hidroaéreos aumentados, presenta ruidos de lucha, poco blando, poco depresible, doloroso de moderada intensidad a la palpación profunda en hemiabdomen superior, se halla timpánico a la percusión, rebote (-), resistencia muscular involuntaria (+/-).

- SNC: LOTEP, no signos meníngeos, no signos de focalización. ROT conservados.

-G-U: PPL (-). PRU (-). No refiere molestias

EXAMENES AUXILIARES

Leucocitos: 9600

Abastondados: 0%

Hb: 13.3 gr/dl

Plaquetas: 338000;

pH: 7.38;

K: 3.1 mmol/L

HCO₃: 22;

Na: 145 mEq/L

CO₂: 44

lactato: 1.08

mmol/L.

Radiografía simple de abdomen: Niveles hidroaéreos con asas distendidas y heces distales.

Impresión diagnóstica

- Obstrucción intestinal
- D/C Vólvulo de sigmoides

MANEJO

- NPO
- Hidratación endovenosa
- Colocación de SNG
- Se hospitaliza para manejo expectante

Diagnóstico preoperatorio: D/C Vólvulo del sigmoides.

Reporte operatorio: realizar sigmoidectomía con anastomosis L-T colónica.

I.4 Rotación en Pediatría

Pediatría fue una rotación que se realizó en el Centro de salud Cruz de Motupe en el periodo agosto-octubre del 2022. En esta rotación las patologías que se presentaron con mayor frecuencia fueron enfermedades infecciosas, en su mayoría de etiología viral. La mayoría de los casos eran patologías asociadas a sintomatología respiratoria o diarreas

infecciosas. En caso sea necesario hacer una referencia al paciente, esta se realiza al hospital San Juan de Lurigancho.

Se presentarán casos clínicos que se atendieron durante esta rotación en el centro de salud.

Caso M

Filiación:

Nombre y apellido: U.T.G

- edad: 4 años
- sexo: masculino
- dirección: san juan de Lurigancho
- responsable: madre

Relato de enfermedad

- Tiempo de enfermedad: 2 días
- Forma de inicio: insidioso
- Curso: progresivo

Relato

Paciente acude en compañía de su madre, quien refiere que hace 2 días presenta sensación de alza térmica (SAT) cuantificada en 38.4° con termómetro digital. Además, refiere que notó congestión nasal hace 1 día. Niega tos. Por esto madre acude a consultorio externo. Paciente no cuenta con antecedentes de importancia.

Funciones biológicas

- Sueño: conservado
- Orina: conservada
- Deposiciones: conservadas
- Apetito: Conservado

Antecedentes postnatales

- Hospitalizaciones: Niega
- Alergias: Niega
- Vacunas: completas según esquema nacional
- Cirugías: niega

Antecedentes generales

- Vivienda: material noble, 3 habitaciones
- Servicios básicos: luz, agua, desagüe
- Viajes: niega
- Contacto COVID: niega
- Contacto TBC: niega
- Crianza de animales: niega

Examen físico

Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, mucosas húmedas, no cianosis, no ictericia, no palidez. Se palpan adenopatías dolorosas en cadena cervical anterior.

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados, no tirajes, no uso de músculos accesorios.

Abdomen: RHA (+), blando, depresible, globuloso, no impresiona dolor a la palpación, no masas palpables, no visceromegalias.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles, pulsos periféricos presentes y simétricos.

Orofaringe: Eritematosa, congestiva con placas y exudado.

SNC: despierto, activo, conectado con entorno, con respuesta a estímulos táctiles y verbales, no signos meníngeos.

Locomotor: Moviliza cuatro extremidades

Impresión diagnóstica

- Faringitis aguda

Manejo:

1. Amoxicilina 283 mg V.O c/8 horas por 7 días
2. Paracetamol 255 mg V.O C/ 6 horas x 3 días
3. Se explican signos de alarma.

Al realizar el examen Físico en el paciente se confirmó el diagnóstico del paciente, pues presenta un score de Centor de 5 puntos, por lo que se le indico tratamiento antibiótico y antipirético.

Caso N

Filiación

Nombre y apellido: M.R.B

- Edad: 5 años
- Sexo: femenino
- Dirección: San Juan de Lurigancho
- Responsable: Madre

Relato

- Tiempo de enfermedad: 3 días
- Forma de inicio: Insidioso
- Curso: progresivo

Relato: Paciente mujer de 5 años sin antecedentes de importancia acude a consulta por SAT cuantificada con termómetro digital en 38.8°C hace 2 días. Además, refiere que esta orinando con mayor frecuencia y ha notado que tiene mal olor. Además, refiere que su menor hija le dice que tiene dolor al orinar.

Funciones biológicas

- sueño: conservado
- orina: incrementada
- deposiciones: conservadas
- apetito: conservado

Antecedentes postnatales

- hospitalizaciones: niega
- alergias: niega
- vacunas: completas según esquema nacional
- cirugías: niega

Antecedentes generales

- Vivienda: material noble, 4 habitaciones
- Servicios básicos: Agua, luz, desagüe.
- Viajes recientes: niega
- Contacto COVID: niega
- Contacto TBC: niega
- Crianza de animales: niega

Examen físico

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, mucosas húmedas, no cianosis, no ictericia, no palidez.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados, no tirajes, no uso de músculos accesorios.
- Abdomen: Plano, RHA (+), Blando y depresible, no impresiona dolor a la palpación, no masas, no visceromegalia.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles, pulsos periféricos presentes y simétricos.
- Orofaringe: No congestiva, no exudado, no placas.
- SNC: despierta, activa, conectada con entorno, con respuesta a estímulos táctiles y verbales, no signos meníngeos.
- G.U: genitales externos sin alteraciones, labios mayores sobre labios menores.
- Locomotor: Moviliza cuatro extremidades.

Impresión diagnóstica

- ITU

Exámenes Auxiliares:

Examen completo de orina

- Nitritos (+)
- leucocitos 20-30 x campo
- células epiteliales: 1-2.

Manejo:

1. Dieta completa + Líquidos a voluntad
2. Cefalexina 333mg VO c/8 horas x 7 días
3. Paracetamol 300 mg VO c/ 6 horas x 3 días
4. Control por consultorio externo en 7 días o en caso de presentar signos de alarma.
5. Se explican signos de alarma

Se inicio tratamiento antibiótico luego de recibir examen de orina, el medicamento se utiliza por 7 días como se indicó, se realiza un nuevo examen de orina, donde se verifica que la

infección urinaria fue erradicada, clínicamente la paciente ha evolucionado favorablemente, afebril hace 6 días.

Caso O

Filiación

Nombre y apellido: G.R.B

- Edad: 5 años
- Sexo: masculino
- Dirección: San Juan de Lurigancho
- Responsable: Madre

Relato

Tiempo de enfermedad: 7 días

Forma de inicio: Insidioso

Curso: progresivo

Paciente varón de 5 años con antecedente de hospitalización por DAI en 2019, acude en compañía de su madre quien refiere que 7 días atrás inicia con tos seca exigente, rinorrea y fiebre, por lo que madre acude a consultorio particular donde le refieren que se trata de un proceso viral y le brindan tratamiento sintomático (antipirético + antihistamínico). 4 días atrás tos se hace más exigente, pues cada vez que tose se pone rojo. Hace 1 día presento un cuadro de tos intenso que ocasiono 1 vomito de contenido líquido.

Funciones biológicas

- Sueño: conservado
- Orina: conservada
- Deposiciones: conservadas
- Apetito: Conservado

Antecedentes postnatales

- Hospitalizaciones: 2019 por DAI
- Alergias: Niega
- Vacunas: completas según esquema nacional
- Cirugías: niega

Antecedentes generales

- Vivienda: material noble, 1 habitación.
- Servicios básicos: Agua, luz, desagüe.
- Viajes recientes: Ica
- Contacto COVID: niega
- Contacto TBC: niega
- Crianza de animales: 1 perro con vacunas.

Examen físico

Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, mucosas húmedas, no cianosis, no ictericia, no palidez.

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan estertores, no tirajes, no uso de músculos accesorios.

Abdomen: plano, RHA (+), blando y depresible, no dolor a la palpación, no masas, no visceromegalia.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles, pulsos periféricos presentes y simétricos.

Orofaringe: Congestiva, no exudado, no placas. Mucosa oral húmeda.

SNC: despierto, activo, conectado con entorno, con respuesta a estímulos táctiles y verbales, no signos meníngeos.

Locomotor: Moviliza cuatro extremidades.

Impresión diagnóstica

Síndrome Coqueluchoide

Manejo:

1. Azitromicina 190mg V.O c/24 horas por 5 días
2. Paracetamol 285 mg V.O C/ 6 horas x 3 días
3. Se explican signos de alarma.
4. Control por consultorio externo en 48 horas.

Caso P

Filiación

Nombre y apellido: A.T.G

- Edad: 7 años
- Sexo: masculino
- Dirección: San Juan de Lurigancho
- Responsable: Madre

Relato de Enfermedad

Tiempo de enfermedad: 2 días

Forma de inicio: Insidioso

Curso: progresivo

RELATO

Paciente varón de 7 años sin antecedentes de importancia acude en compañía de su madre quien refiere que hace 2 días presento 3 deposiciones líquidas sin moco, sin sangre asociado a SAT cuantificada en 38.2 con termómetro digital. 1 día atrás presento 4 deposiciones líquidas de las mismas características. Niega náuseas, niega vómitos.

Funciones biológicas

- Sueño: conservado
- Orina: conservada
- Deposiciones: Líquidas, incrementas
- Apetito: disminuido

Antecedentes postnatales

- Hospitalizaciones: Niega
- Alergias: Niega
- Vacunas: completas según esquema nacional
- Cirugías: niega

Antecedentes generales

- Vivienda: material noble, 4 habitaciones
- Servicios básicos: Agua, luz, desagüe.
- Viajes recientes: niega
- Contacto COVID: niega
- Contacto TBC: niega
- Crianza de animales: niega

Examen físico

AREG, AREN, AREH. Ojos no hundidos, llanto con lágrimas.

-Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, mucosas húmedas, no cianosis, no ictericia, no palidez.

-Tórax y pulmones: Tórax simétrico, Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados, no tirajes, no uso de músculos accesorios.

-Abdomen: Globuloso, RHA incrementados, blando depresible, no impresiona dolor a la palpación, no masas, no visceromegalias.

-Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles, pulsos periféricos presentes y simétricos.

-Orofaringe: No congestiva, no exudado, no placas.

-SNC: despierto, activo, conectado con entorno, con respuesta a estímulos táctiles y verbales, no signos meníngeos.

-Locomotor: Moviliza cuatro extremidades

Impresión diagnóstica

- Diarrea aguda infecciosa

MANEJO:

1. SRO 250 cc por cada diarrea y 125cc por cada vomito
2. Líquidos claros a voluntad
3. Paracetamol 375 mg V.O C/ 6 horas x 3 días
4. Se explican signos de alarma.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El hospital Nacional arzobispo Loayza se encuentra al distrito de Centro de Lima, perteneciente a la Diris Lima Centro. En la actualidad, es un centro de referencia a nivel nacional de categoría III-1, cuenta con los servicios de atenciones de estrategias sanitarias, consultorio externo, atenciones de emergencia, intervenciones quirúrgicas, unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados coronarios, pabellón para la realización de exámenes de laboratorio, procedimientos médicos, pabellón para estudios de imágenes, en emergencia tienen un equipo para realizar tomografías computarizadas, centro de hospitalización para diferentes servicios como cirugía general, ginecología, pediatría, neonatología, medicina interna y otras especialidades (1). Es bien conocido que en este hospital el área quirúrgica es conocida por la amplia gama de patologías de diferente complejidad dentro de ellas tenemos constantes como las biliares o cirugías de amplia complejidad, además de también la amplia gama de especialidades, y actualmente teniendo un gran número de atenciones de partos(1). Tanto de atenciones de partos vaginales como por cesáreas igualándole en atenciones al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

El centro de salud cruz de Motupe es un establecimiento de categoría I-3 que pertenece a Diris Lima Centro, se encuentra ubicado en el distrito de San Juan de Lurigancho. En este centro de salud, se encuentran los servicios de Medicina General, Obstetricia, CRED y un servicio de Radiología. El centro de salud se encuentra bien equipado dentro que lo que se puede esperar de un establecimiento de su categoría. El personal de salud que atiende se encuentra bien capacitado para atender y abordar de forma integral a todos los pacientes que son atendidos. La mayoría de casos que llegan son abordadas de forma óptima desde el principio, pasando por los servicios que se requieran para tener un manejo integral. En caso no se tenga la capacidad resolutive para poder atender al paciente, se hace una referencia al hospital de san juan de Lurigancho.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1 Rotación en Ginecología Y Obstetricia

En el Hospital Nacional arzobispo Loayza, en cuanto al departamento de ginecológica y obstetricia se ve una multitud de casos de diferentes indoles, también es un hospital en el cual se atiende una gran cantidad gestantes que en cierto momento llegó a competir en número de atenciones de partos con el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Ya sea cesáreas o partos vaginales, se ve una gran cantidad de casos de gestantes con diferentes patologías.

En el caso A, Se define una gestante de 40 semanas de 42 años, la cual al inicio no tenía trabajo de parto, sin embargo, durante su estancia en ARO, y las diferentes evaluaciones y atenciones, pudo progresivamente comenzar con las contracciones y poco a dilatar para la posibilidad de un parto vaginal. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los embarazos en mujeres añosas pueden traer ciertas dificultades. en la actualidad algunos autores consideran edad materna avanzada desde los 40 años o 45 años de edad. Dentro de complicaciones asociadas a la edad materna avanzada. tenemos la mortalidad materna, exceso de peso, Trastorno hipertensivo del embarazo, diabetes gestacional, ruptura prematura de membranas, aborto espontáneo, mas cesareadas, parto pretérmino y hemorragia obstétrica(2). Las complicaciones a su vez lo incrementan el riesgo de complicaciones neonatales. La enfermedad hipertensiva del embarazo, la ruptura prematura de membranas y la diabetes gestacional están asociadas al parto pretérmino; además los hijos de madres con diabetes gestacional presentan de dos a seis veces mayor riesgo de malformaciones fetales. Por ello siempre una adecuada planificación para evitar cierto riesgo es primordial brindarlo en cualquier nivel de atención(3).

En el caso B, tenemos a una gestante de 25 años que dentro de sus antecedentes tenemos que fue operada por una hernia umbilical, Las hernias inguinales y umbilicales durante el embarazo son un problema clínico muy frecuente, el contenido herniario podría complicar el embarazo y poner en juego el pronóstico perinatal, y al mismo tiempo la vida de la paciente. Por ello siempre se debe tener en cuenta todos los antecedentes de las gestantes, con la entrevista al paciente hasta el más mínimo detalle puede marcar una diferencia(4).

Dentro de sus antecedentes se observa una anemia hemolítica en el caso, refiere al producto de la destrucción de eritrocitos por anticuerpos dirigidos a antígenos propios de la membrana. Se toma al trastorno primario cuando no existe otra enfermedad subyacente a la que se asocie, o secundario cuando se relaciona con otras entidades, entre las que destacan alteraciones del tejido conjuntivo y síndromes linfoproliferativos(5). Clínicamente se ve por anemia sin sangrado, aumentando en el recuento de reticulocitos y en los niveles de DHL, disminución de haptoglobina sérica y un grado variable de hiperbilirrubinemia. Siempre tomar en cuenta estas patologías(6).

En este caso tenemos a una gestante con 35 5/7 semanas de gestación, quien ingresa por emergencia con un trabajo de parto pretérmino, además de que meses previos se había identificado por estudios ecográficos una malformación fetal (Gastrosquisis) con sospecha de closing un mes antes del ingreso, por lo cual se le realizó maduración sistémica con betametasona y una nueva ecografía en la cual se descartó la condición de closing y se le dio alta a la paciente con una actitud expectante y recordándole que siga continuando con sus controles semanales, hasta el momento del ingreso con dinámica uterina efectiva en evolución espontánea para el trabajo de parto.

La sola presencia de gastrosquisis en el feto no es indicación de finalizar la gestación, solo si no se presenta otro compromiso fetal, esto es lo que se halló según Alsulyman et al, tras estudiar 21 pacientes con diagnóstico prenatal de gastrosquisis(7). Por otra parte, Sermer et al, menciona que no evidencia que el parto por cesárea mejorara la supervivencia del neonato tras la observación de 8 casos de gastrosquisis(8).

Por el lado del caso C, tenemos una gestante con la posibilidad de un trastorno hipertensivo del embarazo, lo cual es fundamental diagnosticar a tiempo para evitar las complicaciones del embarazo. Este trastorno es una de las principales complicaciones que afectan el embarazo, lo cual los convierte en una de las causas más importante de alta tasa de morbimortalidad materna y fetal(9). La paciente. El diagnóstico de hipertensión en el embarazo es cuando en 2 o más tomas separadas por 6 h, la paciente presenta una presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o una PA diastólica ≥ 90 mmHg(10). También es fundamental diferenciar una gestante con preeclampsia con signos y signos de severidad para tomar un actuar oportuno. Además, de que pacientes con preeclampsia dentro de las indicaciones, algunas dictan terminar la gestación(11).

La gestante de 39 semanas en meses previos se había identificado mediante estudios ecográficos prenatales doble circular de cordón umbilical, por lo cual se realiza un

monitoreo fetal constante y una actitud expectante. La presencia de circular de cordón puede asociarse con resultados perinatales adversos(12). También, Larson y cols reportan que usualmente el circular de cordón pueden estar asociados a la presencia de meconio y patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal durante los estadios finales del trabajo de parto y parto operatorio(13).

Por el caso D, tenemos a la gestante de 18 años primeriza, en su primera labor de parto siempre es importante aconsejar sobre los diferentes etapas que conlleva la gestación(14) , enseñarle desde técnicas de amamantamiento hasta el tipo de alimentación para un mejor desarrollo, también como se comentó anteriormente se debe mejorar mucho la planificación familiar para que así haya menos dificultades a futuro tanto en el ámbito de salud y económico ya que indirectamente sin una buena planificación familiar no habría un buen desarrollo del niño(9).

III.2 Rotación en Medicina Interna

La rotación de medicina interna se llevó a cabo en el centro de salud Cruz de Motupe. Este es un establecimiento de categoría I-3 que se encarga de atender de forma integral a los pacientes. Las patologías que se atienden con mayor frecuencia son las enfermedades no transmisibles tales como diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensión arterial, obesidad(15). También evidentemente se atendieron infecciones de vías respiratorias altas, infecciones del tracto urinario. Las patologías que no se podían manejar por falta de capacidad resolutoria eran referidas al hospital de san juan de Lurigancho.

En el caso E se atendió a un paciente de 48 años que tenía como antecedente diabetes *mellitus* tipo 2 asociada a hipertensión arterial, refiere que cumple con tratamiento como se indicó, pues era consciente de los riesgos que suponía tener ambas enfermedades juntas(16). El paciente acudió por presentar dolor migratorio que inicio en mesogastrio y migró a fosa iliaca derecha, esto iba asociado a fiebre, vómitos y pérdida de apetito. Tras realizar el examen físico y evidenciar signos compatibles con apendicitis aguda se decide realizar referencia al hospital de san juan de Lurigancho al servicio de medicina general para que el paciente pueda ser tratado lo más pronto posible y hacer evitar las complicaciones propias de la apendicitis aguda. Finalmente se explica a paciente que si el dolor persiste o se hace más intenso debe acudir por emergencias al hospital más cercano

lo más pronto posible.

En el caso F se atendió a una paciente de 58 años que tenía como antecedente hipertensión arterial. Acudió a consultorio por presentar cefalea persistente que cedía parcialmente con el uso de paracetamol, sin embargo, esta cefalea estaba asociada a mareos, lo que hacía complicado para la paciente llevar una vida cotidiana normal. Cuando se realizó el examen físico se evidenció en la paciente obesidad por lo que se decidió descartar dislipidemia realizándose así exámenes de laboratorio en el que se evidencio colesterol elevado, diagnosticándose así hipercolesterolemia.

En el caso G se atendió a una paciente de 49 años que acudió a consulta por molestias al orinar (dolor y ardor) por lo que en la primera consulta se le realizaron exámenes auxiliares tales como hemograma y examen completo de orina. Para el segundo control la paciente acudió con los resultados y se evidenció una infección del tracto urinario por lo que la paciente recibió su respectivo tratamiento antibiótico.

El caso H se trata de un paciente varón de 39 años con ocupación de taxista que acude a consulta por dolor tipo opresivo en región anterior del tórax que no se irradiaba a otro lado. El dolor permanecía todo el día y se exacerbaba cuando respiraba profundo y cuando se palpaba el tórax. Recibió tratamiento antiinflamatorio y relajante muscular, con lo que la sintomatología mejoro considerablemente.

III.3 Rotación en Cirugía

En el primer caso de la rotación de cirugía, tenemos un paciente con una colecistitis aguda calculosa, siempre es bueno identificar los puntos clásicos que nos dirigirían a esta patología biliar como el dolor en hipocondrio derecho asociado ingesta de comidas copias, o también que se irradia hacia epigastrio(17), teniendo en cuenta estos signos y síntomas también podríamos tener en la mira y descartar otras patologías como una colangitis, ya que si difiere un poco en la clínica tiene una triada de signos y síntomas características conocidos como la triada de Charcot donde tenemos la ictericia, fiebre y el dolor en hipocondrio derecho(18), también es fundamental para este tipo de patologías contar siempre con los exámenes de imágenes en este caso la ecografía abdominal dentro de cirugía era un pilar fundamental además de la clínica, para llegar a estas patologías(19).

El segundo caso, es un paciente masculino con la sintomatología clásica y sugerente de una apendicitis aguda. Inicialmente el paciente nos narra la migración del dolor, náuseas, falta de apetito y fiebre, usando la famosa escala de Alvarado, suman 3 puntos en la sumado a dos puntos más dados por el dolor en fosa iliaca derecha que se evidencio durante el examen físico; estaríamos catalogando como síntomas consistentes claro para una apendicitis, pero no necesariamente diagnosticando(20). Esta escala es calificada como "evidencia" según la Guía de Práctica Clínica de la Asociación Mexicana de Cirugía(21). Por tal motivo y de acuerdo a la Guía de Procedimientos y Protocolos de Atención en Emergencias, se debe referir a todo paciente con dolor abdominal quirúrgico, en este caso el paciente en cuestión se manejaría como candidato para una apendicetomía laparoscópica de emergencia (14). Mientras en el menor tiempo se realice la operación será mejor el pronóstico de vida del paciente y traerá menor posibilidad de complicaciones.

En el tercer caso de la rotación por Cirugía, tenemos un paciente adulto mayor con úlceras varicosas, es fundamental que este paciente sea evaluado por cirugía cardiovascular para una próxima cirugía. Siempre es importante destacar que más que el tratamiento preventivo, el cual solo consiste en evitar factores de riesgo modificables como la obesidad y mejorar los hábitos como el hecho de permanecer sentado o de pie por mucho tiempo. Algo tan simple como esas órdenes o acciones pueden facilitar la vida o mejorar la vida de aquellas personas que pueden sufrir estas dolencias(22).

En cuanto al cuarto caso de la rotación por cirugía, tenemos al paciente adulto mayor,

con una típica obstrucción intestinal, sin alteración hemodinámica ni peritonitis, el tratamiento indicado suele ser al inicio y puede ser de ayuda, la sonda nasogástrica puede ayudar a que se desbloquee el intestino cuando se eliminan los líquidos y los gases(23), sin embargo también se intenta una devolvulación por colonoscopia, No obstante, las altas tasas de recurrencia descritas en múltiples e importantes guías (e infraestructura) suelen hacer que se opte por realizar el tratamiento quirúrgico como primera opción, y eso fue exactamente lo que se realizó en este caso(24). Siempre debemos tener en cuenta los típicos signos y síntomas de una obstrucción intestinal y actuar inmediatamente.

III.4 Rotación en Pediatría

Fue realizada en el centro de salud Cruz de Motupe. Las patologías que se atienden con mayor frecuencia en los pacientes pediátricos son las enfermedades de la vía respiratoria, en su mayoría de etiología viral(25). También infecciones del tracto urinario, sobre todo en pacientes de sexo femenino, enfermedad diarreica aguda. Las patologías que no se podían manejar, por falta de capacidad resolutoria, eran referidas al hospital de san juan de Lurigancho.

En el caso M se atendió a un paciente, varón de 4 años sin antecedentes de importancia que acudió a consulta en compañía de su madre, quien refirió que su menor hijo inicio con fiebre cuantificada en 38.4°C asociada a congestión nasal, refiere que no presento tos. Al examen físico se evidenciaron adenopatías en la cadena cervical anterior y orofaringe eritematosa, congestiva con placas. Por lo que su Score de Centor fue 5 puntos, por lo que recibió tratamiento antibiótico y antipirético(26).

El caso N se trata de una paciente, mujer de 5 años sin antecedentes de importancia que acude en compañía de su madre quien refiere que su hija se queja de ardor al orinar y que su va al baño con mayor frecuencia, agrega que ha notado que el olor de la orina es muy fuerte. Cuando se le realiza el examen completo de orina, se evidencia una infección del tracto urinario, por lo que se indica tratamiento antibiótico, antipirético y control por consultorio en 7 días, luego de culminar el tratamiento(27). En el control, la madre refiere que los síntomas han mejorado y ya no ha notado el mal olor en la orina por lo que la paciente fue dada de alta.

En el caso O se atendió un paciente de 5 años con antecedente de haber sido hospitalizado por DAI en el año 2019, acude a consulta en compañía de su madre quien refiere que su hijo presenta tos persistente hace 7 días, sin embargo 3 días después la tos se hizo más intensa y estaba asociado a fiebre. Agrega que cada vez que tenía un cuadro de tos intenso, se ponía rojo. A pesar de haber recibido manejo sintomático los primeros días, la sintomatología persistía, por lo que decidió acudir al centro de salud, donde se evidencio que el cuadro de tos que presentaba estaba causado por el síndrome Coqueluchoide. Por lo tanto, el paciente recibió tratamiento con azitromicina, paracetamol y control por consultorio en 48 horas(28).

En el caso P se trata de un paciente, varón de 7 años que acudió a consulta en compañía de su madre quien refiere que su menor hijo presenta deposiciones líquidas asociadas a fiebre cuantificada en 38.2 °C hace 2 días. Al examen físico, no lucia deshidratado, por lo que se le indicó reponer líquidos por cada deposición líquida y manejo antipirético.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Desde el primer año de medicina, el estudiante se proyecta así mismo de qué tipo de médico quiere ser, reflejándose en los diferentes que dan catedra en las aulas de la universidad o que conocen durante las rotaciones de pregrado.

El estudiante de medicina durante el internado médico va consolidando su perfil rotando en las diferentes especialidades. El internado es la etapa clave donde un estudiante de medicina realiza sus prácticas preprofesionales, donde por primera vez experimentamos la realidad de la relación médico-paciente y desarrollamos aptitudes y habilidades individuales. Si bien el inicio puede ser un proceso duro de adaptación para muchos de nosotros, que puede causar un impacto tanto emocional como psicológico, también es cierto que nos hace fortalecernos de la misma manera.

Si bien el internado médico ya no es tradicionalmente como lo conocemos debido a contexto de la pandemia, esto nos abrió una nueva visión de la salud, un nuevo sistema, nuevos obstáculos y nuevos retos. Rotando uno mismo puede experimentar diferentes sensaciones y emociones, el impacto que causa un ser humano frente a otro se ve reflejada en la atención primaria. Cuando haces tu primera atención es una sensación indescriptible de superación y realización, uno mismo se da cuenta de que todos los años que has estudiado no han sido en vano y esa frustración y duda que algunos pudieron haber tenido años anteriores con respecto a esta larga carrera desaparecen.

La rotación por el establecimiento del primer nivel atención nos dio nuestro primer acercamiento a lo que reflejaría el Serums, aprender el llenado correcto de formatos indispensables (FUA y HIS), curaciones, limpiezas y suturas de heridas, atenciones de las afecciones más comunes como son las enfermedades no transmisibles. Dentro de esta rotación, se vio un alta flujo de pacientes menores de edad lo cual hacia acorde a la rotación de pediatría, aprendimos sobre múltiples casos de EDA, reacciones alérgicas, crisis asmáticas e intoxicaciones alimentarias y anemia. En la rotación de medicina, que se realizó en establecimiento del primer nivel de atención fue muy

enriquecedor ya que pudimos aprender de primera mano sobre el manejo de crisis hipertensivas, crisis epilépticas y de infecciones respiratorias altas y bajas. El mismo médico a cargo del consultorio nos dejaba examinar completamente al paciente así podíamos identificar y diferenciar ciertos signos y síntomas, inclusive ciertos patrones de diferentes patologías. Sin embargo, había algunas deficiencias por la ausencia de materiales, sin embargo, el médico de consulta nos enseñaba a aprovechar cada recurso por más limitado que sea. Estas rotaciones por los establecimientos de primer nivel, resultaron muy productivas

En el caso de ginecología y obstetricia, la rotación se realizó en el Hospital Nacional arzobispo Loayza, aprendimos como realizar un monitoreo materno fetal adecuado cada vez que llegaba una gestante a próximas horas de entrar en labor de parto por emergencias obstétricas y subía a sala de partos, identificar de forma inmediata factores de riesgo que puedan complicar la gestación o su finalización. Dentro de todas estas experiencias, uno de las más enriquecedoras fue la atención de partos, saber cómo actuar, que hacer antes, durante y después del parto, siempre en supervisión de nuestros residentes como asistentes que nos guiaban de forma exhaustiva y minuciosa para hacer una correcta atención, siempre apoyándonos con sus exigencias y experiencias nos daban confianza para poder lograr atender por nosotros mismos los partos y no solo beneficiarnos a nosotros mismos con experiencias sino también a la paciente.

La rotación por Cirugía fue una de las más desafiantes en el hospital, nos enseñó a siempre estar preparados, preparar todo con antelación en posible caso de que un paciente necesite entrar a sala de operaciones de emergencia, monitorizar pacientes complicados, identificar signos y síntomas de pacientes que puedan complicarse luego de algún procedimiento y afianzar conocimientos quirúrgicos mediante la práctica donde algunos asistentes nos dejaban cerrar heridas operatorias finalizando la intervención siempre bajo la supervisión de nuestros residentes.

Dentro de las diferentes dificultades del internado médico fueron las extenuantes horas de trabajo como las rotaciones de cirugía y obstetricia en hospital teníamos que mantener un ritmo al cual usualmente uno no estaba acostumbrado, sin

embargo, cuando uno quiere lograr una meta, uno busca diferentes formas de adaptarse a cualquier situación. Otra podría ser la poca duración del internado médico, sin embargo, siempre pudimos aprovechar al máximo las rotaciones de cada especialidad, ganando la experiencia necesaria y aprovechando cada oportunidad de atención o entrar a procedimientos de cada servicio para poder utilizarlo en la práctica médica individual. Además, estos conocimientos fueron reforzados mediante clases virtuales de cada rotación, brindadas por la universidad. Podemos decir que el internado es una experiencia única en la vida.

CONCLUSIONES

El internado médico es la etapa clave donde un estudiante de medicina se vuelve un médico completo, adquiriendo habilidades y aptitudes que le servirán para su práctica médica cotidiana individual.

Las rotaciones por establecimientos del primer nivel de atención, nos prepara para la atención por consulta externa del paciente y refleja lo que será el año de serums.

Es sumamente importante la participación activa del interno de medicina como parte del equipo multidisciplinario de salud, lo cual es para garantizar una atención adecuada e integral a todos los pacientes.

Un fin del internado médico, es afianzar todos los conocimientos adquiridos, tanto teóricos como prácticos, de todos los años anteriores en las unidades de ciencias básicas como clínicas, durante el transcurso que dura para una adecuada formación del médico cirujano.

El asistir a los establecimientos de salud y a los hospitales, resultó una gran forma de moldear el carácter para entender la gran responsabilidad e importancia de esta carrera.

RECOMENDACIONES

Siempre se recomienda a los internos de los años siguientes, tener iniciativa para realizar los procedimientos ya que, con la corta duración por la nueva organización del internado médico, como consecuencia de la pandemia, deben aprovechar al máximo cada interacción que tengan con algún paciente ya que es la única forma de consolidar los conocimientos teóricos de los años anteriores y siempre supervisados por sus residentes o asistentes.

También sería prudente armar horarios para estudiar y descansar, que es fundamental para llevar de forma adecuada el proceso y para que no fatigarse.

Coordinar con los servicios de laboratorio, imágenes y áreas de procedimientos para dar preferencia a las programaciones de los pacientes hospitalizados.

Capacitarse de forma continua mediante guías y protocolos actualizados con indicaciones precisas para el internamiento y el alta oportuno de pacientes que necesariamente requieren hospitalización.

Siempre mantenerse en comunicación con tus residentes y asistentes de pacientes en caso de manejos de pacientes hospitalizados con alguna patología grave.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Salazar JPR. Memoria Anual 2021 Hospital Nacional "Arzobispo Loayza". 2021;
2. Balestena Sánchez JM, Pereda Serrano Y, Milán Soler JR. La edad materna avanzada como elemento favorecedor de complicaciones obstétricas y del nacimiento. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. octubre de 2015;19(5):789-802.
3. Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido. 2018;(2).
4. Juárez AA, Rivera AM, Islas LP, Duran MA, Tellez SE, Cruz J, et al. Hernia inguinal y umbilical durante la gestación, análisis perinatal y resolución quirúrgica. Clin Invest Ginecol Obstet. 1 de enero de 2013;40(1):13-4.
5. Torres-Arenas E, Gámez-Lares RM, Rojo-Quiñonez AR. Anemia Hemolítica Autoinmune del Embarazo: Reporte de un Caso.
6. Insunza F A, Behnke G E, Carrillo T J. Enfermedad hemolítica perinatal: manejo de la embarazada RhD negativo. Rev chil obstet ginecol. 2011;76(3):188-206.
7. Alsulyman OM, Monteiro H, Ouzounian JG, Barton L, Songster GS, Kovacs BW. Clinical significance of prenatal ultrasonographic intestinal dilatation in fetuses with gastroschisis. Am J Obstet Gynecol. octubre de 1996;175(4 Pt 1):982-4.
8. Sermer M, Benzie RJ, Pitson L, Carr M, Skidmore M. Prenatal diagnosis and management of congenital defects of the anterior abdominal wall. Am J Obstet Gynecol. febrero de 1987;156(2):308-12.
9. Calvo JP, Rodríguez YP, Figueroa LQ. Actualización en preeclampsia. Revista Medica Sinergia. 1 de enero de 2020;5(1):e340-e340.
10. Trastornos hipertensivos del embarazo. Prog Obstet Ginecol. 1 de julio de 2007;50(7):446-55.
11. GAP-Trastornos hipertensivos gestacion.pdf [Internet]. [citado 3 de abril de 2023]. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n4/GAP-Trastornos%20hipertensivos%20gestacion.pdf>
12. Marcus Camargo G, Ovando Ponce E, Angulo Escalera C, Alvarez Lujan JE. Características del circular de cordón umbilical simple en neonatos de partos eutócicos atendidos en servicio de primer nivel. Revista Científica de Salud UNITEPC. abril de 2020;7(2):14-9.
13. Circular de cordon a cuello y su asociacion.pdf [Internet]. [citado 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/pdf/v3/Numero%203/Circular%20de%20cordon%20a%20cuello%20y%20su%20asociacion.pdf>
14. Madre primeriza: consejos y cuidados en el embarazo [Internet]. reduc. [citado 3 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ucchristus.cl/blog-salud-uc/articulos/2022/madre-primeriza-consejos-y-cuidados-en-el-embarazo>

15. Hernández-Castillo M, Blanca E, Rojano-Rada J, Aldana-Sandoval M. Hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2: impacto educativo en la calidad de vida de los pacientes. *Rev Digit Postgrado*. 3 de enero de 2020;9(1):e189.
16. Carrero Gonzalez, Carmen María, Navarro Quiroz, Elkin Antonio, Lastre-Amell, Gloria, Oróstegui-Santander, María Alejandra, González, Gloria Elizabeth, Sucerquia, Alfonso, et al. Dislipidemia como factor de riesgo cardiovascular: uso de probióticos en la terapéutica nutricional. 16 de febrero de 2020 [citado 3 de abril de 2023]; Disponible en: <https://zenodo.org/record/4068226>
17. Guzmán Calderón E, Carrera-Acosta L, Aranzabal Durand S, Espinoza Rivera S, Trujillo Loli Y, Cruzalegui Gómez R, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la colelitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis en el Seguro Social del Perú (EsSalud). *Revista de Gastroenterología del Perú*. enero de 2022;42(1):58-69.
18. Colangitis aguda [Internet]. [citado 3 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X10700264>
19. Segura Grau A, Joleini S, Díaz Rodríguez N, Segura Cabral JM. Ecografía de la vesícula y la vía biliar. *Semergen*. 1 de enero de 2016;42(1):25-30.
20. Urbina VG, Vázquez SR, Gutiérrez MT. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. *Revista Medica Sinergia*. 1 de diciembre de 2019;4(12):e316-e316.
21. AMCG. Apendicitis [Internet]. Asociación Mexicana de Cirugía General. 2021 [citado 3 de abril de 2023]. Disponible en: <https://amcg.org.mx/download/apendicitis/>
22. Sánchez-Nicolat DNE, Guardado-Bermúdez DF, Arriaga-Caballero DJE, Torres-Martínez DJA, Flores-Escartín DM, Serrano-Lozano DJA, et al. Revisión en úlceras venosas: Epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento actual.
23. Silva RA. Obstrucción intestinal. *Revista Medica Sinergia*. 3 de octubre de 2016;1(10):3-7.
24. Sikakulya FK, Kiyaka SM, Masereka R, Onyai P, Okedi XF, Anyama P. Cecal volvulus in an adult male: A rare cause of intestinal obstruction: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*. agosto de 2021;85:106186.
25. Becerra M, Fiestas V, Tantaleán J, Mallma G, Alvarado M, Gutiérrez V, et al. Etiología viral de las infecciones respiratorias agudas graves en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. junio de 2019;36(2):231-8.
26. Tibaudin DI. Utilidad de los criterios de predicción clínica y del test rápido antigénico para el manejo de la faringitis aguda en un servicio de urgencias.
27. Rodríguez JDG. Infección de las vías urinarias en la infancia.
28. Cuadernillo-Coqueluche_12092022.pdf [Internet]. [citado 3 de abril de 2023]. Disponible en: https://save.org.ar/wp-content/uploads/2022/09/Cuadernillo-Coqueluche_12092022.pdf

