



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ “LUIS N.
SÁENZ” 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
LEANDRO MARCELO MONTUFAR CUENCA**

ASESOR

JOSÉ CARLOS ROMERO SÁNCHEZ

LIMA - PERÚ

2023



**Reconocimiento
CC BY**

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ “LUIS N. SÁENZ”
2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

LEANDRO MARCELO MONTUFAR CUENCA

**ASESOR
DR. JOSÉ CARLOS ROMERO SÁNCHEZ**

**LIMA, PERÚ
2023**

JURADO

Presidente: DR. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: DR. JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro: DR. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

2023

DEDICATORIA

A mi familia, mi soporte, mi fortaleza quienes desde el primer día me brindaron apoyo incondicional en esta carrera tan linda que escogí. Asimismo, a las amistades que logré en esta etapa tan larga, sobre todo en el último año del internado y a Dios, sobre todo por brindarme salud y seguridad en este largo objetivo.

ÍNDICE

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	2
I.1. ROTACIÓN EN CIRUGÍA	2
Caso clínico n.º 1	2
Caso clínico n.º 2	3
I.2. ROTACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	4
Caso clínico n.º 1	4
Caso clínico n.º 2	5
I.3. ROTACIÓN EN MEDICINA INTERNA	6
Caso clínico n.º 1	6
Caso clínico n.º 2	7
I.4. ROTACIÓN EN PEDIATRÍA	8
Caso clínico n.º 1	9
Caso clínico n.º 2	10
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	12
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	14
III.1. ROTACIÓN CIRUGÍA	14
Caso clínico n.º 1	14
Caso clínico n.º 2	15
III.2. ROTACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	16
Caso clínico n.º 1	16
Caso clínico n.º 2	16
III.3. ROTACIÓN EN MEDICINA INTERNA	17
Caso clínico n.º 1	17
Caso clínico n.º 2	18
III.4. ROTACIÓN EN PEDIATRÍA	19
Caso clínico n.º 1	19
Caso clínico n.º 2	19
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	21
CONCLUSIONES	23
RECOMENDACIONES	24
FUENTES DE INFORMACIÓN	24

RESUMEN

El internado médico es el último escalón en el proceso de formación de un estudiante de medicina humana, se realiza en el último año de la carrera y es aquí donde se pone en práctica los conocimientos básicos y clínicos aprendidos alrededor de los años de pregrado que tuvimos en la universidad. Estas prácticas preprofesionales, nos sirven para poder desarrollar habilidades y destrezas, las cuales nos servirán para ejercer las funciones médico-quirúrgicas del servicio social. El periodo del internado médico estuvo comprendido desde el 1 de mayo de 2022 hasta el 28 de febrero de 2023, donde se tuvo la oportunidad de rotar por las 4 grandes especialidades con el objetivo de afianzar conocimientos y entablar una real relación médico-paciente. En este trabajo, se comentarán las experiencias vividas en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú, además de la presentación de 8 casos clínicos divididos en las áreas de Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría. Luego, brindaré una descripción sobre el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú; además, de las distintas funciones que el interno realiza durante su estancia de 10 meses en el internado médico.

Palabras clave: Internado médico, sede hospitalaria, áreas, rotaciones

ABSTRACT

The medical internship is the last step in the training process of a human medicine student, it is performed in the last year of the career, and it is here where the basic and clinical knowledge learned during the undergraduate years, we had at the university is put into practice. These pre-professional internships help us to develop skills and abilities, which will help us to perform the medical-surgical functions of social service. The medical internship period was from May 1, 2022, to February 28, 2023, where we had the opportunity to rotate through the 4 major specialties in order to strengthen knowledge and establish a real doctor-patient relationship. In this work, the experiences lived in the Central Hospital of the National Police of Peru will be commented, in addition to the presentation of 8 clinical cases divided into the areas of General Surgery, Gynecology-Obstetrics, Internal Medicine and Pediatrics. Then, I will provide a description of the Central Hospital of the National Police of Peru, in addition to the different functions that the intern performs during his 10-month stay in the medical internship.

Keywords: Medical internship, hospital setting, areas, rotations

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA
NACIONAL DEL PERÚ "LUIS N. S**

AUTOR

**LEANDRO MARCELO MONTUFAR CUEN
CA**

RECUENTO DE PALABRAS

8416 Words

RECUENTO DE CARACTERES

47145 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

38 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

3.8MB

FECHA DE ENTREGA

Apr 21, 2023 4:14 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 21, 2023 4:14 PM GMT-5

● **18% de similitud general**

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

- 18% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Dr. JOSE CARLOS ROMERO SANCHEZ

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

INTRODUCCIÓN

El internado es llevado a cabo en el último año de carrera de un estudiante de Medicina Humana, donde se pone en práctica los conocimientos básicos y clínicos aprendidos alrededor de los años de pregrado que tuvimos en la universidad.

Estas prácticas preprofesionales, nos sirven para desarrollar habilidades y destrezas, las cuales nos servirán para ejercer las funciones médico-quirúrgicas del servicio social y son sumamente importantes en nuestro proceso de formación como futuros trabajadores del área de la salud.

Durante este periodo, el interno debe rotar por las cuatro (4) especialidades de Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría, con el objetivo de afianzar conocimientos y entablar una real relación médico-paciente. Es aquí donde el médico en formación, durante los meses posteriores, tendrá exposiciones, exámenes, guardias diurnas y nocturnas, además de la responsabilidad de cumplir los pendientes de cada paciente a su cargo.

Mi internado médico lo realicé en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú, ubicado en el distrito de Jesús María, en Lima-Perú, durante el periodo comprendido del 1 de mayo de 2022 al 28 de febrero de 2023. A diferencia de algunos compañeros, tuve la gran oportunidad de rotar en un hospital de Categoría II-1.

En este trabajo, se comentarán las experiencias vividas en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú, además de la presentación de 8 casos clínicos divididos en las áreas mencionadas. Luego brindaré una descripción sobre el hospital; además, de las distintas funciones que el interno realiza durante su estancia de 10 meses en el internado médico.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

En este trabajo, se presentarán 8 casos clínicos, que tuve la oportunidad de presenciar durante las rotaciones del internado, que sirvieron como base para una enseñanza óptima en mi experiencia en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú.

I.1. Rotación En Cirugía

La primera rotación inició el 1 de mayo de 2022 y concluyó el día 15 de junio del mismo año, donde pasamos por los servicios de cirugía mujeres, cirugía varones, cirugía críticos y emergencia; además, tuvimos múltiples guardias diurnas y nocturnas con distintos casos interesantes. Asimismo, se ingresó a sala de operaciones para múltiples cirugías programadas y de emergencia.

Caso clínico n.º 1

Anamnesis: Paciente, varón de 57 años, refiere que hace 2 días presenta dolor abdominal de manera difusa, de intensidad 6/10, que inició en el epigastrio y migra a fosa iliaca derecha. Con el pasar de los minutos, el dolor se intensificó a 9/10, y no cede a los analgésicos, además que, se le asocia náuseas y vómitos, motivo por el cual ingresa a emergencia.

Antecedentes: Niega algún antecedente de importancia.

Funciones vitales:

Presión arterial: 140/60 mmHg Frecuencia cardíaca: 75 latidos por minuto Frecuencia respiratoria: 16 respiraciones por minuto Temperatura: 36°C Saturación: 98%

Examen físico:

Piel y faneras: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar < 2 seg

Abdomen: Distendido, Ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación superficial y profundo en fosa iliaca derecha, por medio de las maniobras presenta Mc burney (+), Blumberg (+), Dumphy (+)

Con la anamnesis y el examen físico se plantea el diagnóstico:

- Síndrome doloroso abdominal
- Abdomen agudo quirúrgico
- Descartar apendicitis aguda

Plan de trabajo:

- Se le indica al paciente NPO (nada por vía oral) e hidratación por vía endovenosa; además, se le solicita los exámenes prequirúrgicos y el electrocardiograma para el riesgo cardiológico.
- Ceftriaxona 2 g vía endovenosa cada 24 horas
- Omeprazol 40 mg vía endovenosa cada 24 horas

Se recibe los resultados de laboratorio:

Hemoglobina: 13.5 x10e3/uL Leucocitos: 17.98 x10e3/uL neutrófilos: 16.29 x10e3/uL
Proteína C reactiva: 66.46 mg/uL

Ya con los exámenes de laboratorio completos y riesgo cardiológico listo, se decide solicitar sala de operaciones para realizar una apendicectomía laparoscópica.

Caso clínico n.º 2

Anamnesis: Paciente, masculino de 50 años, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 14 horas, donde refiere dolor abdominal tipo opresivo acompañado de náuseas y vómitos en dos oportunidades de contenido alimenticio, asociado a escalofríos y fiebre cuantificada en 38 °C. Paciente se automedica tomando gaseovet sin presentar alguna mejoría. Con el pasar de las horas, el dolor abdominal se intensifica, motivo por el cual, acude al centro hospitalario.

Antecedentes:

- Apendicectomía laparoscópica (2010)
- Litiasis vesicular (2018)

Funciones vitales:

Presión arterial: 160/80 mmHg Frecuencia cardiaca: 89 latidos por minuto Frecuencia respiratoria: 16 respiraciones por minuto Temperatura: 37.5 °C Saturación de oxígeno: 98%

Al examen físico se encuentra:

Piel y faneras: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar < 2 seg

Abdomen: No distendido, Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho, Murphy (+), no reacción peritoneal

Junto con los doctores se planteó el diagnóstico:

- Síndrome doloroso abdominal
- Descartar colecistitis aguda

Plan de trabajo:

- Se le solicita los siguientes exámenes: hemograma, glucosa, urea, creatinina, perfil hepático, bilirrubina total y fraccionada, proteína C reactiva y una ecografía abdominal

- El paciente pasa a sala de observación
- Se le administra ClNa 0.9 % 100 cc + escopolamina 10 mg 1 ampolla + dimenhidrinato 100 mg 1 ampolla todo por vía endovenosa
- Se realiza una interconsulta al servicio de cirugía general para el probable manejo quirúrgico

Luego de 3 horas, se recibe los resultados de laboratorio:

Hemograma: leucocitos 14.6 x10³/uL hemoglobina: 14.7 x10³/uL Neutrófilos: 89 %
 glucosa: 117 mg/dl úrea: 25.7 mg/dl Bilirrubina total: 2 mg/dl Bilirrubina directa: 0.7 mg/dl
 Bilirrubina indirecta: 1.3 mg/dl Fosfatasa alcalina: 78 u/l Transaminasa glutámico oxalacética:
 25 u/l Transaminasa glutámico-pirúvica: 30 u/l Gama-glutamil transpeptidasa: 37 u/l Amilasa:
 90 u/l Lipasa: 36.2 u/l.

Luego, al paciente se le realiza la ecografía abdominal donde se evidencia una hepatopatía difusa crónica leve, de aspecto esteatósico; además, una vesícula biliar de 120 x 40 mm, con una pared de 4.5 mm; también se observan múltiples imágenes litiásicas donde el mayor de ellos es de 24 mm y un colédoco de 3.6 mm. De acuerdo con los signos ecográficos, se llega a la conclusión que el paciente está cursando con un cuadro colecistitis crónica calculosa reagudizada.

Acude a la interconsulta cirugía general para evaluar al paciente, donde confirman el diagnóstico de colecistitis crónica calculosa reagudizada; por ende, solicitan completar exámenes prequirúrgicos y riesgo cardiológico, para posterior pasar a sala de operaciones de emergencia para una colecistectomía laparoscópica.

I.2. Rotación en Ginecología y Obstetricia

La segunda rotación inició el 16 de julio de 2022 y culminó el 30 de septiembre de 2022, donde tuvimos la oportunidad de rotar por los servicios de hospitalización de ginecología, obstetricia, consultorio y emergencia, se tuvo un buen aprendizaje evidenciando múltiples cirugías, partos eutócicos, cesáreas programadas y de emergencia, siempre guiados por nuestros residentes y asistentes.

Caso clínico n.º 1

Anamnesis: Paciente, mujer de 27 años, acude a emergencia refiriendo dolor en zona genital con sensación de bulto en el labio mayor, niega sensación de alza térmica, niega sangrado vaginal u otra sintomatología. Como antecedentes de importancia, refiere haber sido hospitalizada en el 2020 por una infección del tracto urinario.

Con respecto al examen físico, se palpa una masa aproximadamente de 3 x 2 cm en el labio mayor derecho de la zona genital, el resto del examen cursa sin alteración.

Se plantea el diagnóstico de:

- Absceso de Bartolino.

Plan de trabajo:

- Se decide hospitalizar al paciente para proseguir a la marsupialización
- Se le coloca Vía salinizada, para la administración de medicamentos:
 1. Ceftriaxona 1 gr endovenoso STAT
 2. Clindamicina 900 mg vía endovenosa cada 8 horas
 3. Gentamicina 160 mg vía endovenosa cada 24 horas
 4. ketoprofeno 100 mg vía endovenosa cada 8 horas
- Se le solicita los siguientes exámenes de laboratorio:

Hemograma: hemoglobina: 11.8 leucocitos: 12.8 x10e3/uL neutrófilos: 9.91 x10e3/uL, los demás exámenes dentro de los parámetros normales.

Paciente durante su primer día de hospitalización, refiere presentar dolor de moderada intensidad en región genital, niega fiebre u otra sintomatología. Al día siguiente, se le completa los prequirúrgicos.

Se le da pase para sala de operaciones donde se le realiza la marsupialización de la glándula de Bartolino, se le realiza un corte aproximadamente de 3 mm donde se le coloca puntos en jareta con 2/0 MR sin ninguna complicación, y al día siguiente, es dada de alta.

Caso clínico n.º 2

Paciente, mujer, primigesta de 30 años, acude por emergencia, refiriendo coágulo por vía vaginal tras la defecación. Al momento de la evaluación, sus funciones vitales se encuentran dentro de los valores normales, y a la exploración física, se evidencia por medio de la especuloscopia, cérvix epitelizado y escaso sangrado marrón oscuro, asociado a dolor abdominal tipo cólico en epigastrio de intensidad 6/10.

Antecedentes ginecobstétricos:

- G1P0
- Menarquia: 13 años
- Inicio de relaciones sexuales: 18 años
- N° Parejas sexuales: 20
- Última relación sexual: 28/02/2023
- Papanicolau: negativo (2021)
- Fecha de última regla: 19/01/2023
- Edad gestacional: 9 ss y 3 días por fecha de última regla

- Edad gestacional: 9 ss y 2 días por ecografía de primer trimestre

Plan de trabajo:

Por el tiempo de gestación y el sangrado vaginal se plantea el probable diagnóstico de amenaza de aborto y se decide hospitalizar.

Se inicia tratamiento con progesterona de 200 mg, ácido fólico 0.5 mg y escopolamina 200 mg.

Al segundo día de hospitalización, paciente refiere dolor pélvico tipo punzada, que calma con analgésicos; así mismo, refiere sensación de hinchazón e incremento de la sensibilidad en las mamas. Niega manchas de sangre en ropa interior. Paciente continuará con indicaciones médicas y reposo absoluto en su instancia en el centro hospitalario.

I.3. Rotación en Medicina Interna

La siguiente rotación de Medicina Interna, inició el 1 de octubre y terminó el 15 de diciembre de 2022. En esta rotación pasamos por 3 sectores donde tuvimos la oportunidad de afianzar conocimientos sobre distintas enfermedades y su tratamiento. Observamos la evolución favorable y desfavorable de algunos pacientes; además de realizar las curaciones diarias en pie diabético y úlceras por presión.

Caso clínico n.º 1

Anamnesis: Paciente, varón de 62 años, viene a emergencia por presentar hace 3 días dolor intenso en región lumbar, que le imposibilita realizar sus actividades con normalidad. Paciente refiere que se dedica a la construcción y que dolor inició luego de cargar bolsas de cemento por varias horas. Niega fiebre, niega alguna molestia urinaria.

Antecedentes:

- Diabetes *mellitus* tipo 2 por historia clínica

Funciones vitales:

Presión arterial: 123/70 mmHg Frecuencia cardiaca: 71 latidos por minuto Frecuencia respiratoria: 19 respiraciones por minuto Temperatura: 36.2 °C

Examen físico:

Piel y faneras: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 seg.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos al momento

Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación

Genitourinario: puño percusión lumbar (-) Puntos renoureterales (-)

Neurológico: Paciente lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica:

- Lumbalgia

Plan de trabajo:

- Pasa a inyectables para administración de medicamentos
- Diclofenaco 75 mg/ 3 ml intramuscular STAT
- Orfenadrina 60 mg/ 2 ml intramuscular STAT

Paciente con mejoría clínica es dado de alta con diclofenaco y orfenadrina por 2 días más; además, se le recomienda mantener el reposo absoluto durante 5 días y reiniciar sus actividades cotidianas paulatinamente.

Caso clínico n.º 2

Anamnesis: Paciente, varón de 53 años, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 5 días, donde refiere que sufre golpe a nivel de pierna derecha con varilla de fierro. Con el pasar de los días, evidencia aumento de volumen y de temperatura, presentando signos de flogosis aproximadamente en un área de 10 x 10 cm. Niega fiebre, niega dificultad a la deambulación. Paciente refiere automedicarse con cefalexina 500 mg y paracetamol 500 mg, y al observar que no hay mejoría, decide colocarse sábila sin remojar en dicha lesión. Al día siguiente, el cuadro clínico se exacerba, observándose múltiples lesiones ampollas, por lo cual, acude al centro hospitalario.

Antecedentes:

- Hipertensión arterial por historia clínica
- Colectomía por historia clínica
- Lesión por proyectil de arma de fuego (1993, 2012)

Funciones vitales:

Presión arterial: 135/80 mmHg Frecuencia cardíaca: 74 latidos por minuto Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto Temperatura: 36.5°C

Al examen físico:

Piel y faneras: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 seg. cicatrices por proyectiles de arma de fuego en miembro inferior derecho y a nivel escapular derecho.

Tejido celular subcutáneo: Várices en ambos miembros inferiores

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos al momento

Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación

Miembro inferior derecho: Se evidencia lesión eritematosa de aproximadamente 25 cm de largo por 8 cm de ancho cm, asociado a aumento de volumen, aumento de temperatura, cambios de coloración, doloroso a la palpación con presencia de edema y signos de flogosis.

Neurológico: Paciente lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala Glasgow 15/15.

Plan de trabajo:

Con la anamnesis y el examen físico, se plantea el diagnóstico de celulitis en miembro inferior derecho, y es derivado a sala de observación, donde se solicitan exámenes de hemograma, proteína C reactiva, glucosa, úrea, creatinina, perfil hepático, perfil de coagulación y hemoglobina glicosilada.

Para el manejo inicial, se le coloca vía salinizada, donde se le administra ClNa 0.9% 100cc; además, inicia con antibioticoterapia con 2 ampollas de oxacilina de 1 gr vía endovenosa cada 4 horas. Luego de recibir los resultados de los exámenes de laboratorio se evidencia lo siguiente:

Hemoglobina: 12.9×10^3 /uL, leucocitos: 21.27×10^3 /uL, neutrófilos: 19.29×10^3 /uL, examen de orina: 14/uL leucocitos por campo, glucosa: 260 mg/dl, úrea: 59.9 mg/dl el resto de los exámenes dentro de los parámetros normales, con estos resultados se decide hospitalizar al paciente.

En el primer día de hospitalizado, se evalúa al paciente donde refiere no presentar mejoría clínica; motivo por el cual, se decide agregar clindamicina para potenciar la acción del antibiótico principal. Luego de 7 días, se evidencia una considerable mejoría clínica, donde el paciente no refiere molestia alguna, es debido a esto que se le solicitan nuevos exámenes de laboratorio control donde todos los valores se encuentran normales, es por eso, que se decide darle de alta.

I.4. Rotación en Pediatría

La cuarta y última rotación empezó el día 16 de diciembre del 2022 y culminó el 28 de febrero del 2023, los internos rotaron por los servicios de hospitalización pediátrica, cirugía pediátrica, neonatología, consultorio de pediatría y emergencia, una rotación muy alegre por parte del entorno de los médicos y enfermeras, donde tratamos a distintos pacientes desde el día su nacimiento hasta los 13 años.

Caso clínico n.º 1

Anamnesis: Niño de 6 años, es llevado a emergencia conducido por su madre, con un tiempo de enfermedad de 4 días, presentando vómitos en 2 oportunidades de contenido alimenticio, asociado a sensación de alza térmica en 2 oportunidades no cuantificadas, para lo cual, se le administró 8 ml de panadol no observando mejoría. A las 2 horas, le dan 13.5 ml de repriman y la fiebre cedió.

La madre refiere que, 2 días antes de su ingreso, presentó deposiciones líquidas aproximadamente en 10 oportunidades sin presencia de moco y sangre; además, pudo notar que su hijo presentó pérdida de apetito y la sed estaba aumentada.

Un día antes de su ingreso, el cuadro clínico aún persistía con vómitos de contenido bilioso y mucotransparente, agregándole dolor abdominal en hemiabdomen superior

Funciones vitales:

Peso: 24 kg, Frecuencia cardíaca: 79 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno: 97% Temperatura: 37.5°C

Al examen físico se encontró:

Piel y faneras: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 seg, con leve presencia de deshidratación.

Abdomen: No distendido, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes a la auscultación, no doloroso a la palpación superficial, doloroso a la palpación profunda en mesogastrio de intensidad 3/10.

Con la anamnesis y examen físico, el médico brindó siguientes diagnósticos:

- Síndrome emético
- Descartar enfermedad diarreica aguda

Plan de trabajo:

- Se solicita reacción inflamatoria en heces y coprocultivo
- Ondansetrón 8 mg/4 cc — 2,4 cc vía endovenosa STAT
- Tolerancia oral
- Pase a observación

Paciente es reevaluado, refiriendo que continúa con las deposiciones sanguinolentas en 4 oportunidades asociado a náusea y cólico abdominal, se le solicita hemograma, grupo y factor y proteína C reactiva.

A la segunda reevaluación, con los resultados de los exámenes de laboratorio solicitados, se evidencia que su hemograma se encuentra dentro de los valores normales, la proteína C reactiva se encuentra aumentada en 11.5 x10e3 /uL y la reacción inflamatoria en heces dio negativo.

Como el paciente presentó una buena tolerancia oral, disminuyó las deposiciones líquidas y no presentó vómitos, se decide dar de alta al paciente con rehidratación oral para reponer electrolitos.

Caso clínico N° 2

Anamnesis: Niña de 5 años, acude a emergencia conducida por su madre, con un tiempo de enfermedad de 2 días, donde refiere presentar dolor, ardor y sensación de ir al baño en varias oportunidades, asociado a 2 episodios febriles cuantificados en 38°C. Niega náuseas, niega vómitos ni ninguna otra sintomatología

Cabe recordar que la paciente ya ha tenido anteriormente 2 episodios de infección del tracto urinario, debido a la recurrencia de los síntomas es llevada a la emergencia.

Funciones vitales:

Peso: 16.5 kg Frecuencia cardiaca: 106 latidos por minuto Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto Saturación de oxígeno: 98% Temperatura: 37.8°C al momento de la evaluación

Antecedentes:

- Hiperbilirrubinemia por 5 días al nacimiento
- Infección del tracto urinario a los 2 meses de edad
- Infección del tracto urinario hace 6 meses

Al examen físico:

Piel y faneras: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 seg.

Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación.

Genitourinario: puntos renoureterales (-), puño percusión lumbar (-)

Con la anamnesis y el examen físico el médico brinda el siguiente diagnóstico:

- Síndrome febril
- Descartar Infección del tracto urinario

Plan de trabajo:

- Administrar metamizol 0.9 ml intramuscular STAT
- Se solicita hemograma, proteína C reactiva, examen completo de orina y urocultivo
- Se decide hospitalizar

Dentro del área de hospitalizados, se reciben los resultados de los exámenes de laboratorio solicitados donde encontramos que el hemograma y la proteína c reactiva se encuentran dentro de los parámetros normales; sin embargo, en el examen de orina se evidencia una

gran cantidad de leucocitos (507/ul) y hematíes (235/ul) por campo; por ende, se decide iniciar tratamiento con ceftriaxona 1g/10cc — 7 ml vía endovenosa cada 12 horas lento y diluido durante los próximos 7 días, a la espera del manejo de los síntomas y del resultado del urocultivo.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Como se mencionó al inicio, tuve la suerte de realizar mi internado médico en el Hospital Central PNP "Luis N. Sáenz" que se inauguró en agosto de 1937 en el segundo gobierno del presidente el Dr. Manuel Prado y como director del Hospital Nacional al coronel. S.G.P. Carlos Sánchez Tirado, el terreno que comprendía en ese momento fue de 29, 340 m² en la Av. Brasil. En 1949 se anexó 9,441 m² y en 1961 se anexó 7,650 m² sumando un total de 43,875 m². (1)

También tuvimos la suerte de poder asistir al nuevo Hospital que se construyó durante muchos años y fue inaugurado el día 30 de noviembre de 2022 por el ministro del Interior Willy Huerta Olivas (2), con una mejor infraestructura, con áreas de consultorio, hospitalización; además, nueva área de emergencia más amplias y cómodas. Hasta el momento poco a poco han estado trasladando las especialidades al nuevo hospital comenzando por el área de consultorios y hasta hoy han trasladado el área quirúrgica

El Hospital Central de Policía "Luis N. Sáenz", es un hospital de nivel II-1, perteneciente a la Dirección de la Sanidad de la PNP (Dirsapol). Es una unidad prestadora de salud, que viene siendo concurrido por más del 50 % de efectivos policiales a nivel nacional, que vienen a atender sus emergencias y consultas, debido a que cuenta con todos los implementos necesarios para una atención completa y óptima. Este establecimiento de salud se encuentra ubicado en la avenida Brasil, cuadra 26, en el distrito de Jesús María.

El internado médico se desarrolló desde el 1 de mayo de 2022 hasta el 28 de febrero del 2023. Durante nuestro último año de formación aún se mantenían las restricciones y los protocolos de protección para salvaguardar nuestra salud debido a la pandemia del COVID-19 que sacudió a todo el mundo. Gracias a nuestro desempeño, cumplimos una parte fundamental para desarrollar un aprendizaje óptimo durante los 10 meses.

Desarrollamos distintas funciones con la supervisión de los médicos a cargo, gracias a esto pudimos poner en práctica todo lo aprendido durante nuestros años de pregrado y así desarrollarnos de una mejor forma. Tuvimos muchas funciones; entre ellas fueron la elaboración de historias clínicas, realizar una buena evolución clínica diaria de cada paciente a nuestro cargo durante la hospitalización. También ayudamos en la realización de recetas, órdenes de laboratorio, toma de muestras, para poder agilizar los resultados, así como realizar trámites necesarios para alguna tomografía o resonancia magnética que se necesite.

Se apoyó en las curaciones diarias de los pacientes, colocación de sondas vesicales, evaluación física y cuando tuvimos guardias durante la emergencia teníamos la posibilidad de realizar alguna sutura, según el caso lo amerite, bajo la supervisión del médico asistente.

Este año como retribución el Minsa determinó brindarnos por medio de la DIRSAPOL el estipendio de 400 soles durante los 10 meses que nos toca cumplir con el internado

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1. Rotación en Cirugía

Caso clínico n.º 1

La apendicitis aguda es la primera causa de abdomen agudo quirúrgico en el mundo, y se define como la obstrucción de la luz apendicular, esto se da con mayor frecuencia por fecalitos, en adultos e hiperplasia linfoide, en niños, entre otras causas. Como consecuencia, esto inicia el proceso inflamatorio con la proliferación de bacterias, mayormente *E. coli* y *bacteroides*; esto aumenta la presión intraluminal dentro del apéndice, llegando a obstruir el flujo arterial ocasionando una necrosis, se debilita la pared y puede llegar a perforarse liberando su contenido, llegando a sus fases más complicadas ocasionando una peritonitis local o generalizada (3). El diagnóstico es principalmente clínico, complementando con la exploración y exámenes de laboratorio.

También se tiene como opción la escala de Alvarado, que es la más conocida, a nivel global, y de las más implementadas en nuestro país, con respecto a la apendicitis aguda. Esta escala consta de diferentes parámetros, donde incluye síntomas, signos y exámenes de laboratorio que se detalla a continuación:

Síntomas: Migración del dolor (1 punto), anorexia (1 punto), náuseas y vómitos (1 punto)

Signos: Dolor en cuadrante inferior derecho (2 puntos), Rebote positivo (1 punto), fiebre (1 punto)

Laboratorio: leucocitosis (2 puntos), desviación a la izquierda de neutrófilos (1 punto)

Estos valores dan un total de 10 puntos, que nos ayuda para el diagnóstico en la cual < 4 puntos, es una baja probabilidad de apendicitis, 6-5 puntos sospecha de apendicitis haciendo un diagnóstico diferencial y > 7 puntos nos darían una alta probabilidad de apendicitis (4). (Anexo 1)

Con respecto al paciente, fue evaluado por el cirujano asistente de turno y los residentes que plantearon el diagnóstico final de apendicitis aguda y solicitaron sala de operaciones para realizar la apendicectomía laparoscópica.

En el reporte operatorio, sus hallazgos presentaron un apéndice cecal de 9 x 1.5 cm en posición descendente externa, donde se encontraba necrosado en toda su extensión y subseroso en su $\frac{1}{3}$ proximal con presencia de líquido purulento en los cuatro cuadrantes aproximadamente 200 cc El paciente no presentó ninguna complicación durante el pre y post operatorio, luego de 2 días de hospitalización es dado de alta.

Caso clínico n.º 2

La colecistitis aguda litiásica se define como la inflamación de la vesícula biliar debido a una obstrucción del conducto cístico que principalmente es ocasionada por cálculos, esto trae como síntomas cólicos biliares ubicados en el cuadrante superior derecho e hipersensibilidad a la palpación en dicha área que en gran porcentaje están relacionados a pacientes con antecedentes de cálculos o litos en la vesícula y antecedentes de consumir alimentos copiosos (5).

El estudio radiológico más útil, para la ayuda diagnóstica, es la ecografía que presenta una sensibilidad del 85 % y especificidad de 95 %, nos ayuda a identificar la presencia de cálculos dentro de la vesícula, además de diferentes parámetros como la pared engrosada, líquido perivesicular, lito impactado en bacinete, Murphy ecográfico positivo, sombra acústica, etc. (6).

Las guías de Tokio se basan en los criterios clínicos, analíticos y radiológicos para la ayuda diagnóstica y consiste en:

A. Signos locales de inflamación:

- Signo de Murphy
- Masa, dolor en hipocondrio derecho

B. Signos sistémicos de inflamación:

- Fiebre > 37.5 °C
- Proteína c reactiva elevada
- Leucocitosis > 10 000

C. Imagen:

- Edema de pared > 5 mm
- Vesícula distendida
- Murphy ecográfico positivo
- Líquido peri vesicular
- Lito enclavado en bacinete

Cuando el paciente esté presentando un criterio A + criterio B se va a sospechar de una colecistitis, pero se necesita complementar con exámenes imagenológicos; y para un diagnóstico definitivo se necesita un criterio de cada parámetro ya sea A+B+C. (7) (Anexo 2), con ese resultado se dispone a realizar una colecistectomía que existen técnicas como la convencional y laparoscópica.

En este caso, el paciente cumple con los criterios y es programado en sala de operaciones para realizar una colecistectomía laparoscópica de emergencia. Dentro de los hallazgos se

observó una vesícula biliar de 13 x 7 cm de paredes engrosadas, plastronada por epiplón, con pared posterior necrosada, conteniendo múltiples litos en su interior con presencia de bilis oscura, el paciente cursa sus días de hospitalización sin complicaciones y es dado de alta con analgésicos.

III.2. Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 1

Las glándulas de Bartolino también conocidos como vestibulares se encargan de la lubricación durante las relaciones sexuales y tienen una medida de aproximadamente 5 mm que sin ninguna patología no son palpables. Se estima un aproximado de 2 a 3 % de las mujeres van a desarrollar un quiste o absceso de glándulas de Bartolino en su vida. Con mayor frecuencia los abscesos se presentan tres veces más que los quistes en edad fértil. Estas glándulas cuando se sospecha de infección mayormente van a estar dadas por la bacteria *E. coli* por el lado aeróbico y los *bacteroides* por la parte anaeróbica son las más comunes. (8)

En este caso, con la paciente, se diagnosticó con el examen físico, se visualizó y se palpó una masa de aproximadamente 3 x 2 cm en región vulvar a nivel de las horquillas, que a la evaluación física refirió dolor intenso y dificultad para poder realizar sus actividades, para poder identificar el patógeno causante es importante ejecutar un cultivo en dicha zona.

Con respecto al tratamiento, en este caso, se debe iniciar con antibióticos de amplio espectro como metronidazol 400 mg/ 12 horas + penicilina o eritromicina 250 mg c/ 6 horas durante 7 días, otra opción sería amoxicilina + ac. clavulánico 500/125 mg c/8 horas durante 7 - 10 días y en caso el paciente sea alérgico a la penicilina, rotar tratamiento con doxiciclina 100 mg c/12 horas + clindamicina 300 mg c/8 horas durante 7-10 días, a esto se le agrega antiinflamatorios como diclofenaco y analgésicos como paracetamol luego de esta cobertura se continúa con la marsupialización quirúrgica, que más que todo es el drenaje de dicho absceso, este procedimiento es sencillo, rápido que no trae complicaciones. (8)

Caso clínico n.º 2

Se define la amenaza de aborto como la presencia de metrorragia que viene acompañado con contracciones uterinas que en algunos casos no se presenta, sin modificaciones cervicales antes de las 22 semanas de gestación (9).

La conducta por seguir en estos casos se debería iniciar valorando mediante la especuloscopia el canal vaginal y el cérvix uterino tratando de ubicar la zona del sangrado, ya sea en órganos internos o externos; también, debemos solicitar una ecografía para poder determinar la viabilidad del feto y que no presente ninguna alteración.

Con el manejo de la madre, en este caso, lo más recomendado es hospitalizarla para un mejor control y manejo del embarazo; además, de mantener reposo absoluto.

En caso presente disminución de hormonas se debe administrar progesterona natural de 100 mg cada 12 horas y si el paciente durante 48 horas luego de ser evaluada no presenta sangrado se plantea el alta médica manteniendo el reposo absoluto en su domicilio, iniciando sus actividades diarias gradualmente y evitando las relaciones sexuales (9).

III.3. Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 1

La lumbalgia se define como la sensación dolorosa que dificulta la movilidad en algunos casos con o sin afección de las extremidades inferiores (10). Esta patología produce la mayor cantidad de años con discapacidad a nivel global (14). El dolor lumbar se manifiesta como uno de los síntomas que más prevalece en la humanidad, posicionándose en la segunda causa más frecuente de atención médica en todo el mundo (11).

De acuerdo a la duración de los síntomas se va a presentar en 3 fases: (12)

- Lumbalgia aguda: Duración inferior a las 4 semanas
- Lumbalgia subaguda: Duración entre las 4 y 12 semanas
- Lumbalgia crónica: Duración mayor a las 12 semanas

En los años más recientes, mediante distintos estudios epidemiológicos, los especialistas del Institute for Occupational Health and Safety (NIOSH) han determinado que existe una serie de distintos movimientos que generan una alteración biomecánica que afecta el equilibrio y ocasionan una lesión estructural provocando lumbalgia. (13) (Anexo 3)

Estos son:

- Movimientos en flexión anterior
- Flexión con torsión
- Trabajo físico duro con repetición
- Trabajo en un medio con vibraciones
- Trabajo en posturas estáticas

En esta patología, el manejo principalmente es con AINES para poder aliviar el dolor y se recomienda reposo absoluto mínimo durante 5 días (14) (Anexo 4).

Como en este caso, donde el paciente presentó el cuadro clínico característico de una lumbalgia, por ende, recibió la medicación indicada y fue dado de alta con las recomendaciones ya mencionadas.

Caso clínico n.º 2

La celulitis se define como una infección aguda localizada en partes blandas que ocurre por el ingreso de bacterias a través de un orificio de entrada en el tejido blando que va comprometer la dermis reticular y la hipodermis, que en algunos casos puede generar daño linfático irreparable. (15) La etiología que mayormente se presenta en estos casos están dadas por el *streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus* (16). Existen otros tipos de microorganismos menos frecuentes que pueden causar esta patología, pero deben presentarse en situaciones especiales: pacientes inmunosuprimidos (*E. coli*, *P. aeruginosa*), picaduras de insecto (*Pasteurella multocida*), entre otros (17).

Con respecto a la clínica, se va presentar con frecuencia alrededor de la piel lesionada ya sea por un traumatismo menor, úlcera, heridas quirúrgicas y en casos extraños en la piel sana. Esto se presenta típicamente con calor, edema, dolor intenso, región eritematosa, linfangitis y linfadenitis. Siendo una característica importante de esta patología los bordes poco definidos en dicha zona (17).

En muchos casos los pacientes no parecen enfermos, pero pueden manifestarse síntomas como la fiebre, escalofríos, malestar general, taquicardia, cefalea, etc. (17).

Para el tratamiento, se utiliza los siguientes medicamentos:

Tabla 1. Guía de manejo de celulitis y abscesos guías de atención y protocolos de manejo cirugía general (18)

	Adultos	Niños > 28 días
<i>Oral</i>		
Dicloxacilina	500 mg c/6 h	25-50 mg/kg al día en 4 dosis
Cefadroxilo	500 mg c/12 h	25-50 mg/kg al día en 3-4 dosis
Clindamicina	300-450 mg c/6-8 h	20-30 mg/kg al día en 4 dosis
<i>Parenteral</i>		
Cefazolina	1-2 g c/8 h	100 mg/kg al día en 3-4 dosis
Oxacilina	2 g c/4h	150-200 mg/kg al día en 4-6 dosis
Clindamicina	600-900 mg c/8 h	25-40 mg/kg al día en 3-4 dosis
Nafcilina	2 g c/4 h	150-200 mg/kg al día en 4-6 dosis

Si el paciente es alérgico a la penicilina se debe rotar la medicación con eritromicina o clindamicina (18).

En el caso de este paciente, el diagnóstico fue netamente clínico ya que en la anamnesis se describe que tuvo un traumatismo previo con una varilla de fierro oxidado en su pierna

derecha y con el pasar de los días comenzó a manifestarse los signos y síntomas, se decidió hospitalizar para manejo y cuidado riguroso. Durante su estancia en el hospital se le administró oxacilina de 1 gr vía parenteral cada 4 horas con resultados satisfactorios, refiriendo el paciente una gran mejoría clínica y al séptimo día es dado de alta sin ninguna complicación.

III.4. Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 1

La enfermedad diarreica aguda (EDA) se define como la presencia de 3 o más deposiciones en 24 horas asociado a la disminución de la consistencia y una duración menor a 2 semanas. Esta patología puede ocurrir a cualquier edad, pero son los lactantes y los niños menores de 5 años los más predispuestos a desarrollar y traer complicaciones como sepsis, deshidratación y en algunos casos llegar a la muerte (19).

En este caso, se cumple con la definición de enfermedad diarreica aguda, el niño no presentaba signos de deshidratación por lo que se le recomienda quedarse en observación y recetar rehidratación oral para poder evitar la deshidratación. La Guía de Práctica clínica nos recomienda administrar sales de rehidratación oral de osmolaridad reducida, esto nos ayuda a reducir el riesgo en pacientes menores de 5 años de presentar deshidratación.

La Guía de Práctica clínica que se mencionó anteriormente, nos sugiere no administrar antibióticos de manera rutinaria en la enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años, del mismo modo se recomienda continuar con la alimentación óptima y apropiada para la edad (20). Con respecto a este caso, el paciente, encontrándose en observación, es evaluado por el médico y le receta ondansetrón 1 ampolla ev STAT por la presencia de vómitos; además de rehidratación con suero debido a la cantidad de vómitos y diarreas que presentó, luego debido a la mejoría se decide dar de alta, recomendando el uso de rehidratación oral y que continúe con una alimentación e higiene adecuada.

Caso clínico n.º 2

La infección urinaria se define como la presencia y proliferación de gérmenes en el tracto urinario, que en condiciones normales debe ser estéril. Esto va a estar dado de acuerdo al nivel que está afectando y puede clasificarse en infección urinaria de vías altas (pielonefritis aguda) e infección urinaria de vía bajas (uretritis, cistitis). Cuando existe pielonefritis se produce infección del parénquima renal y existe el riesgo de desarrollar cicatrices en la corteza renal. (21)

Esta patología potencialmente es más frecuente durante los 2 primeros años de vida (7 %). En los varones la prevalencia es mayor hasta los 3 y 6 meses (8,5 y 3,3 %, respectivamente)

y disminuye progresivamente hasta el año (1,7 %), mientras que en las niñas es elevada durante todo el primer año de vida (8,3%) y desciende en el segundo año (2,1 %). (22)

La vía ascendente es la forma habitual de la llegada de los microorganismos al aparato urinario a partir de gérmenes del intestino que colonizan la uretra o la zona perineal, salvo en el periodo neonatal o circunstancias concretas en las que puede producirse por vía hematógica (23).

Con respecto a la sintomatología presente en niños y lactantes con infección del tracto urinario: (23).

Tabla 2. Infecciones urinarias. Pediatría Atención (23)

Grupos de edad		Más frecuente	→	Menos frecuente
Lactantes <3 meses		Fiebre Vómitos Letargia Irritabilidad		Pérdida de apetito Fallo de medro Dolor abdominal Ictericia Hematuria Orina maloliente
Resto de niños	Preverbal	Fiebre		Dolor abdominal o en el flanco Vómitos Pérdida de apetito Letargia Irritabilidad Hematuria Orina maloliente Fallo de medro
	Verbal	Frecuencia Disuria		Micción disfuncional Cambios en la continencia Dolor abdominal o en el flanco Fiebre Malestar Vómitos Hematuria Orina maloliente Orina turbia

En este caso, el menor acudió a emergencia por presentar disuria, polaquiuria y dolor abdominal asociado a fiebre mayor de 38 °C signos y síntomas que se mencionaron anteriormente que se relacionan a esta patología; además, de tener antecedentes de haber presentado infecciones de tracto urinario en dos ocasiones anteriormente con la bacteria más frecuente que es la E. coli, se le solicitó examen de orina completo y urocultivo presentando un aumento de leucocitos en la orina, debido a esto, se decidió hospitalizar al paciente a la espera del urocultivo para poder determinar la bacteria.

Así mismo se inició tratamiento antibiótico con ceftriaxona 1g/10cc - 7 ml ev c/12 horas para un mejor manejo. Al quinto día se confirmó a la E. coli como causante de esta patología, se decidió continuar el tratamiento durante 7 días y con la mejoría de la clínica del paciente ya es dado de alta.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es la etapa en la que debemos aprovechar al máximo, porque es la última oportunidad que tenemos de poder cometer errores y aprender de ellos. Este aprendizaje será guiado por nuestros médicos residentes y asistentes, quienes en base a su amplia experiencia podrán orientarnos en cuanto a alguna duda sobre algún diagnóstico, a fin de poder adquirir la sabiduría adecuada para cuando se nos presente un caso igual. Aquí vamos a tener el contacto directo médico-paciente, y es aquí donde aprenderemos a tratar a cada uno de ellos con respeto, empatía y seguridad, ya que lo que el paciente busca en un médico es que este le dé la certeza de que podrá dar con su diagnóstico y brindarle el tratamiento adecuado.

En el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú, existen médicos civiles y asimilados, estos últimos al pertenecer a la institución deben siempre respetar los grados de los efectivos policiales, además que nosotros los internos debemos siempre dirigirnos con amabilidad y respeto a las autoridades policiales. Asimismo, debemos aprender a trabajar en equipo, debido a que, durante el internado médico, vamos a relacionarnos con internos de otras universidades, de otras carreras, enfermeras, obstetras, residentes, asistentes, nutricionistas, técnicos de enfermería, personal de limpieza y administrativo.

Cada uno de ellos tiene un rol muy importante dentro del Hospital y, muchas veces, son sobrepasados debido al sistema de jerarquía que se emplea en esta institución castrense.

El internado te prepara para la vida, es aquí donde se aprende sobre dedicación, empatía, respeto, responsabilidad, disciplina y sobre todo sacrificio. Esta etapa nos conlleva a un agotamiento físico y mental, debido a que el interno está en constante movimiento, solicitando exámenes, recogiendo resultados, curaciones de diversos tipos, conseguir los materiales que se agotan durante la atención la emergencia, realizando procedimientos, llevando a pacientes a que les tomen sus exámenes de imágenes, enviando interconsultas a otras especialidades, entre otras labores que el interno realiza.

Nuestro trabajo constaba de asistir los 7 días de la semana, con un horario preestablecido antes del inicio del internado, pero que no se respetaba debido a la gran demanda de pacientes, emergencias y pendientes. Nuestro rol era brindado por el médico residente a cargo de nosotros en cada rotación, y ellos eran quienes nos establecen la cantidad de guardias diurnas y nocturnas tendríamos al mes. En cuanto a las guardias diurnas, sí teníamos un horario fijo, donde atendemos las diversas emergencias que llegaban al hospital. Asimismo, en las nocturnas, también se respetaban los horarios, y éramos nosotros quienes nos quedamos tratando de descansar en las camillas y apenas llegaba una emergencia, estábamos al frente escuchando al paciente y preguntándole el motivo de su emergencia, y

si teníamos algún inconveniente durante la atención, avisábamos a nuestro residente y asistente de turno. No podemos negar que los internos nos sentimos como si estuviéramos al final de la cadena, recibiendo abusos y castigos muchas veces injustificados; además, muchas veces los maltratos vienen de los mismos pacientes, quien al ver a un médico joven atendiendo , nos juzgan y nos tratan de una manera inadecuada, diciéndonos frases fuera de lugar; pero si podemos rescatar algo bueno de todo esto, es que nos ayuda a forjar el carácter, aquel que todo médico debe tener para poder enfrentarse a las adversidades y actuar de una manera óptima adecuada ante una emergencia.

El internado médico se realizó en dos modalidades, algunos internos lo realizaron en hospitales y el resto en postas médicas o centros de salud. Tuve la suerte de hacer el internado en el hospital Central de la Policía Nacional, donde teníamos algún alcance las herramientas necesarias para hacer un buen diagnóstico de la enfermedad y emergencia de cada paciente. Sin duda alguna fue una gran oportunidad que pudimos aprovechar al máximo mis compañeros y yo, ya que tuvimos la oportunidad de observar diversos casos desde los más simples hasta algunos más complejos que nos ayudarán a adquirir la experiencia necesaria para el Serums. Además, tuvimos la experiencia real del internado con los pases de visita, ingresos a sala de operaciones, donde nos permitían asistir al médico principal, realizar procedimientos, etc. y todo esto en cada rotación.

Finalmente, pese a que el internado médico está infravalorado, debido a que nuestra remuneración era muy por debajo del sueldo mínimo e, incluso, algunos internos no recibían sueldo, podemos decir que es una experiencia única, ya que se conforman vínculos y lazos de amistad tanto con nuestros compañeros como con nuestros mismos médicos residentes y asistentes, que convierte a esta, la mejor etapa de la carrera.

CONCLUSIONES

El internado médico es una experiencia inolvidable, en la cual no solo hacemos buenos amigos, sino que también aprendemos a trabajar bajo presión, adquiriendo experiencia y anécdotas que nos van a servir para nuestra vida profesional.

En esta etapa, se va a tener interacción directa con el paciente y es aquí donde se aplicarán todos los conocimientos adquiridos durante pregrado, que serán siempre supervisados por nuestros residentes y asistentes, los cuales nos apoyarán y sus enseñanzas nos serán de mucha ayuda al momento de resolver un problema.

Aprendimos que la comunicación, empatía y mantener la calma es lo más importante al momento de atender una emergencia, y que al actuar de manera rápida y oportuna será beneficioso para que el paciente tenga un diagnóstico acertado y se pueda tratar.

La asistencia diaria del interno de medicina en el hospital es de gran ayuda para forjar carácter, aprender, adquirir experiencia y situaciones que podríamos volver a verlas en el Serums y estaremos preparados para actuar de manera eficaz.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que los años siguientes se debe recuperar los 12 meses de internado que con anterioridad se realizaba; ya que, al faltar 2 meses se pierden enseñanzas y experiencias de las especialidades que nos toca rotar.

Se recomiendo a los internos de medicina de los años posteriores poner mucho empeño durante esta etapa, que es la que más experiencia les dará y afianzará sus conocimientos inculcados en los años de pregrado.

Además de poder tener seguridad de realizar algún procedimiento que el médico residente o asistente nos permita realizar, el cual nos ayudará a afianzar nuestras destrezas y fortalezas.

También, sería conveniente forjar un ambiente laboral estable y pacífico, donde se pueda trabajar en equipo, guardando el respeto y educación para todo el personal de salud, de cualquier ámbito.

También agregar que se debería rotar por distintas especialidades y no solo enfocarse en las 4 rotaciones bases que tenemos, ya que nos ayuda a ampliar nuestras técnicas, conceptos y experiencias; para así poder enriquecer nuestro margen de aprendizaje con otras especialidades dentro del hospital.

Se debería recomendar que la elección sea mayormente en hospitales; debido a que hay mejor infraestructura, mayor cantidad de casos, mejores oportunidades de poder entrar a sala con casos clínicos únicos, que con frecuencia no se encuentran en centros de salud.

Sería óptimo implementar aulas académicas en los hospitales para un mejor desarrollo del conocimiento que puedan brindarnos los médicos durante las actividades académicas; además, ambientes para que el interno pueda descansar cómodamente y así pueda tener un mejor rendimiento en su día a día.

Asimismo, se pide la remuneración digna para los internos, porque ellos realizan una labor diaria, incluyendo domingos y feriados, y son de gran ayuda para los médicos residentes y asistentes.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Reseña Histórica de La Sanidad PNP Perú | PDF | Seguridad nacional | Cumplimiento de la ley [Internet]. Scribd. [cited 2023 Apr 14]. Available from: <https://Es.Scribd.Com/Document/440986391/Resena-Historica-De-La-Sanidad-PNP-Peru>
2. Ministro Carrasco: Nuevo Hospital de la Policía es uno de los mejores de Sudamérica [Internet]. www.gob.pe. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/mininter/noticias/542173-ministro-carrasco-nuevo-hospital-de-la-policia-es-uno-de-los-mejores-de-sudamerica>
3. Servicios y categorías del primer nivel de atención de salud [Internet]. www.gob.pe. Available from: <https://www.gob.pe/16728-servicios-y-categorias-del-primer-nivel-de-atencion-de-salud>
4. Hernández-Cortez J, De León-Rendón J, Silvia Martínez-Luna M, David Guzmán-Ortiz J, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. mx ARTÍCULO DE REVISIÓN Cirujano Apendicitis aguda: revisión de la literatura Acute appendicitis: literature review. Cirujano General [Internet]. 2019;41(1):33–8. Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v41n1/1405-0099-cg-41-01-33.pdf>
5. Alvarado A. Diagnostic Scores in Acute Appendicitis. En: Garbuzenko DV, editor. Current Issues in the Diagnostics and Treatment of Acute Appendicitis. Londres, Inglaterra: InTech; 2018. <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-9-139>
6. Carla J. Gargallo Puyuelo francisco Javier Aranguren y Miguel Ángel Simón Marco Emergencias en gastroenterología y hepatología: Colecistitis aguda [Internet]. www.elsevier.es. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-continuada-8-pdf-S1578155011700110>
7. Coto F. Colecistitis calculosa aguda: diagnóstico y manejo [Internet]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc161s.pdf>
8. Escartín A, González M, Muriel P, Cuello E, Pinillos A, Santamaría M, et al. Colecistitis aguda litiásica: aplicación de las Guías de Tokio en los criterios de gravedad. Cirugía y Cirujanos. 2020 Oct 28;89(1). Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/cicr/v89n1/2444-054X-cir-89-1-12.pdf>
9. Directora, Dra M, Karol M, Ampudia M, Independiente S, José C, et al. Comité científico equipo técnico editorial esculapio entidad editora somea cuerpo

editorial. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2019;4(8). Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7399467.pdf>

10. Guías de Práctica Clínica de Obstetricia [Internet]. Callao-Perú: Hospital San José; 2013 [citado el 12 de abril del 2023]. Disponible en: https://www.hsj.gob.pe/transparencia/documentos/datos_generales_entidad/disposiciones_emitidas/resolucion_directoral/2013/GUIAS%20DE%20OBSTETRICIA.pdf
11. Seguí Díaz M, Gervas J. El dolor lumbar. Medicina de Familia SEMERGEN [Internet]. 2002 Jan 1;28(1):21–41. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-el-dolor-lumbar-13025464>
12. Santos C, Donoso R, Ganga M, Eugenin O, Lira F, Santelices JP. DOLOR LUMBAR: REVISIÓN Y EVIDENCIA DE TRATAMIENTO. Revista Médica Clínica Las Condes. 2020 Sep;31(5-6):387–95. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-fisiopatologia-lumbalgia-13041270>
13. Díez García MA, Beika Mentxaca I, Herrero Erquiñigo JL. Lumbalgia y ciática. Farmacia Profesional [Internet]. 2003 Oct 1;17(9):66–74. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-lumbalgia-ciatica-13053074>
14. Peña Sagredo JL, Peña C, Brieva P, Pérez Núñez M, Humbría Mendiola A. Fisiopatología de la lumbalgia. Revista Española de Reumatología [Internet]. 2002 Dec 1;29(10):483–8. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-fisiopatologia-lumbalgia-13041270>
15. Carpio R, Goicochea-Lugo S, Chávez Corrales J, Santayana Calizaya N, Collins JA, Robles Recalde J, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia aguda y subaguda en el Seguro Social del Perú (EsSalud). Anales de la Facultad de Medicina. 2018 Dec 30;79(4):351. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832018000400014
16. Ortiz-Lazo E, Arriagada-Egnen C, Poehls C, Concha-Rogazy M. An Update on the Treatment and Management of Cellulitis. Actas dermo-sifiliograficas [Internet]. 2019;110(2):124–30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30390916>

17. Valderrama-Beltrán S, Cortés JA, Caro MA, Cely-Andrado L, Osorio-Pinzón JV, Gualtero SM, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de las infecciones de piel y tejidos blandos en Colombia. *Infectio* [Internet]. 2019 Sep 9;23(4):318. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922019000400318
18. Jairo D, Amín -Cirujano General A, Santander D, General SC. Guía de manejo de celulitis y abscesos guías de atención y protocolos de manejo cirugía general [Internet]. 2015 [cited 2023 Apr 18]. Available from: <http://www.hospitalsanfelix.gov.co/images/2015%202.%20Guia%20de%20Manejo%20Celulitis%20y%20Abscesos%20HSF.pdf>
19. Ortiz-Lazo E, Arriagada-Eggen C, Poehls C, Concha-Rogazy M. An Update on the Treatment and Management of Cellulitis. *Actas dermo-sifiliograficas* [Internet]. 2019;110(2):124–30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30390916>
20. Florez ID, Contreras JO, Sierra JM, Granados CM, Lozano JM, Helena Lugo L, et al. Guía de Práctica Clínica de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Diagnóstico y tratamiento. *PEDIATR* [Internet]. 2015 [citado el 11 de abril del 2023]; 48(2):29-46. Disponible en: <https://revistapediatria.org/rp/article/view/41/33>
21. Lima. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años Versión extensa Instituto Nacional de Salud [Internet]. 2017. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4221.pdf>
22. Molina-Cabañero JC. Manejo de la infección urinaria en urgencias. *Anales de Pediatría Continuada*. 2011 Jan;9(1):7–14. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-manejo-infeccion-urinaria-urgencias-S1696281811700026>
23. García Vera C. Infecciones urinarias. *Pediatría Atención Primaria* [Internet]. 2013 jun 1; 15:71–80. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000300008
24. Juan David González Rodríguez, Luis M, Fernández R. 07 infección vías urinarias. 2014; Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/07_infeccion_vias_urinarias.pdf

ANEXOS

1. ESCALA DE ALVARADO

Alvarado score	
Feature	Score
Migration of pain	1
Anorexia	1
Nausea	1
Tenderness in right lower quadrant	2
Rebound pain	1
Elevated temperature	1
Leucocytosis	2
Shift of white blood cell count to the left	1
Total	10

2. CRITERIOS DE TOKIO

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la colecistitis aguda según las Guías de Tokio

A. Signos locales de inflamación:

- Signo de Murphy
- Masa, dolor o defensa en hipocondrio derecho

B. Signos sistémicos de inflamación:

- Fiebre > 37,5 °C
- Proteína C reactiva elevada
- Leucocitosis > $10 \times 10^9/l$

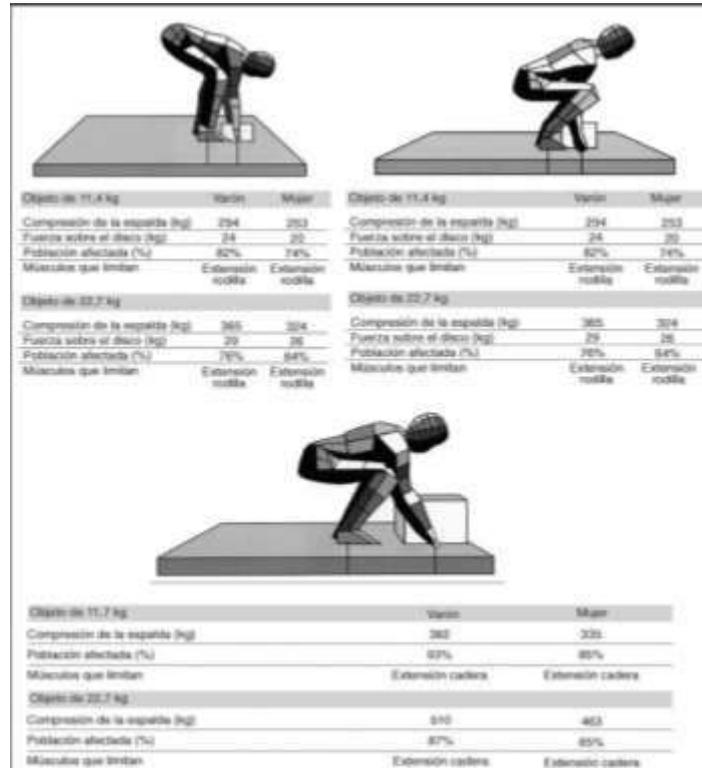
C. Imagen:

Hallazgos característicos de colecistitis aguda: edema con pared > 5 mm, vesícula distendida, Murphy radiológico, líquido perivesicular, colelitiasis.

Sospecha diagnóstica: un criterio de A + un criterio de B

Diagnóstico definitivo: un criterio de A + un criterio de B + C

3. MOVIMIENTOS SEGÚN NIOSH



Objeto de 11.4 kg	Varón	Mujer
Compresión de la espalda (kg)	315	275
L4/L5 A/P Fuerza sobre la columna (kg)	40	36
Población afectada (%)	85%	59%
Músculos que limitan	Extensión cadera derecha	Extensión cadera derecha

Objeto de 22.7 kg	Varón	Mujer
Compresión de la espalda (kg)	415	375
L4/L5 A/P Fuerza sobre la columna (kg)	43	38
Población afectada (%)	66%	18%
Músculos que limitan	Extensión cadera derecha	Extensión cadera derecha

4. FLUJOGRAMA DEL MANEJO DE LA LUMBALGIA

