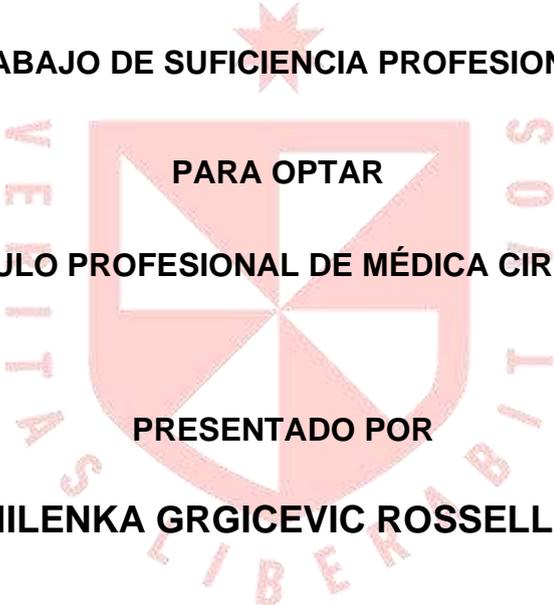


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL PNP "LUIS N SAENZ". 2023

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA
PRESENTADO POR
MILENKA GRGICEVIC ROSSELLO

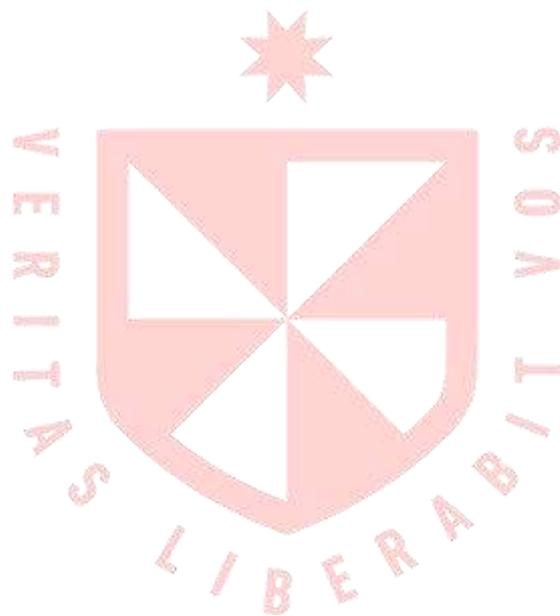


ASESOR

EDILBERTO TEMOCHE ESPINOZA

LIMA - PERÚ

2024



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL PNP “LUIS N SAENZ”. 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

MILENKA GRGICEVIC ROSSELLO

ASESOR

EDILBERTO TEMOCHE ESPINOZA

LIMA, PERÚ

2024

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. César Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

A mi madre que es mi compañera, modelo a seguir y la persona sin la cual no hubiera sido posible llegar tan lejos, por inculcarme siempre valores para ser una mejor persona y una buena profesional.

A mi padre por su apoyo incondicional para poder culminar mis estudios y por brindarme sus enseñanzas sobre la superación.

A mi abuela y a mis tías que a pesar de la distancia siempre se preocuparon por mi bienestar físico y emocional.

AGRADECIMIENTO

A los médicos que contribuyeron con mi desarrollo académico durante estos años, en especial a aquellos involucrados en la etapa del internado médico, pues tuvieron la paciencia y disposición para compartir sus enseñanzas conmigo.

A mi asesor que desde el primer momento no dudó en brindarme su apoyo en la elaboración del presente trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	5
1. Rotación en Medicina Interna.....	6
1.1. Caso clínico n.º 1	6
1.2. Caso clínico n.º 2.....	9
2. Rotación en Pediatría.....	11
2.1. Caso clínico n.º 1	11
2.2. Caso clínico n.º 2.....	15
3. Rotación en Cirugía General	18
3.1. Caso clínico n.º 1	18
3.2. Caso clínico n.º 2.....	20
4. Rotación en Ginecología y Obstetricia	23
4.1. Caso clínico n.º 1	23
4.2. Caso clínico n.º 2.....	26
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA.....	29
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	30
1. Rotación en Medicina Interna	30
1.1. Caso clínico n.º 1	30
1.2. Caso clínico n.º 2	31
2. Rotación en Pediatría	32
2.1. Caso clínico n.º 1	32
2.2. Caso clínico n.º 2	34
3. Rotación en Cirugía General.....	35
3.1. Caso clínico n.º 1	35
3.2. Caso clínico n.º 2	36
4. Rotación en Ginecología y Obstetricia.....	37
4.1. Caso clínico n.º 1	37
4.2. Caso clínico n.º 2	38
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	39
V. CONCLUSIONES.....	41
VI. RECOMENDACIONES	42
VII. FUENTES DE INFORMACION	44

RESUMEN

El presente trabajo tiene la finalidad de mostrar la experiencia de una interna de medicina humana en el Hospital Nacional PNP Luis N Sáenz (HNP NPLNS) el cual tiene características especiales propias de la institución policial que la diferencian de los sistemas del seguro social de salud (ESSALUD) o del ministerio de salud (MINSAL) durante la pandemia del SARS-COV 2, la cual todavía sigue causando estragos a nivel mundial, pero en una medida mucho menor que cuando inició. Durante el año 2023 se pudo aplicar los conocimientos médicos aprendidos en las aulas universitarias y diversos centros hospitalarios de la ciudad de Lima en los ambientes del hospital policial.

Se presentan y analizan 8 diferentes casos clínicos que nos permiten evidenciar las patologías más frecuentes en este ámbito. Desde que el paciente es ingresado por emergencia, su evolución clínica durante la hospitalización y el tratamiento efectuado hasta su egreso.

Finalmente podemos concluir que el interno de medicina humana no solo tiene el deber de fijar las capacidades y destrezas obtenidas en el período académico previo al internado, tanto en el campus universitario como en prácticas ejercidas en diversos hospitales respecto a la prevención, reconocimiento, diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías en las cuatro especialidades más esenciales para la formación del médico, sino también interesarse en brindar un trato humano a los pacientes para ser futuros médicos peruanos de calidad.

Palabras clave: Internado médico, experiencia, evolución clínica, patologías

ABSTRACT

The purpose of this work is to show the experience of a human medicine intern at the Hospital Nacional PNP Luis N Sáenz (HNPNPLNS) which has special characteristics of the police institution that differentiate it from the social health insurance (ESSALUD) or the Ministry of Health (MINSA) systems during the SARS-COV 2 pandemic, which is still wreaking havoc worldwide, but to a much lesser extent than when it started. During the year 2023 it was possible to apply the medical knowledge learned in university classrooms and various hospital centers in the city of Lima in the environments of the police hospital.

Eight different clinical cases are presented and analyzed to show the most frequent pathologies in this field. From the time the patient is admitted for emergency, his clinical evolution during hospitalization and the treatment carried out until his discharge.

Finally, we can conclude that the human medicine intern not only has the duty to fix the abilities and skills obtained in the academic period prior to the internship, both in the university campus and in practices exercised in different hospitals regarding prevention, recognition, diagnosis and treatment of the different pathologies in the four most essential specialties for the formation of the physician, but also to be interested in providing a humane treatment to patients to be future Peruvian physicians of quality.

Keywords: medical internship, experience, clinical evolution, pathologies

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO
EN EL HOSPITAL NACIONAL PNP "LUIS
N SAENZ". 2023**

AUTOR

MILENKA GRGICEVIC ROSSELLO

RECuento DE PALABRAS

12373 Words

RECuento DE CARACTERES

69298 Characters

RECuento DE PÁGINAS

50 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

256.9KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 11, 2024 9:00 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 11, 2024 9:01 AM GMT-5

● **20% de similitud general**

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

- 20% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 3% 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



07927387

0000-0003-4833-6112

INTRODUCCIÓN

El proceso de formación del médico cirujano en el Perú implica no solo el desarrollo y logro de las competencias profesionales sino una amplia vocación de servicio que culminan luego de 7 años de carrera en el internado médico.

El HNP NPLNS es un nosocomio de categoría III-1, es el centro de salud de mayor rango y referencia a nivel nacional de todo el sistema de salud policial. El complejo hospitalario cuenta con un nuevo pabellón habilitado con lo último en equipamiento y una infraestructura acorde a los países del primer mundo, así como casi todas las especialidades médicas y otras profesiones de la salud; el cual está ubicado en la cuadra 26 de la Av Brasil, en el distrito de Jesús María en la ciudad de Lima. Previo al inicio del internado se nos solicitó contar con las inmunizaciones necesarias para desarrollar nuestras labores de forma segura.

Las labores comenzaron el 01 de marzo del 2023 con unas clases de inducción sobre bioseguridad, lavado de manos, manejo de residuos sólidos y equipos de protección personal, permitiendo la disminución del riesgo de contagio y abordar al paciente de una manera más integral.

La pandemia trajo como consecuencia restricciones acerca del manejo en los diferentes pabellones hospitalarios, como disminución de aforo, empleo de EPPs, y medidas de bioseguridad como el uso de mascarillas constante. Asimismo, se implementó una moderna área de emergencia con nuevos flujos y gestión más eficiente que permitía mejorar las condiciones de admisión y tratamiento de los pacientes. Una de las medidas preventivas contra los contagios por SARS COV 2 fue la hospitalización diferenciada en zonas especiales de los pacientes con resultado antigénico o molecular COVID 19 positivos. Esta medida controló la diseminación de la enfermedad en los ambientes hospitalarios y permitió prevenir el contagio del personal sanitario.

Cabe destacar que el apreciar la constante lucha por recuperar la salud de los pacientes por parte del personal médico y asistencial observando las directivas sanitarias nacionales para la prevención del COVID 19 me permitió

observar in situ la vocación del servicio del personal sanitario comprendiendo la importancia del mismo en la recuperación de los pacientes.

En el internado médico se desarrollaron las rotaciones por las 4 especialidades principales: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía general y Gineco-obstetricia.

En el área de Medicina Interna se aplican conocimientos de las diversas especialidades como Neumología, Cardiología, Gastroenterología, Endocrinología, entre otras. Lo que queda evidenciado con la gran cantidad de patologías observadas como neumonías, Síndrome Coronario Agudo, infección del tracto urinario, pacientes con enfermedades metaxénicas procedentes de zonas endémicas, enfermedades metabólicas e infección del tracto urinario. El interno bajo supervisión permanente de los médicos residentes y asistentes se encarga de realizar diversas atenciones en el tópic de medicina en emergencia, así como realizar la historia clínica de manera exhaustiva y detallada en el piso de hospitalización para alcanzar un adecuado diagnóstico y tratamiento hasta lograr su recuperación posterior.

El departamento de pediatría está dividido en servicios, como Neonatología que se encarga de realizar la atención inmediata del neonato, se controla y administran las inmunizaciones de acuerdo al plan nacional; se efectúa el tamizaje y control neonatal. Dentro de las patologías con mayor frecuencia de presentación están las ictericias neonatales, la sepsis neonatal, y diversas patologías respiratorias como la taquipnea transitoria del recién nacido, o trastornos gastrointestinales como la Intususcepción o el reflujo gastroesofágico. Asimismo, en pediatría, se evalúa el crecimiento y el desarrollo de los niños, y a su vez realizamos la atención y asistencia de las emergencias y urgencias de gran importancia, como los síndromes febriles, síndrome de obstrucción bronquial, cuadros de diarrea agua de tipo infeccioso, gastroenteritis, como a diversos tipos de enfermedades exantemáticas como la sarampión o varicela.

En la rotación de cirugía el interno desarrolla la capacidad de reconocer las patologías quirúrgicas de emergencia más frecuentes, como la apendicitis

aguda, la colecistitis aguda calculosa, las patologías herniarias, etc. Es imprescindible en esta rotación participar del equipo quirúrgico en sala de operaciones asistiendo como ayudante en apendicectomías, colecistectomías, hernioplastias, hemicolectomías, resecciones intestinales, anastomosis u otros procedimientos quirúrgicos digestivos incluyendo la patología tumoral que es recurrente en este centro hospitalario. En el pabellón de hospitalización al interno se le designan pacientes junto con su estricto monitoreo pre y post operatorio hasta su egreso, por medio de una buena historia clínica, evaluación física y la interpretación adecuada de exámenes auxiliares complementarios. Esta actividad incluye participar de su cirugía como ayudante o instrumentista.

En el área de Ginecología y Obstetricia, se participa de las distintas actividades vinculadas a la especialidad como: controles prenatales, atención en partos, evaluación obstétrica y ginecológica la que incluye la realización de las pruebas para detección de diferentes patologías como ITS, EPI, cáncer de cérvix o de mama. Esta rotación nos permite asistir en actos quirúrgicos como cesáreas, mastectomías, legrados uterinos, histerectomías, ooforectomías, entre otros, y en consultorio a evaluar, diagnosticar y tratar las enfermedades ginecológicas y abordar apropiadamente a las gestantes.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Durante la formación profesional se alcanzaron las competencias requeridas para el buen desempeño durante la etapa del internado médico por lo que este se traduce como el momento más crucial de un estudiante de medicina humana, pues se tiene la oportunidad de aplicar esas competencias en el paciente madurando los procesos y alcanzando seguridad en el desarrollo de los mismos en beneficio del paciente y de acuerdo a la infraestructura y equipamiento del centro hospitalario que nos permita cumplir la misión de la facultad de medicina de la Universidad San Martín de Porres, la cual es instruir profesionales altamente cualificados con firmes valores morales, cívicos, humanísticos y éticos.

En esta etapa, el interno se desempeña en las 4 principales especialidades del HNP/NPLNS, las cuales son: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General y Gineco Obstetricia, cuyo objetivo principal es el adecuado desenvolvimiento durante el SERUMS para posteriormente ser un buen profesional cualificado. Asimismo, en el HNP/NPLNS el interno rotó en diferentes especialidades relacionadas a la rotación de Cirugía General como, por ejemplo: Cirugía plástica, Traumatología, Urología, Cirugía de tórax y cardiovascular, entre otras especialidades quirúrgicas.

El interno está en constante contacto con los pacientes durante cada guardia en cada rotación, esto le permitirá distinguir los principales factores de riesgo y desencadenantes, signos y síntomas relacionados, evolución clínica, manejo y tratamiento de las patologías encontradas hasta el día de su egreso.

1. Rotación en Medicina Interna

1.1. Caso clínico n.º 1

Anamnesis

Paciente de sexo masculino de 61 años, natural de La Libertad, es traído a emergencia con un período de enfermedad de 3 días que inicia de manera insidiosa con un curso progresivo, caracterizado por aumento de volumen de miembro inferior izquierdo con signos de flogosis y “tras rascarse la pierna”

refiere que nota en región posterior de la pierna izquierda: prurito, eritema y edema, además de lesiones ampulares en dicha zona. Asimismo, refiere dolor a la deambulación, fiebre, cefalea y disminución del apetito.

Antecedentes

- Patológicos: Reacción adversa a penicilinas, gastritis crónica en tratamiento con Omeprazol 20 mg. 1 tableta vía oral cada 24 horas.
- Quirúrgicos: Artroscopia de rodilla izquierda por desgarro de meniscos hace 8 años.
- Familiares: Padres con diabetes mellitus.

Examen físico

En emergencia las funciones vitales fueron: PA: 120/60 mmHg, FC: 140 lpm, FR: 24 rpm, SatO₂: 98%, T°: 39°C, peso: 86 kg y talla: 1.68 m. IMC: 30.5

- Estado general: AREG, AREN, AREH
- Piel y mucosa: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos.
- Tórax y pulmones: amplexación adecuada, murmullo vesicular transcurre bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, sin dolor a la palpación
- Genitourinario: PRU (-) PPL (-). Conservado
- Miembro inferior izquierdo: En pierna izquierda se aprecia una lesión edematosa, con signos de flogosis, zonas ulceradas y vesículas de 2x2 cm. en zona posterior, la lesión en su totalidad abarca desde la zona media hasta el talón.
- SNC: despierto, sin signos meníngeos, LOTEPE. Glasgow 15/15.

Diagnósticos presuntivos

1. Celulitis de miembro inferior izquierdo
2. Obesidad tipo 1

Plan de trabajo

1. Se pide un hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, PCR y el paciente es puesto en observación.
2. Clindamicina 600 mg. cada 8 horas EV.
3. Metamizol 1 gr. cada 8 horas EV para disminuir la fiebre.
4. Tramadol 50 mg. SC condicional a dolor.
5. Hidratación con cloruro de sodio 0.9% 1000 cc a 30 gotas.
6. Reevaluación con resultados laboratoriales

Laboratorio: Leucocitos: 10×10^3 /uL, hemoglobina: 14 g/dL, hematocrito: 40.5%, plaquetas: 201×10^3 /uL, segmentados: 74.1%, glucosa: 97 mg/dl, urea: 17.1 mg/dL, creatinina: 0.99 mg/dL, PCR: 20.5 mg/dL.

Los diagnósticos definitivos planteados son: Celulitis de miembro inferior izquierdo y obesidad tipo 1, motivo por el cual es hospitalizado para empezar tratamiento antibiótico.

Al segundo día de hospitalización, al no haber mejoría, se rota el tratamiento antibiótico con imipenem 1 gr. EV cada 8 horas + Vancomicina 1 gr. EV cada 12 horas.

Plan de trabajo durante hospitalización

1. Radiografía de miembro inferior izquierdo.
2. Ecografía Doppler venosa de miembros inferiores.
3. Nuevo control de laboratorio.
4. Reevaluación con resultados.

Exámenes auxiliares durante la hospitalización:

- Laboratorio: leucocitos: 7×10^3 /uL, hemoglobina: 14 g/dL, segmentados: 67%, TGO: 161 U/l, TGP: 168 U/l, Colesterol LDL: 148

mg/dl, Colesterol HDL: 24 mg/dl, colesterol total de 200 mg/dl y PCR: 4.5 mg/dL; todo esto nos indica hipercolesterolemia y dislipidemia, motivo por el cual se le realiza una prueba de hemoglobina glicosilada que finalmente no indica diabetes mellitus.

- Radiografía de miembro inferior izquierdo: Entesopatía cálcica retroaquílea
- Ecografía Doppler venosa: No se evidencian signos de trombosis.

Tratamiento

1. Dieta blanda hipograsa, sin lácteos
2. Imipenem 1 gr. EV cada 8 horas + Vancomicina 1 gr. EV cada 12 horas.
3. Omeprazol 40 mg. c/ 24 horas EV
4. Enoxaparina 40 mg. c/24 horas SC
5. Atorvastatina 10 mg. vía oral 1 tableta cada 24 horas
6. Metamizol 1 gr. EV condicionado a $T^{\circ} > \text{ó igual a } 38.5^{\circ}\text{C}$
7. Tramadol 50 mg. condicionado a dolor
8. NaCl 0.9% 100 cc
9. Metoclopramida 10 mg. EV cada 8 horas
10. Simeticona 80 mg. 30 gotas vía oral cada 8 horas
11. Dieta blanda hipograsa
12. CFV + BHE

El paciente con el pasar de los días presenta una evolución clínica favorable, refiriendo disminución del volumen y dolor en la lesión lo cual le permite deambular, se realizan curaciones diarias con Nitrofuril tópico y al finalizar cobertura antibiótica luego de dos semanas es dado de alta con indicaciones médicas para el correcto cuidado de la lesión y concurrencia a consultorio externo de Endocrinología y Nutrición.

1.2. Caso clínico n.º 2

Anamnesis

Paciente de sexo femenino de 42 años, natural de Pueblo Libre, no presenta antecedentes de interés médico, es traída a emergencia con un período de

enfermedad de dos días que inicia de manera insidiosa con un curso progresivo, refiere dolor lumbar de gran intensidad, disuria, polaquiuria, cefalea, sensación de alza térmica no cuantificada y escalofríos, náuseas que no desencadenan vómitos e intolerancia oral. No refiere antecedentes de importancia.

Examen físico

Los signos vitales en emergencia fueron: FC: 108 lpm, FR: 24 rpm, T: 38.5°C, y SatO2: 98%

- Estado general: AREG, AREN, AREH
- Piel y mucosa: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda
- Genitourinario: PRU (+) PPL (+). Diuresis espontánea
- SNC: despierta, obedece ordenes simples, sin signos meníngeos, sin signos de focalización, LOTEP. Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica

1. Infección del tracto urinario: D/C Pielonefritis aguda

Plan de trabajo

1. Se pide hemograma completo, urea, creatinina, PCR, examen de orina y urocultivo.
2. Metamizol 1 gr. EV para disminuir la fiebre.
3. Vía salinizada e hidratación con cloruro de sodio.
4. No se inicia cobertura antibiótica hasta obtener resultados de laboratorio.

Reevaluación con resultados

El hemograma muestra leucocitos: 9.5×10^3 / μ L, segmentados: 76.8%, Hb: 12.8 g/dL plaquetas: 459×10^3 / μ L, creatinina: 0.76 mg/dL, urea: 17.1 mg/dL, PCR: 7.6 mg/dL. En el examen de orina patológico se identifican: escasas células epiteliales, 75 leucocitos por campo, 10 hematíes por campo.

Una vez confirmado el diagnóstico de una infección urinaria no complicada por Pielonefritis aguda, debido a la intolerancia oral y náuseas constantes se determina su hospitalización y se empieza antibioticoterapia con Ceftriaxona 2 gr EV. cada 24 horas e hidratación por vía endovenosa.

Tratamiento

1. Ceftriaxona 2 gr. EV cada 24 horas
2. Omeprazol 40 mg. EV cada 24 horas
3. Metamizol 1 gr. + cloruro de sodio 100 ml. cada 8 horas
4. Dimenhidrinato 50 mg. condicionado a náuseas y tramadol 100 mg. EV condicional a dolor moderado.
5. CFV + BHE

Durante el tiempo de hospitalización la paciente cursó hemodinámicamente estable, afebril; al tercer día de hospitalización se recibió resultado de urocultivo donde se aisló *escherichia coli*, por lo que se continúa con la antibioticoterapia. Al completar el séptimo día de tratamiento antibiótico se le realiza un hemograma y examen de orina de control, el cual mostró leucocitos: 5.4×10^3 / μ L, abastionados: 0%, segmentados: 48.4% Hb: 12.1 g/dL, plaquetas: 311×10^3 / μ L y un examen de orina no patológico motivo por el cual se le da el alta hospitalaria y se indica control en una semana por consultorio externo de Medicina interna.

2. Rotación en Pediatría

2.1. Caso clínico n.º 1

Anamnesis

Paciente femenina escolar de 6 años natural de Comas cuya madre refiere un período de enfermedad de cinco días que inicia de manera insidiosa con un

curso progresivo, caracterizado por episodios de tos no productiva asociada a dificultad respiratoria moderada, dos días antes del ingreso se agrega hiporexia, cefalea, un episodio de vómito y dos episodios de diarrea no sanguinolenta, un día antes del ingreso presenta un aumento de los episodios de tos junto con dolor abdominal difuso y 3 episodios de deposiciones líquidas no sanguinolentas, por lo cual fue traída a la emergencia del nosocomio.

Antecedentes

- Personales patológicos: Uso de inhalador no especificado a los 4 años por broncoespasmo
- Familiares patológicos: Hermana mayor con dengue sin signos de alarma una semana antes de la concurrencia de la paciente a emergencia.

Examen físico

En emergencia las funciones vitales fueron: FC: 108 lpm, FR: 24 rpm, T°: 38 C, Peso: 25.5 Kg. y SatO₂: 94%

- Piel y mucosa: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos.
- Tejido celular subcutáneo: Simétrico, sin presencia de edemas
- Orofaringe: No congestiva
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular disminuido en ambos hemitórax, con presencia de sibilantes difusos espiratorios, crépitos bibasales en 1/3 medio de hemitórax derecho y tiraje subcostal.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos positivos, blando, depresible, difuso a la palpación profunda en epigastrio y en hemi abdomen inferior.
- Aparato locomotor: Rangos articulares conservados
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-)

- SNC: Despierta, reactivo a estímulos, pupilas isocóricas fotorreactivas, Glasgow 15/15.

Diagnósticos presuntivos

1. Neumonía adquirida en la comunidad (NAC)
2. Crisis asmática moderada
3. Dengue sin signos de alarma

Plan de trabajo en emergencia

1. Se solicita hemograma, PCR, electrolitos, perfil hepático e inmunobioquímico, radiografía de tórax, hemocultivo, urocultivo, examen de orina, prueba rápida para detección de antígeno NS1 y prueba antigénica para descartar infección por COVID-19.
2. Metamizol 1 gr/ 2 ml. ampolla EV STAT (1.3 ml) para disminuir la fiebre e hidratación endovenosa.
3. No iniciar antibioticoterapia hasta obtener los resultados del laboratorio.
4. Reevaluación con resultados.

Los resultados del hemograma demostraron un proceso infeccioso agudo: Leucocitos: 20×10^3 /uL, Hb: 12.7 g/dL, Hto: 38.2 %, Segmentados 86.5%, linfocitos: 9.5%, plaquetas: 421×10^3 /uL, PCR: 6.6 mg/dL, Glucosa: 131 mg/dL, urea: 34.2 mg/dL, creatinina: 0.53 mg/dL, Na: 143 mmol/L, K: 4.1 mmol/L, Cl: 107 mmol/L; prueba rápida para detección de antígeno NS1 negativa y prueba antigénica COVID-19 negativa, perfil hepático e inmunobioquímico sin alteraciones, examen de orina negativo y en la radiografía de tórax se apreciaba un infiltrado localizado con opacidad en ambos campos pulmonares con refuerzo de la trama vascular.

Diagnósticos definitivos

1. NAC
2. Crisis asmática moderada

Plan de trabajo

1. Hospitalización por el servicio de Pediatría
2. Antibioticoterapia con Ceftriaxona 10.2 ml EV c/ 12 horas (80 mg/kg/día)
3. Terapia de rescate
4. Seguimiento del urocultivo
5. Interconsulta a Medicina física y de rehabilitación para indicaciones de terapia respiratoria
6. Reevaluación con resultados

Tratamiento

1. Dieta completa + LAV a tolerancia
2. Ceftriaxona 10.2 ml EV c/ 12 horas (80 mg/kg/día)
3. Salbutamol 100 mcg (3 puff c/ 3 horas por aerocámara), Bromuro de Ipratropio 20 mcg (3 puff c/ 4 horas por aerocámara) y Metilprednisolona 0.4 ml. EV c/ 6 horas (Dosis de ataque: 2 mg/kg/día y de mantenimiento: 1 mg/kg/día)
4. Simeticona 80 mg/ml (30 gotas vía oral condicional a cólico abdominal)
5. Metamizol 1 g/2 ml (1.3 ml EV condicional a T° mayor o igual a 38 °C)
6. Elevación de cabecera a 45 °
7. Oxigenoterapia con cánula binasal a 2 L. si la SatO2 es menor a 92%
8. Control de funciones vitales + observación de signos de alarma + balance hidroelectrolítico

Reevaluación con resultados

La paciente al día siguiente de su hospitalización presenta una mejoría con respecto a la tolerancia oral, niega fiebre, deposiciones líquidas y signos de deshidratación e hipoperfusión tisular. El urocultivo solicitado fue negativo, procediéndose a continuar con el tratamiento anteriormente indicado adicionando terapia respiratoria con inspirómetro de incentivo cada 4 horas por 10 minutos indicada en interconsulta por la especialidad de medicina física y de rehabilitación.

Al examen físico: En tórax y pulmones se auscultan sibilantes inspiratorios y espiratorios sin tirajes

Plan de trabajo final

1. Se solicita un nuevo control de hemograma que da como resultados: leucocitos: $13 \times 10^3 / \mu\text{L}$, Hb: 12.1 g/dL, Hcto: 37.2 %, segmentados: 74% y PCR: 2.7 mg/dL. Los cuales indican una respuesta favorable al tratamiento.

Paciente con signos vitales estables es dada de alta al completar el tratamiento antibiótico endovenoso y al haber mejorado a nivel respiratorio. Se dan las indicaciones de alta con tratamiento ambulatorio a madre de la menor.

Tratamiento ambulatorio

1. Dieta completa hipoalergénica y rica en fibra
2. Paracetamol 120 mg/ 5 ml (15 ml. por vía oral condicional a $T^\circ > 38^\circ\text{C}$)
3. Simeticona 80 mg/ml (30 gotas vía oral condicional a cólico abdominal)
4. Cefuroxima 250 mg/5 ml (9 ml c/12 horas por vía oral por 3 días)
5. Salbutamol 100 mcg (2 puff cada 4 horas) hasta cese de tos
6. Budesonida 200 mcg (2 puff cada 12 horas de forma continua)
7. Concurrencia por consultorio de Inmunología para control
8. Cita por consultorio de Pediatría en 1 semana.

2.2. Caso clínico n.º 2

Anamnesis

Paciente varón lactante menor de 10 meses de edad natural de SJM, acude a consultorio externo con su madre con un período de enfermedad de 3 meses que inicia de manera insidiosa con un curso progresivo en donde indica que su hijo duerme mucho, presenta decaimiento, apatía y rechaza jugar. Funciones biológicas: En las funciones biológicas del paciente destacan un apetito disminuido, deposiciones semilíquidas con moco y rasgos de sangre desde los 3 meses de edad 3 a 5 veces al día y alteración en la ganancia de peso (no hay cambios desde hace 2 meses).

Antecedentes

- Personales fisiológicos: Cesárea por placenta previa, edad gestacional 36 semanas, peso al nacimiento 2300 gr. Apgar 6 al primer minuto y 8 al quinto minuto. En la alimentación recibió lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses, luego lactancia mixta debido a que su madre trabajaba todo el día. En el centro de salud de primer nivel al cual acudió previamente cerca de su domicilio le indicaron empezar alimentación complementaria a los 6 meses de edad debido a la presencia de heces semilíquidas.

Control a los 7 meses de edad: Peso: 8.6 kg. Talla: 70 cm. FC: 108 lpm. FR: 34 rpm. SatO2: 96%. T°: 36.6 °C, Despierto, activo, juega por momentos y luego desea recostarse, apatía

- Personales patológicos: Sometido a fototerapia al 5to día de vida debido a incompatibilidad ABO (grupo sanguíneo de la madre O+ y del recién nacido A+). Refiere que recibe hierro oral 2 mg/kg/día desde los 6 meses de edad.

Examen físico

Los signos vitales en consultorio fueron: Peso: 9 kg. Talla: 73 cm. PC: 45 cm. FC: 107 lpm, FR: 32 rpm, T °: 37 °C, SatO2: 97%.

- Piel y mucosa: tibia, pálida +/-, llenado capilar < 2seg. No cianosis.
- Orofaringe: no congestiva.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular transcurre en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Blando, depresible, RHA (+). Span hepático 3cm aprox. No se palpa bazo.
- Genitales externos: Masculino, testículos en bolsas escrotales.
- Aparato locomotor: Moviliza 4 extremidades

- SNC: Despierto, activo, juega por momentos, apatía, no signos de focalización. Tono conservado, fuerza conservada.

Plan de trabajo

1. Hemograma, examen Thevenon, coprocultivo
2. Reevaluación con resultados de hemograma en 2 horas

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos: 9.6×10^3 /uL, Hemoglobina: 7.9 g/dl, hematocrito: 25%, VCM: 67 fL, HCM: 27 pg, CHCM: 28 g/dl, plaquetas: 325×10^3 /uL

Diagnóstico definitivo

1. Anemia ferropénica moderada

Tratamiento

1. Jarabe de sulfato ferroso 3 mg/kg/día (dosis máxima: 70 mg/día o 5 cucharaditas del jarabe) durante 6 meses continuos con los respectivos controles al primer mes, 3 meses y 6 meses de empezado el tratamiento.

Plan de trabajo

1. Seguimiento de resultados de examen Thevenon y Coprocultivo los cuales dieron como resultados: Examen Thevenon positivo con presencia de 10-15 hematíes por campo y moco ++/+++, coprocultivo negativo.

El presente caso clínico nos permite apreciar en el paciente una deficiencia de hierro debido a una dieta pobre desde una edad muy temprana. La evolución fue favorable observándose un incremento progresivo de la hemoglobina y el cese de las deposiciones líquidas durante los controles correspondientes para finalmente apreciar en el último control una hemoglobina de 11.5 mg/dl, en consecuencia el paciente es dado de alta médica con las instrucciones correspondientes explicadas a su madre para una adecuada alimentación acorde a su edad.

3. Rotación en Cirugía General

3.1. Caso clínico n.º 1

Anamnesis

Paciente de sexo femenino de 57 años con el grado de Suboficial de tercera, natural de Los Olivos, acude a emergencia con un período de enfermedad de 4 días que inicia de manera insidiosa con un curso progresivo caracterizado por dolor abdominal tipo cólico que inicia a nivel de epigastrio de intensidad 6/10 y que con el pasar de las horas migra a hipocondrio derecho y no cede con analgésicos y está asociado a náuseas que llegan al vómito en 3 oportunidades de contenido alimentario e hiporexia por lo cual decide acudir al hospital. No refiere antecedentes de importancia médica.

Examen físico

En emergencia las funciones vitales fueron: FC: 90 lpm, FR: 19 rpm, T: 37C, SAT:97%, PA: 110/60 mmHg

- Piel y mucosa: T/H/E, llenado capilar <2 seg. no hay presencia de cianosis, ictericia y palidez
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular transcurre en ambos hemitórax, no ruidos agregados. No hay presencia de tirajes.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Distendido, RHA presentes, a la palpación se encuentra blando, depresible, no masas, doloroso a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho y signo de Murphy (+). timpánico a la percusión
- Genitourinario: PRU (-), PPL (-)
- SNC: LOTEPE, sin signos meníngeos ni de focalización.

Impresiones diagnósticas

1. Síndrome doloroso abdominal + síndrome emético: A descartar Colecistitis aguda calculosa

Plan de trabajo

1. Exámenes de laboratorio prequirúrgicos: hemograma, perfil de coagulación, perfil hepático, examen de orina, grupo y factor sanguíneo, amilasa, lipasa, urea, creatinina y PCR.
2. Ecografía abdominal superior
3. Se indica NPO, Ceftriaxona 2g EV c/8h, Metronidazol 500mg EV c/8h Ketoprofeno 100 mg EV c/8h, Omeprazol 40 mg EV c/24h Dextrosa 5% 1000 cc, NaCl 20% 1 ampolla KCl 20% 1 ampolla de Metamizol 1 g condicional a fiebre.

Resultados de exámenes auxiliares

- Laboratorio: Leucocitos: 14.59×10^3 /uL, HB: 13 g/dL, segmentados: 72.7%, linfocitos: 18.9 %, examen de orina sin alteraciones, TGO: 61 U/l, TGP: 41 U/l, INR: 1, TP: 13.1 seg, glucosa: 103 mg/dL, urea: 17.1 mg/dL, creatinina: 0.58 mg/dL, Fosfatasa Alcalina: 108 U/l, GGTP: 112 U/L, Bilirrubina Total: 0.6 mg/dL, Bilirrubina Directa: 0.3 mg/dL, Bilirrubina Indirecta: 0.3 mg/dL, amilasa: 51 U/l y lipasa: 40 U/l, PCR: 11.7 mg/dL. Grupo y factor sanguíneos: A+
- Ecografía abdominal superior con los siguientes resultados: Una vesícula biliar de aspecto hidrópico, medidas de 103x40 mm, paredes engrosadas de 6.9 mm de espesor con doble halo perivesicular, cuyo contenido es de una imagen litiásica de 23 mm y barro biliar.

Plan de trabajo

1. Se confirma un proceso inflamatorio por una Colecistitis aguda calculosa por lo cual se decide intervenir quirúrgicamente mediante una colecistectomía laparoscópica de emergencia por lo cual se solicitan los riesgos quirúrgicos. El paciente queda en NPO.

El informe operatorio consignó: Vesícula biliar de 14x6 cm plastronada por epiplón, con pared edematosa, bilis clara y purulenta con un lito en su interior de 20 mm, un conducto cístico de 4mm, arteria cística de 3 mm e hígado con adherencias firmes a peritoneo parietal con signos de

esteatosis moderada. Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA).

Tratamiento

1. NPO con posterior tolerancia oral luego de 8 horas, hidratación parenteral con NaCl 0.9% 1000cc (1 frasco) + Dextrosa 5% 1000 cc + KCl 20% (1 ampolla) + NaCl 20% (1 ampolla), ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas, Dimenhidrinato 50 mg EV cada 12 horas con Tramadol 100 mg EV condicional a dolor y náuseas, omeprazol 40 mg EV cada 24 horas, Ceftriaxona 1 gr. c/12 horas EV y Metronidazol 500mg EV cada 8 horas.

Mientras cursa su estancia hospitalaria, la paciente está hemodinámicamente estable, el dolor fue disminuyendo de forma progresiva por medio de analgésicos administrados por vía endovenosa y se le brindó dieta baja en grasa.

Plan de trabajo durante hospitalización e indicaciones de alta

1. Se le realizó un hemograma control post quirúrgico cuyos resultados fueron: leucocitos: 11.7×10^3 /uL, Hb 12.1 g/dL, segmentados 59.6% linfocitos: 29.2 %, PCR: 4.3 mg/dL, por lo que es dada de alta al segundo día de su hospitalización con tratamiento analgésico y antibiótico (Paracetamol 500 mg. 1 tableta vía oral cada 8 horas por 3 días y Cefuroxima 500 mg. 1 tableta vía oral cada 12 horas por 5 días) e indicaciones de dieta hipograsa, programando su cita para su control postoperatorio en 5 días por consultorio externo de cirugía general.

3.2. Caso clínico n.º 2

Anamnesis

Paciente de sexo masculino de 60 años natural de Villa María del Triunfo con un período de enfermedad de 2 días que inicia de manera insidiosa con un curso progresivo refiere dolor tipo cólico en epigastrio de intensidad 10/10,

asociado a náuseas y vómitos en 4 oportunidades, con el pasar de las horas el dolor se desplaza a fosa iliaca derecha. Refiere deposiciones líquidas y SAT, razón por la cual decide acudir a emergencia del nosocomio.

Antecedentes personales

- Reacción adversa a penicilinas

Examen físico

En emergencia las funciones vitales fueron: FC: 84 lpm, FR: 18 rpm, T: 37.5C, SAT:98%, PA: 120/80 mmHg.

- Piel y TSCS: T/H/E, llenado capilar <2 seg. no cianosis, no ictericia, no palidez.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados. No hay presencia de tirajes
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Globuloso, RHA presentes, blando, depresible, no masas, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha y signos de McBurney (+) y Dunphy (+). timpánico conservado a la percusión
- Genitourinario: PRU (-), PPL (-)
- SNC: LOTEPE, no signos meníngeos, no focalización.

Se maneja el diagnóstico definitivo de Apendicitis aguda complicada, pasando a observación, para esperar su turno quirúrgico.

Plan de trabajo

1. Apendicectomía laparoscópica de emergencia
2. Se solicitaron riesgos y exámenes de laboratorio prequirúrgicos
3. Se le indica NPO y se le prescribe Ceftriaxona 2g EV c/8h, Metronidazol 500mg EV c/8h, Ketoprofeno 100 mg EV c/8h, Omeprazol 40 mg EV c/24h, NaCl 20% 1 ampolla KCl 20%, Dimenhidrinato 50 mg. EV + Tramadol 100 mg. EV cada 12 horas, 1 ampolla Metamizol 1 g. condicional a fiebre.

Resultados de exámenes auxiliares

- Laboratorio: Leucocitos: 18.86 x10.e3 /uL, HB: 16.6 g/dL, segmentados: 86.7%, linfocitos: 8.5%, examen de orina sin alteraciones, TGO: 61 U/I, TGP: 41 U/I, INR: 1.2, TP: 15 seg, glucosa: 98 mg/dL, urea: 32.1 mg/dL, creatinina: 1.06 mg/dL, PCR: 9.5 mg/dL. Grupo y factor sanguíneo A+.

El reporte operatorio consignó: Apéndice cecal de 8x2 cm perforado en su 1/3 medio y proximal, necrosada en toda su extensión con 2 fecalitos libres en cavidad. Plastronada por epiplón y asas delgadas, con secreción purulenta de 20 mL. aproximadamente en espacio parietocólico derecho y en fondo de saco rectovesical de aproximadamente 30 mL. Se realiza una apendicectomía laparoscópica y un lavado de cavidad. El diagnóstico definitivo fue una apendicitis aguda complicada + peritonitis difusa. Paciente tolera cirugía y pasa a recuperación con funciones vitales estables ventilando espontáneamente.

Tratamiento

1. NPO, hidratación parenteral con NaCl 0.9% 1000cc (1 frasco) + Dextrosa 5% 1000 cc + KCl 20% (1 ampolla) + NaCl 20% (1 ampolla), ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas, dimenhidrinato 50 mg EV cada 12 horas con Tramadol 100 mg EV condicional a dolor y náuseas, omeprazol 40 mg EV cada 24 horas, Ceftriaxona 1 gr. c/12 horas EV y metronidazol 500mg EV cada 8 horas.

El paciente durante la hospitalización no presenta interurrencias, el dolor fue disminuyendo favorablemente con tratamiento analgésico.

Plan de trabajo e indicaciones de alta

1. Se le realizó un hemograma control post quirúrgico: leucocitos 13.65 x10.e3 /uL, Hb 14 g/dL, segmentados 54.6% linfocitos: 29.7 %, PCR: 5 mg/dL, motivo por el cual se le da el alta médica al tercer día de su estancia hospitalaria con un tratamiento basado en analgesia y antibioticoterapia (Paracetamol 500 mg. 1 tableta vía oral cada 8 horas

por 3 días y Cefuroxima 500 mg. 1 tableta vía oral cada 12 horas por 5 días), indicación de dieta completa más lavado de la herida operatoria con agua y jabón diario. Se programa su cita para control postoperatorio en 5 días por consultorio externo de cirugía general.

4. Rotación en Ginecología y Obstetricia

4.1. Caso clínico n.º 1

Anamnesis

Paciente primigesta de 35 años con un período de enfermedad de 2 semanas que inicia de manera insidiosa con un curso progresivo es traída a emergencia por presentar prurito generalizado, percibir disminución de movimientos fetales, niega pérdida de líquido vía vaginal o pérdida sangrado vaginal. Presenta resultados de ácidos biliares: 21 mmol/l. realizados de manera particular 1 día antes de acudir al nosocomio.

Antecedentes gineco obstétricos

- Menarquia: 13 años
- Régimen catamenial: 4
- Inicio de relaciones sexuales: 17 años
- Andría: 2
- FUR: 29/11/2022
- Fórmula obstétrica: G1 P000
- EG: 36 semanas 2 días por FUR
- FPP: 05/09/2023

Examen físico

Los signos vitales en emergencia fueron: FC: 80 lpm, FR:18 rpm, PA:100/60 mmHg, T: 36.7°C.

- Piel y mucosas: Tibia, hidratada, elástica, palidez +/-+++
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, no ruidos Agregados. No tirajes

- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, no se auscultan soplos.
- Abdomen: útero grávido, ruidos hidroaéreos presentes, Altura uterina: 32 cm. en longitudinal, cefálico, izquierdo; Latidos cardiacos fetales: 135 x', dinámica uterina ausente, tono conservado, blando, no doloroso a la palpación superficial ni profunda
- Genitales externos: Sin alteraciones, no lesiones, no sangrado
- Especuloscopía: Abundante flujo vaginal blanquecino, cérvix cerrado, blando, posterior, incorporado: 0%, altura de presentación: -3.
- SNC: Despierta, LOTEP, Glasgow 15/15.

Diagnósticos presuntivos

1. Gestación de 36 semanas y 2 días por FUR
2. Colestasis gestacional
3. Vulvovaginitis
4. ARO: Edad materna avanzada, sin controles prenatales

Plan de trabajo

1. Prueba de bienestar fetal, perfil de gestante (ecografía obstétrica), hemograma, perfil hepático, perfil de coagulación, perfil bioquímico, globulina, albumina, proteínas totales, grupo y factor sanguíneo, examen de orina.
2. Reevaluación con resultados

Reevaluación

- Laboratorio: Leucocitos: 6.7×10^3 /uL, plaquetas: 213×10^3 /uL, TP: 11.1 seg, TTPa: 30.1 seg, Fibrinógeno: 589 g/l, Grupo sanguíneo O+, RH +; Examen de orina: Leucocitos: 60-70 x campo, células epiteliales abundantes, gérmenes +++/+++. Bioquímica: glucosa: 74 mg/dL, urea: 22 mg/dL, creatinina: 0.71 mg/dL, Bilirrubinas totales: 0.68 mg/dL, B. Directa: 0.40 mg/dL, Proteínas totales: 7.3 g/dL, albumina: 3.1 U/l, globulina, 4.2 g/L, TGO: 122 U/l, TGP: 169 U/l. Podemos apreciar transaminasas elevadas junto con un examen de orina patológico.

- Ecografía obstétrica: Gestación única activa de 36 semanas y 2 días, PEF: 2973 gr., placenta corporal anterior, ILA 12, Doppler normal.

Plan de trabajo

1. Paciente es hospitalizada para manejo y control de la gestación
2. Hidratación endovenosa con cloruro de sodio 0.9% 1000 cc
3. Ácido Ursodesoxicólico 300 mg. 1 tableta vía oral cada 8 horas
4. Clotrimazol 500 mg. vía vaginal 1 dosis por la noche
5. Monitoreo de bienestar fetal
6. Se solicita una nueva ecografía Doppler fetal
7. Se solicita una nueva prueba de ácidos biliares

Durante la hospitalización la ecografía Doppler fetal no indicó alteraciones, el nivel de ácidos biliares fue de 27.7 mmol/l, indicando un riesgo moderado de severidad; esto junto al empeoramiento del prurito en la paciente, el cual se torna incesante, traen como consecuencia la finalización de la gestación en la semana n.º 37, independientemente de la categoría de riesgo.

Plan de trabajo con reevaluación de resultados

1. 2 ciclos de maduración cervical durante dos días, el primero con 2 dosis de Misoprostol 25 ug cada 6 horas y el segundo con cloruro de sodio + oxitocina 5 UI (8 gotas) por 12 horas, con indicación de pasar a centro obstétrico al culminar maduración.

Es reevaluada nuevamente por médico asistente de turno que encuentra al examen físico: DU: 1-2/10 minutos, Al tacto vaginal: cérvix posterior, dehiscente 1 dedo, Incorporación: 50%. Por lo tanto, la maduración cervical fue fallida y se programa una cesárea de emergencia.

Hallazgos: Recién nacido vivo, sexo masculino, peso: 3220 kg, Talla: 47.5, Apgar: 8-9 al primer minuto y al quinto minuto. Placenta normal; líquido amniótico claro.

Finalmente, la paciente es dada de alta al segundo día post cesárea con evolución favorable luego de haber recibido los cuidados postoperatorios

correspondientes, se le indica al alta Cefalexina 500 mg. 1 tableta vía oral cada 8 horas por 5 días, Ketorolaco 10 mg. 1 tableta vía oral cada 8 horas por 5 días, Simeticona 80 mg 1 tableta cada 8 horas por 3 días y control por consultorio externo en 1 semana.

4.2. Caso clínico n.º 2

Anamnesis

Paciente de sexo femenino de 58 años con un período de enfermedad real de 3 años que empezó de manera insidioso con un curso progresivo acude a consultorio externo de ginecología por sensación de bulto a nivel vaginal que con el pasar de los años fue incrementando, la protrusión se reduce espontáneamente al sentarse o acostarse. Hace 3 meses dicha sensación genera malestar durante las actividades cotidianas e interfiere con vida social.

Antecedentes gineco obstétricos

- Menarquia: 13 años
- Régimen catamenial: 4
- Inicio de relaciones sexuales: 18 años
- Andria: 2
- FUR: 50 años de edad
- Intervención quirúrgica previa: Ligadura de trompas bilateral (2009)
- Fórmula obstétrica: G8 P8008

G1: 1983 parto eutócico. Peso: 3500 g

G2: 1988 parto eutócico. Peso: 3650 g

G3: 1990 parto eutócico. Peso: 3900 g

G4: 1996 parto eutócico. Peso: 3325 g

G5: 1998 parto eutócico. Peso: 3800 g

G6: 2001 parto eutócico. Peso: 3420 g

G7: 2006 parto eutócico. Peso: 4018 g

G8: 2008 parto eutócico. Peso: 3300 g

Examen físico

En consultorio las funciones vitales fueron: FC: 83 lpm, FR: 20 rpm, PA: 120/90 mmHg, T: 37°C, SatO2: 99%

- Piel y mucosas: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, no ruidos Agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, no se auscultan soplos.
- Abdomen: No distendido, RHA (++/+++), blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. No reacción peritoneal
- Genitales externos: No lesiones, no sangrado. Se aprecia prolapso de cúpula vaginal a la maniobra de Valsalva.
- Tacto vaginal: Se reduce manualmente el prolapso. POPQ: Ba: +5 LTV: 7 cm.
- SNC: Despierta, LOTEP, Glasgow 15/15.

Diagnósticos definitivos

1. Distopia genital total grado IV POPQ Ba +5

Plan de trabajo

1. Se hospitaliza a la paciente para cirugía electiva y realizarle los exámenes prequirúrgicos correspondientes.

Resultados de exámenes auxiliares

- Laboratorio: leucocitos: 4.95×10^3 /uL, hemoglobina: 12.2 g/dL, plaquetas: 313×10^3 /uL, segmentados: 35.6%, linfocitos: 53.3%, TP: 12.3 seg, TPP: 35.7 seg, glucosa: 91 mg/dL, urea: 40.7 mg/dL, creatinina: 0.88 mg/dL y examen de orina no patológico.

La paciente es apta para procedimiento quirúrgico y un día antes de la intervención se le coloca Cefazolina 1 gr. EV y se indica NPO.

Procedimiento quirúrgico realizado: Se realiza una Histerectomía vaginal total + colporrafia antero posterior + puntos Kelly

El reporte operatorio consignó los siguientes hallazgos: Prolapso de cérvix con pared anterior de pared vaginal, Útero AVF de 5x3 cm, anexos libres y sangrado aproximado de 50 mL. Paciente tolera acto quirúrgico, se le coloca sonda Foley y tapón vaginal con nitrofuril tópico y pasa a URPA.

Tratamiento

1. NPO con posterior tolerancia oral luego de 8 horas, hidratación parenteral con NaCl 0.9% 1000 cc (1 frasco) + Dextrosa 5% 1000 cc + KCl 20% (1 ampolla) + NaCl 20% (1 ampolla), Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas, Dimenhidrinato 50 mg EV cada 12 horas con Tramadol 100 mg EV condicional a dolor y náuseas, omeprazol 40 mg EV cada 24 horas, Ceftriaxona 1 gr. c/12 horas EV.

A la paciente se le retira el tapón al día siguiente de la cirugía y una vez que presenta una diuresis mayor de 600 mL se procede a retirar la sonda Foley, la tolerancia oral y evolución clínica son favorables y es dada de alta al tercer día post operatorio con indicaciones de analgesia y antibioticoterapia por vía oral.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional PNP “Luis N Sáenz” es un nosocomio de categoría III-1, se encuentra ubicado en la cuadra 26 sin número de la Av. Brasil en el distrito de Jesús María que atiende al personal policial y sus familias (cónyuges, padres, hijos); los servicios y la atención están brindados por las siguientes especialidades: Anestesiología, Inmunología y alergias, Cirugía de Cabeza y Cuello, Anatomía Patológica, Cirugía de Tórax, Cirugía Plástica, Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Emergencia, Endocrinología, Neurocirugía, Ginecología, Infectología, Medicina Interna, Neonatología, Neurología, Obstetricia, Oncología/Hematología, Oftalmología, Odontostomatología, Otorrinolaringología, Psicología, Psiquiatría, Pediatría, Radiología, Traumatología, Reumatología, Unidad de Cuidados Intensivos (de adultos y neonatal) y Urología. Las áreas quirúrgicas, de emergencia, consultorios externos y algunas áreas de hospitalización se encuentran ubicadas en la nueva edificación conocida como proyecto de inversión pública 1 (PIP 1.)

Las rotaciones se realizaron en las 4 especialidades principales: el área de medicina interna que se encuentra localizado en el primer nivel del hospital histórico en donde hacia el extremo derecho, se encuentra la clínica de oficiales cuyos dormitorios estan divididos en 3 sectores, que van numeradas desde la cama 101 a la cama 129, siendo un total de 30 camas de atención.

El departamento de Pediatría consta de los siguientes servicios: neonatología, pediatría, cirugía pediátrica, área de aislados y los consultorios externos de pediatría y neonatología. El área de cirugía general está constituida de 1 piso completo para pacientes hospitalizados, 1 área de emergencia que opera las 24 horas y dos consultorios externos donde se realiza control y seguimiento de pacientes post operados o referidos; En el departamento de Ginecología y Obstetricia se encuentra el piso de pacientes hospitalizados, centro obstétrico, área de emergencia que funciona durante las 24 horas, área de consultorios externos, área de imágenes (ecografía) y el área de reproducción y planificación familiar.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

1. Rotación en Medicina Interna

1.1. Caso clínico n.º 1

Análisis: En este paciente los diagnósticos definitivos fueron celulitis de miembro inferior izquierdo y obesidad tipo 1. Es importante tener en cuenta los antecedentes ya que se relacionan con algunos factores de riesgo importantes para el desarrollo de infecciones cutáneas bacterianas como: obesidad y cirugía ortopédica previa en miembros inferiores (1). Las infecciones que involucran un órgano como la piel son una descompensación entre el sistema de defensa cutáneo, los agentes de patogenicidad y virulencia y los organismos microscópicos que lo afectan. El tratamiento inicial ante la intolerancia oral fue, de manera adecuada, la hidratación endovenosa, analgesia y antibioticoterapia parenteral con Clindamicina debido al antecedente de alergia a las penicilinas. Si bien es cierto, los signos y síntomas característicos de la celulitis son una de las principales causas de morbilidad; también poseen un espectro etiológico variado por lo que en la terapia dirigida a la debe incluir agentes anti *Streptococo* beta-hemolítico y anti *Staphylococcus aureus* meticilínresistente (SAMS); por lo tanto, al ser el paciente alérgico a las penicilinas, se considera a la clindamicina como una opción adecuada (2). El diagnóstico clínico se fundamenta en la gravedad, propagación de la infección y en las comorbilidades del paciente; los criterios clínicos utilizados para tomar la decisión de hospitalización basados en las guías de práctica clínica recientes son: Hipotensión o taquicardia sostenida, Fiebre mayor a 38°C, rápida evolución del eritema e incapacidad para tolerar terapia por vía oral, debiendo ser ingresados para asegurar una administración rápida y observación estrecha (3). Asimismo, a nivel laboratorial se puede identificar un recuento leucocitario y PCR elevados, sin embargo, los valores normales no dejan de lado el diagnóstico de la enfermedad (4).

Durante la hospitalización se rotó el antibiótico a Imipenem + Vancomicina debido a que al segundo día de hospitalización el paciente no presentaba

ninguna mejoría clínica lo cual nos orientaba a una infección por *Staphylococcus aureus* meticilínresistente adquirido en la comunidad (SAMR-AC), debido a que esta se define como cualquier infección diagnosticada dentro de las 48 horas de hospitalización en infecciones cutáneas y partes blandas muy variadas, desde celulitis hasta neumonía necrosante progresiva o sepsis severa (4). Hay que tener en consideración que el paciente a pesar de ser obeso y tener antecedentes familiares de enfermedad diabética mostraba niveles de glicemia normales. La hemoglobina glicosilada fue negativa para diabetes mellitus.

La diabetes mellitus es una de las comorbilidades más frecuentes para el desarrollo de infecciones cutáneas y partes blandas superficiales como la celulitis en donde la localización más común es en miembros inferiores y las complicaciones locales y generales de mayor asiduidad son abscesos, necrosis superficial o trombosis venosa profunda; todo lo anteriormente mencionado nos demuestra una asociación clara entre ambas patologías aunado al mal control glicémico realizado en los pacientes; por lo tanto hay un riesgo mayor de empeoramiento del pronóstico de la enfermedad (5).

Al presentar edema y dolor en miembro inferior izquierdo se realizaron otros exámenes complementarios como la ecografía Doppler venosa de miembros inferiores para descartar tromboflebitis profunda y superficial, complicaciones de quistes poplíteos y de Baker, Abscesos, entre otros (6). Los resultados fueron negativos a procesos trombóticos. La respuesta al tratamiento antibiótico fue lenta pero favorable, la cual prolongó el tratamiento hasta dos semanas después de su ingreso (3), el paciente evolucionó de manera favorable y por este motivo se determinó el alta médica.

1.2. Caso clínico n.º 2

Análisis: Paciente mujer que acude a emergencia con un cuadro clínico típico de una ITU no complicada por Pielonefritis aguda. La definición de esta enfermedad es la existencia de síntomas sistémicos como dolor en región lumbar, náuseas y/o vómitos, fiebre y escalofríos con o sin síntomas de cistitis (7). Ante la sospecha de esta enfermedad se deben realizar análisis

complementarios como exámenes laboratoriales, examen de orina y urocultivo con un antibiograma previo al inicio del tratamiento antibiótico. (8)

El diagnóstico es clínico-microbiológico, confirmándose mediante un examen físico positivo con una puño percusión lumbar y puntos renoureterales presentes. El hemograma mostró leucocitosis, neutrofilia y aumento del PCR junto con un examen de orina patológico donde se hallaron escasas células epiteliales, 75 leucocitos por campo, 10 hematíes por campo junto con un cultivo positivo para *escherichia coli*, el cual es el agente más frecuente en la pielonefritis aguda no complicada en un 75-95% de casos ocurridos principalmente en mujeres. (8)

El tratamiento inicial requiere hidratación endovenosa, analgésicos, antipiréticos y antieméticos, así como un tratamiento antibiótico precoz el cual se adecúa a la situación clínica, el microorganismo bacteriano aislado y el perfil de resistencias al mismo; en función al resultado del cultivo y antibiograma hasta completar el tratamiento (9). En este caso, al ser una pielonefritis por ITU no complicada, se decidió hospitalizarla debido a la intolerancia oral para su rehidratación e iniciar antibiótico parenteral de primera línea como Ceftriaxona 2 gr. EV cada 24 horas por 7 días. Posteriormente la paciente fue dada de alta por mejoría clínica al séptimo día.

2. Rotación en Pediatría

2.1. Caso clínico n.º 1

Análisis: La paciente acude con su madre a emergencia con sintomatología respiratoria y gastrointestinal. Al ser el dengue uno de los diagnósticos presuntivos debido al antecedente familiar y el lugar de procedencia mencionado se arribó a la presunción diagnóstica de dengue sin signos de alarma, ya que Comas durante el año 2023 fue uno de los distritos donde se presentaron más casos de dengue confirmados a nivel de Lima Norte según la oficina de epidemiología, inteligencia sanitaria, docencia e investigación de la Dirección Integrada de Redes de Salud (DIRIS) (10).

Para realizar un diagnóstico clínico debemos tener en cuenta la definición de dengue sin signos de alarma (caso probable) que señala a toda persona que radica o ha visitado áreas de transmisión de dengue o con infestación del vector *Aedes aegypti*, 14 días previos al inicio de los síntomas con fiebre menor o igual a 7 días de progresión y que presenta al menos dos de los siguientes indicios: dolor retro ocular, cefalea, mialgias, dolor lumbar, artralgia, náuseas y/o vómitos, erupción cutánea, algunos de los cuales presenta la paciente (11). Para el diagnóstico laboratorial al presentar menos de 5 días de evolución se solicitó la prueba rápida para la detección del antígeno NS1, el mismo que está indicado durante la fase aguda de la enfermedad en concordancia esta investigación realizada utilizando muestras de suero de pacientes con cuadros atribuibles a dengue de zonas endémicas peruanas, siendo la sensibilidad de esta prueba hasta de un 75% lo cual ratifica su utilidad para la detección temprana (12). En este caso el resultado de la prueba fue negativo por lo cual se descartó la patología propuesta. Al persistir la sintomatología respiratoria se le hospitaliza con los diagnósticos de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y crisis asmática moderada.

La NAC se define como aquella que se obtiene en un ambiente extrahospitalario, incluyendo aquellas que empiezan en las primeras 48 a 72 horas de período hospitalario; en todos los grupos de edades se puede presenciar fiebre, taquipnea y tos; al examen físico a la auscultación pulmonar hay decremento del murmullo vesicular, crépitos, broncofonía, entre otros ruidos. Se debe sospechar de neumonía atípica en este caso debido a que se da principalmente en niños escolares que manifiestan un cuadro subagudo aunado a mialgias, cefalea, tos seca irritativa y en ocasiones, broncoespasmo (13). En los exámenes de laboratorio y hemocultivo previamente tomados (este último resultó negativo) antes de la hospitalización se muestra una moderada leucocitosis, neutrofilia y PCR elevada. Asimismo, la radiografía de tórax mostraba un infiltrado localizado con opacidad en ambos campos pulmonares con refuerzo de la trama vascular lo que confirmaba el diagnóstico. El tratamiento antibiótico elegido fue la Ceftriaxona por vía endovenosa durante un total de 7 días. Asimismo al presentar una crisis asmática moderada se consideró en el tratamiento lo prescrito en la Guía

Española del Manejo de Asma (GEMA), considerando los llamados “síntomas guía” los cuales son sibilancias, disnea, tos y opresión torácica que pueden variar en tiempo e intensidad; para valorar la gravedad del episodio se utiliza el pulmonary score que establece tres parámetros: Frecuencia respiratoria, presencia de sibilancias y uso de paquetes musculares accesorios (tirajes); la puntuación obtenida fue de 4 puntos (frecuencia respiratoria mayor a 21 rpm, sibilancias durante toda la espiración y uso de 1 paquete muscular accesorio) catalogando la crisis asmática como moderada (14); el tratamiento empleado en la paciente incluía un agonista beta-2 adrenérgico de acción corta (SABA), un anticolinérgico como el Bromuro de Ipratropio durante las primeras 48 horas ya que esta es la duración del efecto y 3 a 5 días de un corticoide (Metilprednisolona), una vez que los síntomas mejoraron se decidió realizar un tratamiento de mantenimiento con Salbutamol nebulizado y Budesonida inhalada con cámara (15). Finalmente es dada de alta con Cefuroxima por vía oral durante 3 días, en el seguimiento a la paciente se observaron síntomas escasos y reducción de la necesidad de medicación de rescate.

2.2. Caso clínico n.º 2

Análisis: La paciente al ser lactante menor de 10 meses de edad con diagnóstico de anemia ferropénica moderada y con el antecedente de un destete precoz el mismo que no es recomendado, debido a las ventajas de la lactancia materna, que dispone entre 0.3 y 1 mg. de hierro por litro y una elevada biodisponibilidad del 50% lo que evita la aparición de anemia ferropénica y otras enfermedades correspondientes a este grupo etario (16); otros factores de riesgo neonatal y postnatal asociados en este caso son la edad gestacional menor de 37 semanas la cual aumenta el riesgo de sufrir anemia por la prematuridad para la formación de eritropoyetina reduciendo la vida media de los eritrocitos; el bajo peso al nacimiento (menor de 2500 gramos); factores sociales como el nivel de instrucción de los apoderados del niño ya que esto puede limitar la comprensión para las recomendaciones de prevención contra la anemia y desnutrición, la baja condición económica lo cual obliga a la madre en ciertos casos a trabajar durante periodos de varias horas desencadenando en un abandono prematuro de la lactancia materna

exclusiva que desprotege al niño de las enfermedades infecciosas como diarreas e infecciones respiratorias (17).

Las manifestaciones clínicas observadas como el aumento de sueño, alteraciones en el rendimiento físico y del crecimiento, palidez en piel y mucosas, afectación de las funciones motoras superiores, tendencia al sueño y bajo desarrollo psicomotor se correlacionan con el diagnóstico establecido clínico y los factores de riesgo anteriormente mencionados. El laboratorio confirmó el diagnóstico.

Para el tratamiento en niños menores a 36 meses de edad con bajo peso al nacer y/o prematuros, como es el caso presente, la prevención con suplementos se empezará a los 30 días de nacido con sulfato ferroso o complejo polimaltosado férrico en gotas (dosis de 2 mg./kg/día) hasta llegar a los 6 meses de edad (18). En este paciente lactante menor fue tratado con sulfato ferroso en gotas. En los tres controles de hemoglobina posteriores se evidenció la mejoría laboratorial y clínica.

3. Rotación en Cirugía General

3.1. Caso clínico n.º 1

Análisis: El paciente presentó un cuadro de colecistitis aguda calculosa por ecografía que mostró litos en su interior y signos de agudeza vesicular como: Vesícula incrementada de tamaño y pared vesicular engrosada con halo. Según los criterios de severidad de Tokio 2018, el signo de Murphy positivo sumado al dolor en hipocondrio derecho (signos de inflamación local), PCR y leucocitosis (signos de inflamación sistémica) y hallazgos imagenológicos, son característicos de la colecistitis aguda moderada o grado 2 (19). Es importante señalar que la unión del signo de Murphy ultrasonográfico y el aumento del PCR (11.7 mg/l en la paciente) posee una especificidad de 76%, sensibilidad de 95% y valor positivo predictivo de 96% en el diagnóstico de Colecistitis aguda (20).

Los hallazgos operatorios que incluían una pared vesicular edematosa y bilis purulenta, indicaron la oportuna intervención quirúrgica. La colecistectomía

laparoscópica es el Gold standard en estos casos y no hubo necesidad de cambiar a colecistectomía abierta o colecistectomía subtotal, como lo indica la literatura (21). La administración del tratamiento antibiótico en el paciente estuvo conforme a lo establecido en la guía de Tokio para el manejo de colangitis y colecistitis aguda (22), el cual propone metronidazol +/- ceftriaxona o ciprofloxacino o piperacilina/tazobactam. El alta pronta y la evolución satisfactoria confirmaron los beneficios de la cirugía laparoscópica en este tipo de patologías (20).

3.2. Caso clínico n.º 2

Análisis: En los pacientes adultos mayores los cuadros clínicos apendiculares son proteiformes y sólo en algunas ocasiones guardan las características propias de los cuadros clínicos clásicos de esta patología (23). Sin embargo, en el presente caso clínico se observó la cronología de Murphy, lo que confirmó el diagnóstico. El diagnóstico clínico puede no ser tan evidente, por lo tanto, se han creado scores de riesgo clínico para reconocer pacientes con riesgo bajo, intermedio y alto de presentar apendicitis aguda; el más utilizado es la escala de Alvarado que incluye valores laboratoriales. En el caso del paciente presenta un riesgo alto puesto que presentó todos los componentes de la escala a excepción de fiebre (24).

Con respecto al tratamiento quirúrgico se realizó una apendicectomía laparoscópica la cual está asociada un dolor postoperatorio menor, menor tiempo de hospitalización posterior y un retorno temprano a las actividades físicas y laborales. Al ser esta, una apendicitis aguda complicada se empleó el tratamiento antibiótico intravenoso de espectro ampliado como la ceftriaxona y metronidazol por vía endovenosa durante 3 días (25). Al ser dado de alta continuó con una cefalosporina de segunda generación vía oral hasta completar los siete días. A su concurrencia a consultorio en el postoperatorio se pudo evidenciar su buena evolución clínica.

4. Rotación en Ginecología y Obstetricia

4.1. Caso clínico n.º 1

Análisis: Al ser una paciente de 35 años y por ende considerarse un embarazo de alto riesgo aunado a la colestasis intrahepática gestacional diagnosticada, evidenciada por el prurito generalizado, los exámenes de laboratorio y acorde a la definición de colestasis intrahepática del centro de medicina fetal y neonatal de Barcelona que señala a la colestasis intrahepática gestacional como un diagnóstico de exclusión de causa idiopática relacionada a múltiples factores de los siguientes tipos: hormonales, ambientales y hereditarios como la edad materna avanzada, multiparidad, gestación múltiple, etc. Esta suele aparecer durante el tercer trimestre del embarazo asociándose a alteraciones de las enzimas hepáticas o al aumento de los valores de ácidos biliares totales (26). En la paciente fue evidente el aumento de los ácidos biliares, la misma que puede ocasionar complicaciones como líquido amniótico meconial, muerte intrauterina fetal, parto prematuro y/o dificultad fetal respiratoria por acumulación de este ácido en los pulmones (27).

La vulvovaginitis es considerada como una inflamación de la piel y mucosa vulvar, en esta paciente se presenta un descenso en el pH vaginal, la cual probablemente haya favorecido la proliferación de lactobacilos junto con un aumento de estrógenos que dan como resultado una micosis vulvovaginal candidiásica que tiene como característica clínica leucorrea blanca y espesa que se evidenció en ella. Su tratamiento incluyó los comprimidos vaginales de Clotrimazol (28).

Finalmente, luego de un control clínico y bioquímico durante la hospitalización se decide culminar la gestación mediante una cesárea debido a una maduración cervical previa fallida por colestasis intrahepática gestacional de moderado riesgo; la indicación de las guías de práctica clínica menciona que independientemente de la categoría de riesgo, a partir de la semana 37 de gestación se debe programar la finalización del embarazo en estas pacientes (29).

El adecuado tratamiento permitió el alta de la paciente al segundo día con Cefalexina por vía oral durante 5 días para evitar el riesgo de una infección de sitio operatorio (ISO) (30), además se complementó el tratamiento con Ketorolaco vía oral por 5 días y su tratamiento para la vulvovaginitis.

4.2. Caso clínico n.º 2

Análisis: Paciente de sexo femenino de 58 años con el diagnóstico de distopia genital grado IV POPQ Ba +5, con antecedente de multiparidad por partos por vía vaginal que refiere “sensación de bulto” a nivel vaginal, se conoce como distopia genital la que se considera como un descendimiento de un órgano pélvico (cúpula de la vagina, útero, vejiga o recto) por el canal vaginal ocasionado por la distensión de las estructuras de soporte del suelo de la pelvis, el factor de riesgo principal que aumenta a padecerla entre 4 a 11 veces más, es el antecedente de parto vaginal debido a que una paridad mayor está relacionada con tipos más avanzados de prolapso genital (31).

Para el estadiaje del prolapso usamos el Pelvic Organ Prolapse Quantification system (POP-Q), que con respecto al prolapso tiene en consideración tanto el grado como el órgano alcanzado. Se deben tener en cuenta los puntos de referencia como el himen y el introito vaginal para conocer el grado; en este caso clínico el estadio es IV pues hay una completa eversión de la longitud total vaginal. La porción distal del prolapso protruye al menos 2 cm menos del valor de la longitud vaginal total obtenida. Se sugiere un tratamiento médico o quirúrgico en función del grado de afectación, mayor o igual a un estadio II se indica cirugía debido al grado de afectación en el estado de salud de la paciente; es decir la sensación de bulto se torna molesta e incapacitante, como en este caso. Los objetivos de la cirugía como tratamiento son: Obtención de un resultado anatómico adecuado para resolver el principal síntoma (sensación de bulto genital), mejorar las disfunciones identificadas en esta investigación preoperatorio y aplicar medidas para prevenir la recurrencia y aparición de nuevas disfunciones (32).

La evolución fue favorable con desaparición de esa “sensación de bulto” saliendo de alta al tercer día postoperatorio.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La Dirección de Sanidad Policial (DIRSAPOL), es una entidad de apoyo en la estructura orgánica de La policía nacional del Perú (PNP) y es el nivel más alto de referencia a nivel nacional en la atención de la salud del personal PNP y los familiares con derecho; cuyo objetivo es realizar actividades de Atención Integral de Salud, enfatizando principalmente en la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud del personal policial y sus familias. A través de los años, DIRSAPOL fue creciendo y desarrollándose con un horizonte claro, cumpliendo sus responsabilidades debido al soporte de las diferentes unidades, como centros de primer nivel de atención, policlínicos y hospitales a nivel nacional.

El realizar el internado en el HNPNPLNS fue una experiencia satisfactoria, por la gran variedad de especialidades que posee, en el ámbito profesional ofrece conocimientos, habilidades y valores para el futuro médico; que, con la práctica, día tras día, viendo a los médicos residentes y asistentes, se aprende con el pasar del tiempo, brindando al interno seguridad para tomar decisiones con gran capacidad resolutoria para el paciente. Cada rotación tuvo un periodo de 2 meses y medio con actividades académicas variadas como exposición y discusión de casos clínicos bajo la tutela de los médicos residentes a cargo y charlas brindadas por médicos especialistas sobre actualizaciones del diagnóstico y manejo de las principales patologías de cada rotación.

Asimismo, la sanidad policial, ha sido una de las principales figuras en la lucha contra la pandemia, proporcionando atención al personal policial que incluye tanto a titulares y familiares de los mismos; atendiéndolos durante las 24 horas; los internos se dedicaron a la atención tanto en el área de hospitalización y de emergencia, con turnos diurnos y nocturnos, con una gran cantidad de pacientes con enfermedades de crónicas o recurrentes de otras patologías; siempre respetando y acatando las medidas de bioseguridad para evitar contagios; se debe tomar en cuenta la sensibilidad y fortaleza del personal médico lo cual juega un papel clave en tomar en serio la responsabilidad como interno de pertenecer a esta institución.

Por lo expuesto, este nosocomio fue adecuándose a las necesidades, ampliando ambientes con la más moderna infraestructura y equipos de última generación para poder brindar una mejor calidad de atención, demostrando la capacidad ética y laboral de los profesionales de la salud pertenecientes a la institución policial, cuya función principal es salvar vidas; a pesar que actualmente convivimos con la pandemia del COVID-19 de una manera diaria sin dejar de lado nuestras actividades diarias, sus rezagos se hacen todavía presentes, por este motivo los residentes y asistentes tutores siempre tienen muy en claro el brindar con mucha responsabilidad una atención integral a todos los pacientes, gracias a esto como interno se puede adquirir una mayor capacidad para aprender sobre el diagnóstico, manejo y tratamiento de los pacientes; con los exámenes auxiliares diagnósticos ofertados por cada área.

V. CONCLUSIONES

1. Se puede concluir que el internado médico es crucial e indispensable para el desarrollo del futuro profesional; las competencias adquiridas pueden brindar mucha satisfacción una vez alcanzadas ya que es una gran oportunidad para poner a prueba los conocimientos obtenidos previamente durante la carrera.
2. Durante esta etapa al acercarnos a los pacientes en las diferentes áreas se desarrolla una gran sensibilización hacia ellos puesto que el objetivo principal será velar siempre por su bienestar. En esta etapa de formación profesional se ha comprendido que el médico no solamente es alguien que realiza un diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, sino que también tiene el deber de brindar un trato humano a los pacientes haciéndoles un poco menos doloroso su sufrimiento y obligándonos a perfeccionarnos constantemente para lograr su curación.
3. El interno de medicina durante los turnos en hospitalización, emergencia y consultorios externos, a pesar de estar sometido a una gran sobrecarga laboral fue compensado con el aprendizaje constante de la mano de los médicos residentes y asistentes los cuales nos permitieron participar y ver la vida laboral del profesional de la salud al realizar historias clínicas en la consulta, pudiendo tratar directamente con los pacientes; participando en intervenciones quirúrgicas electivas y de emergencia donde se puede ser parte del acto de salvar una vida; en los pisos de hospitalización aprendiendo el significado de responsabilidad y compromiso hacia los pacientes apoyando durante todo el proceso de la evolución clínica de las patologías vistas.
4. Durante esta etapa fue de gran importancia el apoyo de nuestros tutores durante cada rotación, pues al brindarnos su tiempo y conocimientos se nos permitió participar en discusiones clínicas con la retroalimentación correspondiente y necesaria para mejorar nuestro criterio clínico en el manejo de las diversas patologías vistas.

VI. RECOMENDACIONES

1. Es necesario sensibilizar constantemente al personal asistencial en el trato humanitario y solidario con los pacientes cuya vulnerabilidad psicofísica se encuentra incrementada por la misma enfermedad que lo agobia.
2. Es importante un entorno laboral en donde siempre prime el respeto y el compañerismo, para que el interno de medicina e incluso de otras carreras que laboran en el hospital como obstetricia, nutrición, psicología y enfermería sean vistos y apreciados como recursos importantes teniendo en cuenta que los médicos deben confiar en nosotros así como brindar el soporte necesario para poder realizar el manejo correcto del paciente, es fundamental aplicar esta recomendación en otros centros hospitalarios para poder consolidar conocimiento y experiencias junto con un personal de salud responsable y capacitado.
3. Como recomendación se debería solicitar apoyo a otros centros de salud de la institución policial o mayor exigencia al personal encargado de la obtención de algunos medicamentos y reactivos de laboratorio debido al desabastecimiento presente, ocasionando que muchos familiares tengan que afrontar gastos no encontrándose siempre en una buena situación económica.
4. Se les sugiere a las autoridades universitarias organizar actividades prácticas al término del internado médico para seguir con el perfeccionamiento de las habilidades adquiridas, pues el tiempo de duración fue acortado debido a las restricciones implementadas por la pandemia, esto permitirá a los futuros médicos realizar una buena labor durante el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS).
5. Se recomienda a las autoridades del hospital ampliar el tiempo de las actividades académicas debido a que son muy ventajosas y útiles en la preparación para el Examen Nacional de Medicina (ENAM), pues permiten fijar conocimientos con ayuda de los tutores asignados en cada rotación clínica. Además, se debe informar a los internos sobre su desempeño y

brindarles el apoyo necesario para obtener una mejor calificación en tan importante evaluación.

VII. FUENTES DE INFORMACION

1. Villamil-Manrique N, Torres-Virgüez A, Soto-Duran J, Claros-Achury A, Sarmiento-Trujillo C, Ramírez-Olaya L, et al. Risk factors for lower limb cellulitis: Systematic review and meta-analysis. *Piel* [Internet]. 2023;38(10):619–627. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.piel.2023.05.005>
2. Flores R, Villarroel J, Valenzuela F. Enfrentamiento de las infecciones de piel en el adulto. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2021;32(4):429–441. doi: [10.1016/j.rmclc.2021.06.004](https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.06.004)
3. Spelman D, Baddour L. Acute cellulitis and erysipelas in adults: Treatment [Internet]. UpToDate 2023. [citado 4 de marzo de 2024]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/acute-cellulitis-and-erysipelas-in-adults-treatment?sectionName=RECURRENT-ERYSIPIDELAS&search=celulitis&topicRef=110529&anchor=H365644463&source=see_link#H770209968
4. Ortiz-Lazo E, Arraigada-Eggen C, Poehls C, Concha-Rogazy M. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. *Actas Dermosifiliogr*. 2019;110(2):124–130. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.07.010>
5. Giménez-Ortigoza V, Torres P. Diabetes en pacientes con infección de piel y partes blandas internados en el Hospital de Clínicas. *Rev. investig. cient. tecnol.* [Internet]. 24 de diciembre de 2020 [citado 12 de marzo de 2024]; 4(2):49-57. Disponible en: <https://revista.serrana.edu.py/index.php/rict/article/view/87>
6. Berma-Gascón M, Palma-González C, Adarve-Castro A, Jimenez-Rodríguez I. Patologías simuladoras de la trombosis venosa profunda. *Sociedad Española de Radiología Médica*. 18 de mayo de 2021; 1(1). Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/4587>
7. García C, Banda C, Álave J, León C, Flores-Noriega M. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de infección del tracto urinario (ITU) en adultos. Oficio N°279-2020-DEITD/HCH [Internet]. 2020 [citado 4 de marzo de 2024]; 0:1–17. Available from: https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2021/RD/RD_350-2020-HCH-DG.pdf
8. Ferreira J, Facal J. Pielonefritis aguda-abordaje diagnóstico y terapéutico. *Encare clínico*. 2019; 55:21–26.

9. Delgado-Mallen P, Ortega-González Y. Infecciones de la vías urinarias y de transmisión sexual. Nefrología al día [Internet]. [citado 6 de marzo de 2024]. 2022 ;97–118. Available from: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-infecciones-vias-urinarias-trasmision-sexual-462#:~:text=Se define como la presencia,%5B15%5D %5B16%5D>.
10. Oficina de epidemiología, inteligencia sanitaria y docencia-DMGS-DIRIS Lima Norte. Sala situacional de dengue actualizado – SE 52 [Internet]. [citado 6 de marzo de 2024] 2023. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5644348/4930969-sala-dengue-31-12-2023-se-52-actualizado.pdf?v=1704724189>
11. Instituto nacional de enfermedades neoplásicas. Plan de acción y respuesta para el manejo y control del dengue. CPCIAAS. [Internet]. [citado 7 de marzo de 2024]. Junio 2023; Available from: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2023/07/182.pdf>
12. Valdivia-Conroy B, Vasquez-Calderón J, Silva-Caso W, Martins-Luna J, Aguilar-Luis M, Del Valle-Mendoza J, et al. Rendimiento diagnóstico de la prueba rápida para la detección del antígeno NS1 y anticuerpos IgM e IgG contra el virus del dengue. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2022;39(4):434–441. Available from: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2022.394.11471>
13. Santa Cruz-Huaypar F, Aguilar-Safora G, Ugarte-Rejavinsky K, Quiñones-D´Brot C, et al. “Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de neumonía en las niñas y los niños”. MINSA; 2019.
14. Alobid I, Álvares-Rodríguez C, Blanco-Aparicio M, Ferreira J, García G, Gómez-Outes A, et al. Guía española para el manejo del asma. GEMA 5.0. Guía española para el manejo del asma. [Internet]. [citado 7 de marzo de 2024]. 2020. 23–38 p. Disponible en: https://www.semg.es/images/documentos/GEMA_5.0.pdf
15. Pellegrini-Belinchón J, Ortega-Casanueva C, de Arriba-Méndez S. Nuevo abordaje en el tratamiento del niño con asma. PEDIATRÍA INTEGRAL N°2 – Marzo 2021. 2021; 25(2):67-75
16. Gongora-Ávila C, Mejias-Arencibia R, Vázquez-Carvajal L, Álvarez-Hernández J, Frías-Pérez A. Factores de riesgo de anemia ferropénica en niños menores de un año. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 2021;10(3):26–34.
17. Pascual-Salcedo E. Factores de riesgo asociados a anemia ferropénica en lactantes de 6 a 36 meses atendidos en el centro de salud primavera, El Agustino-Lima, 2021- 2022. [tesis para médico cirujano]. Universidad San Juan

- Bautista. 2022. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/3788/T-TPMC-PASCUAL%20SALCEDO%20EDDIE%20CRISTHIAN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. MINSA. Norma técnica de salud para el manejo terapéutico y preventivo en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas [Internet]. [citado 7 de marzo de 2024]. 2017. Available from: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/662720/RM_229-2020-MINSA.PDF
 19. Yegros-Ortiz C, Feltes-Villalba S, Duarte D, Fretes-Oviedo N. Application of Tokyo criteria for the diagnosis of acute cholecystitis in the Adult Emergency Department of the Hospital Nacional, Itauguá. *Revista del Nacional (Itaugua)*. 2021;13(1):31–40.
 20. Okamoto K, Suzuki K, Takada T, Strasberg S, Asbun H, Endo I, et al. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018;25(1):55–72.
 21. Escartín A, González M, Muriel P, Cuello E, Pinillos A, Santamaría M, et al. Litiasis aguda de colecistitis: Aplicación de las guías de Tokio en la gradación de la gravedad. *Cirugía y Cirujanos (English Edition)*. 2021;89(1):12–21.
 22. Gomi H, Solomkin J, Schlossberg D, Okamoto K, Takada T, Strasberg S, et al. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018;25(1):3–16.
 23. Tipán C, Guzmán R, Quezada C. Apendicitis complicada en paciente longeva con comorbilidades asociadas. Reporte de caso. *SACD Revista*. [Internet]. [citado 7 de marzo de 2024]. 2020; Available from: <http://revista.sacd.org.ar/apendicitis-complicada-en-paciente-longeva-con-comorbilidades-asociadas-reporte-de-caso/>
 24. Garro-Urbina V, Rojas-Vázquez S, Thuel-Gutiérrez M. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. *Revista Medica Sinergia*. 1 de diciembre. 2019;4(12):e316. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/316>
 25. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World Journal of Emergency Surgery*. 2020;15(1):1–42.
 26. Almeida L, Vázquez I, López M, García L, Forns X. Protocolo: Colestasis Intrahepática Gestacional Colestasis Intrahepática. *Clinic barcelona hospital*

- universitario [Internet]. 2020. [citado 7 de marzo de 2024]. 1–8; Available from: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/colestasis-intrahepatica.pdf>
27. Ibarra-Montesinos J. ASOCIACIÓN ENTRE COLESTASIS INTRAHEPÁTICA GESTACIONAL Y COMPLICACIONES MATERNAS PERINATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL DE CHANCAY DEL 2017 AL 2020. [tesis para médico cirujano]. Universidad San Juan Bautista. 2021. Available from: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/3457/T.%20T%20PMH%20-%20IBARRA%20MONTESINOS%20JUNIOR%20ALEXANDER.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 28. Sociedad española de Ginecología y Obstetricia. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales. Prog Obstet Ginecol. 2022; 65:61–75.
 29. Estiú M, Frailuna M, Dericco M, Otero C. Colestasis intrahepática gestacional. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá. 2019; 1(4): 56–58.
 30. Miranda-Cárape D. Incidencia y factores de riesgo asociados a la infección de herida operatoria post-cesárea. Hospital Edmundo Escomel, ESSALUD Arequipa, 2014-2015 [tesis para médico cirujano]. 2016. Available from: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/e0b7ef8b-ecee-4d58-8fd0-de71183694ae/content>
 31. Valencia-Chión C, De la Cruz-Vargas J, Correa-López L, Arango-Ochente, P. Factores de riesgo asociados a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidas en el hospital militar central durante el periodo Enero - Diciembre 2018. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal [Internet]. 2020;9(3):11–16 Available from: <https://doi.org/10.33421/inmp.2020184%20>
 32. Sociedad española de Ginecología Obstetricia. Prolapso de los órganos pélvicos. Prog Obstet Ginecol. 2020;63(1):54–59.