

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DEL INTERNADO DE MEDICINA HUMANA EN EL
HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL PNP “LUIS N
SAENZ” MARZO - DICIEMBRE 2023

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA

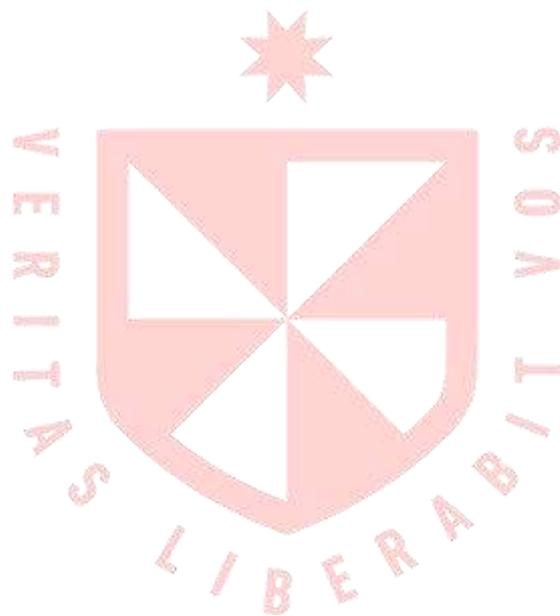
PRESENTADO POR
KARLA ALEXANDRA ARNAO TRILLO

ASESOR

JOSE CARLOS ROMERO SANCHEZ

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 DE MEDICINA HUMANA EN EL
HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL PNP “LUIS N
SAENZ” MARZO - DICIEMBRE 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA

PRESENTADO POR

KARLA ALEXANDRA ARNAO TRILLO

ASESOR

Dr. JOSE CARLOS ROMERO SANCHEZ

LIMA - PERÚ

2024

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a Dios. A mi madre con todo mi amor y gratitud, Eres mi modelo por seguir, enseñándome tu fortaleza y determinación que me inspiran siempre a dar lo mejor de mí. Tu amor y generosidad hacia los demás inspiran y demuestran la importancia de cuidar y apoyar a las personas. Este logro es más tuyo que mío.

INDICE

JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
INDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	ix
CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
Rotación en Cirugía General	1
Rotación en Ginecología y Obstetricia.....	8
Rotación en Medicina Interna.....	14
Rotación en pediatría	19
CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA.....	25
CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL.....	26
CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRITICA DE LA EXPERIENCIA.....	38
V. CONCLUSIONES.....	40
VI. RECOMENDACIONES.....	41
VII. FUENTES DE INFORMACIÓN	42

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo tiene como fin dar a conocer la experiencia dentro de la formación de una interna de medicina humana en su séptimo año de la carrera universitaria de en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N Sáenz”, el cual tuvo que adaptarse a nuevos lineamientos ya que es una institución castrense y el ámbito laboral es diferente a los hospitales nacionales. La culminación de la carrera de Medicina Humana en el Perú implica un periodo crucial conocido como internado médico, el cual por factores de la pandemia en el año 2023 tuvo un tiempo de 10 meses, sin embargo, años previos eran de 12 meses. El internado médico es el tiempo para dedicarse a las prácticas clínicas en las diversas sedes hospitalarias. Este tiempo es crucial para poder afianzar los conocimientos teóricos previos y desarrollar habilidades prácticas avanzadas, así como para establecer una conexión más estrecha con la dinámica de la atención médica y la relación con los pacientes.

Objetivo: Detallar la experiencia del internado de la carrera de Medicina Humana en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N Sáenz” durante el periodo de marzo 2023 – diciembre 2023, el cual es requisito indispensable para la obtención del título profesional de Médico Cirujano.

Metodología: Se utilizó información proveniente de fuentes médicas y la experiencia directa de una interna de Medicina Humana en el manejo clínico durante el internado.

-Conclusiones: El internado médico representa una fase importante para el estudiante de Medicina Humana, ya que le permite desarrollar la práctica clínica y a su vez fortalecer la relación médico – paciente. A pesar de los desafíos enfrentados debido a la situación sanitaria global, se logró adaptar las prácticas a las normativas, haciendo énfasis en medidas estrictas de la bioseguridad que brinda el hospital como la que debe tener cada interno, por lo que se incluyó protocolos de bioseguridad como el lavado de manos, adecuado uso de equipos de protección personal y otras medidas preventivas, sin descuidar el enfoque de la formación médica.

Palabras Claves: Educación médica, Práctica clínica, Bioseguridad, Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Pediatría.

ABSTRACT

The objective of this work aims to share the experience within the training of a seventh-year medical student at the Central Hospital of the National Police of Peru "Luis N Sáenz", which had to adapt to new guidelines due to its military institution nature, presenting a different work environment compared to national hospitals.

The culmination of the Human Medicine degree in Peru involves a crucial period known as medical internship, which, due to pandemic factors in 2023, lasted for 10 months, whereas in previous years it was 12 months. The medical internship is dedicated to clinical practice in various hospital settings. This time is critical for consolidating previous theoretical knowledge, developing advanced practical skills, and establishing a closer connection with medical care dynamics and patient interaction.

Objective: To detail the internship experience of the Human Medicine program at the Central Hospital of the National Police of Peru "Luis N Sáenz" during the period from March 2023 to December 2023, which is an essential requirement for obtaining the professional title of Surgeon Physician.

Methodology: Information from medical sources and direct experience of a Human Medicine intern in clinical management during the internship was utilized.

Conclusions: The medical internship represents a significant phase for Human Medicine students as it allows them to develop clinical practice and strengthen the doctor-patient relationship. Despite the challenges faced due to the global health situation, clinical practices were adapted to regulations, emphasizing strict biosecurity measures provided by the hospital and required of each intern. This included protocols such as handwashing, proper use of personal protective equipment, and other preventive measures, without neglecting the focus on medical training.

Keywords: Medical education, Clinical practice, Biosecurity, Internal Medicine, General Surgery, Gynecology and Obstetrics, Pediatrics.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO DE MEDICINA HUMANA EN EL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL PNP "LUIS

AUTOR

KARLA ALEXANDRA ARNAO TRILLO

RECuento DE PALABRAS

9512 Words

RECuento DE CARACTERES

56827 Characters

RECuento DE PÁGINAS

54 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

113.3KB

FECHA DE ENTREGA

Jul 30, 2024 12:47 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jul 30, 2024 12:48 PM 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
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de suficiencia se realizó en el internado médico entre los meses de marzo a diciembre del año 2023, el cual fue realizado en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N Sáenz” ubicado en la Av. Brasil cuadra 26 en el Distrito de Jesús María en la provincia de Lima. El hospital pertenece a la Dirección de Salud de la Policía Nacional del Perú, el cual proporciona atención sanitaria especializada y de referencia para los miembros de quienes conforman la Policía Nacional del Perú y a sus familiares.

El internado médico es el último año de la carrera de Medicina Humana en el Perú, el cual corresponde al séptimo año. Este periodo se centra en aplicar los conocimientos adquiridos en los años previos, el cual con ayuda del enfoque teórico sumado a la práctica clínica ayuda al interno de medicina a desarrollar habilidades en cuanto al manejo de los pacientes y su relación médico – paciente.

Al empezar el internado médico en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú, los internos reciben una bienvenida conocida como “inducción”, la cual es detallada y se basa en brindar conocimientos administrativos, normas de seguridad, vestimenta, función del interno de medicina, conocer derechos y obligaciones. Además, conocer el funcionamiento en específico de los diferentes servicios por donde va a rotar el interno.

La estructura del internado médico en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú se organiza en rotaciones en específico, los cuales son: Medicina interna, Ginecología, Medicina Interna y Pediatría, por el que se rotan dos meses y medio en cada servicio, es un orden determinado por el hospital y supervisado por los residentes correspondientes de cada servicio. Durante este periodo, los internos tienen la responsabilidad de asistir activamente al personal médico, participar en la elaboración y registro de historias clínicas, con la adecuada supervisión del residente y asistentes del día, los cuales también se encargan de enfatizar el cumplimiento riguroso de los protocolos clínicos y de

bioseguridad, así como el respeto a los derechos del paciente y ética profesional. El horario durante el internado médico en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú sigue un esquema específico dependiendo del servicio en el que, rota el interno, ya que cada especialidad cuenta con diferentes áreas, como, por ejemplo, consultorio, cirugía, emergencia y hospitalización.

Sin embargo, siempre se debe cumplir con las directivas institucionales y ajustarse a la necesidad operativa del Hospital. Incluye horario diurno, y en algunos casos, se le agrega guardia nocturna. En resumen, el internado médico representa una etapa crucial para el estudiante de Medicina Humana, ya que se consolidan conocimientos teóricos al aplicar el criterio en la práctica clínica real. A pesar de los desafíos y cambios que han surgido en estos periodos, la formación continua y adaptativa durante este periodo es fundamental para preparar a la generación de médicos al saber atender a un paciente en la atención integral de la salud y su compromiso con la comunidad.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Rotación en Cirugía General

Caso clínico N°1

Anamnesis

Paciente varón de 34 años con tiempo de enfermedad de 24 horas presenta cuadro clínico que se caracteriza por dolor abdominal severo que inicio centralmente y se localizó en el cuadrante inferior derecho, sumado a su cuadro clínico tiene pérdida de apetito, náuseas y dos episodios de vómitos no sanguinolentos, no explosivos.

El paciente refiere que experimento inicialmente un ligero malestar en la región peri umbilical un día antes por la mañana el cual se incrementaba gradualmente, posterior el dolor se localizó en la fosa iliaca derecha, el dolor es continuo y se agrava al movimiento, agrega que tomo analgésicos de venta libre y el dolor persistía y no presentaba mejora. Describe escalofríos, niega síntomas urinarios o cambios intestinales.

Antecedentes

Personales: Niega, transfusiones: Niega, RAMS: Niega

Fisiológicos: Nacimiento: eutócico, desarrollo psicomotor: adecuado, vacunas: completas

Patológicos: Niega

Quirúrgicos: Niega

Examen físico

Funciones vitales: FC: 110lpm FR:20rpm PA:130/80mmHg Temperatura de 38.5°C, SatO2:98% Peso:83kg Talla:183cm

Ectoscopia: Paciente quejumbroso, se encuentra despierto en decúbito dorsal, en regular estado general, regular estado de nutrición y regular estado de hidratación, ventila espontáneamente.

Piel y anexos: frialdad distal, hidratada, laxa, llenado capilar menor de 2 segundos, no ictericia, no palidez, no cianosis.

TCSC: No se observa edema.

Linfadenopatía: No presenta adenopatías.

Cabeza: Normocéfalo, implantación aguda, simétrico, con buena implantación capilar, no se observan lesiones ni cicatrices.

Cuello: Simétrico, móvil, sin alteraciones.

Aparato respiratorio:

- Inspección: Amplexación conservada, no tirajes, simétrico.
- Palpación: buena elasticidad, no se palpan masas ni adenopatías supraclaviculares.
- Percusión: timpánico.
- Auscultación: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.

Aparato cardiovascular:

- Inspección: No se evidencia choque de punta
- Palpación: No presenta alteraciones
- Percusión: matidez conservada.
- Auscultación: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Pulsos periféricos: pulsos pedios y poplíteos conservados.

Abdomen:

- Inspección: Globuloso. Se observa defensa y dolor ante la compresión en el cuadrante inferior derecho
- Auscultación: ruidos hidroaéreos disminuidos.
- Palpación: blando, depresible, doloroso ante la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha. Presenta McBurney (+) Rovsing (+) Blumberg (+)
- Percusión: timpánico

Neurológico: Paciente despierto, lucido orientado en tiempo espacio y **persona.**

Glasgow: 15/15.

Genitourinario: Genitales masculinos conservados.

Puño percusión lumbar punto renoureteral: (-) Punto reno ureteral: (-)

Impresión diagnóstica:

Sd. Doloroso abdominal: A d/c plastrón apendicular CIE 10: (R10.0)

Exámenes auxiliares:

Hemograma

Hemograma: 14mg/dl

Leucocitos: 13.3 con recuento de glóbulos blancos de 16,000 **células/mm³** y desviación izquierda.

Abastionados: 0%

Segmentados: 78

Linfocitos: 9

PCR: 20

Inmunobioquímica:

Glucosa:120

Urea: 34

Creatinina: 0.76

Fosfatasa alcalina: 150

Examen de orina: Sin alteraciones

Ultrasonido: Muestra un apéndice dilatado (diámetro >6 mm) con líquido periapendicular compatible con apendicitis aguda.

Tomografía Computarizada (TC): Se confirma apendicitis aguda con evidencia de perforación y un absceso periapendicular (plastrón). Se observan signos de peritonitis localizada.

Diagnóstico definitivo:

Apendicitis aguda con complicaciones

1. Apendicitis abscedada: Se observa absceso periapendicular en las imágenes.

2. Apendicitis perforada: Se evidencia perforación apendicular en la tomografía.

3. Peritonitis: Localizado por alrededor del apéndice

Tratamiento médico:

- Ceftriaxona 2gr EV cada 8 horas
- Metronidazol 500mg EV cada 8 horas
- Ketoprofeno 100mg EV cada 8 horas
- Esomeprazol 40mg EV cada 24 horas
- Dextrosa 5%
- 1 ampolla de KCl20%
- 1 ampolla ClNa20%
- Metamizol 1gr PRN a fiebre

Tratamiento quirúrgico:

- Se plantea realizar una apendicetomía por emergencia vía laparoscópica o abierta según la estabilidad clínica del paciente y criterio médico. Intraoperatorio: Se realiza drenaje de absceso periapendicular e irrigación completa de cavidad abdominal.

Cuidados posoperatorios:

- Paciente continua con antibióticos basado en los resultados de su cultivo
- Monitoreo de signos vitales
- Indicaciones de signos de alarma
- Avance de la dieta de acuerdo a pronóstico del paciente y movilización de acuerdo a tolerancia
- Pruebas de laboratorio seriadas para observar la resolución de los marcadores de infección
- Seguimiento por imágenes antes del alta para asegurar la resolución de cualquier absceso residual y/o complicación.

Caso clínico N°2

Anamnesis:

Examen físico

Paciente masculino de 60 años de edad jubilado se acerca al departamento de cirugía manifestando dolor desde hace aproximadamente 3 meses en la región izquierda del abdomen. Paciente describe que su dolor es tipo cólico, que alivia ocasionalmente con la defecación, sin embargo, ha ido empeorando en intensidad y frecuencia en las últimas semanas. Manifiesta que ha observado sangre en sus heces de manera intermitente, que ha bajado cinco kilos a pesar de que mantiene la misma dieta, y agrega que experimenta cansancio y fatiga leve, niega náuseas y vómitos.

Antecedentes:

Personales: Tabaco: Fumador activo durante 40 años, 8 cigarros al día

Alcohol: Ocasional Transfusiones: Niega RAMS: Niega

Fisiológicos: Nacimiento: eutócico, desarrollo psicomotor: Adecuado Vacunas: Completas

Patológicos: Dermatitis atópica (2003) Niega alergias, Niega enfermedades crónicas

Familiares:

Madre: Falleció a los 65 años por cáncer de mama

Padre: Hipertensión arterial

Quirúrgicos: Apendicectomía hace 20 años por apendicitis aguda

Examen físico:

Funciones vitales: FC: 80lpm FR:16rpm PA:140/90mmHg Temperatura: 37°C

Peso:62 talla:175cm

Ectoscopia: Paciente consciente, orientado el tiempo, espacio y persona. Decaído. En regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación. Ventila espontáneamente.

Piel y anexos: Tibia. Hidratada y laxa, llenado capilar menor de 2 segundos, no ictericia, no palidez, no cianosis.

TCSC: No edema

Linfadenopatía: no adenopatías

Cabeza: Normocéfalo, implantación adecuada y de buena distribución, simétrico, presenta una pequeña cicatriz de 3cm en región occipital, tabique nasal central, oídos simétricos. Boca: Sin alteraciones y con buena apertura.

Cuello: simétrico. Móvil, no se palpan masas

Aparato respiratorio:

- Inspección: Amplexación, no tirajes, simétrico, no cicatrices
- Palpación: No masas. No adenopatías supraclaviculares
- Percusión: timpánico
- Auscultación: murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados

Aparato cardiovascular:

- Inspección: no se evidencia choque de punta
- Palpación: sin alteraciones
- Percusión: matidez conservada.
- Auscultación: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no presencia de soplos
- Pulsos periféricos: Pulsos pedios: conservado. Pulsos poplíteos: conservado

Abdomen:

- Inspección: Simétrico, levemente distendido. No hay signos evidentes de hernias ni cicatrices. Se evidencian ligeras prominencias en región izquierda del abdomen, en especial en el cuadrante inferior izquierdo.
- Auscultación: Ruidos hidroaéreos disminuidos a nivel de la región del sigmoides, en donde se localiza la lesión.
- Palpación: A la palpación superficial y profunda se observa sensibilidad en la región del sigmoides, en el cuadrante inferior izquierdo. No se palpan masas abdominales, sin embargo, se percibe un ligero aumento de la consistencia de la pared abdominal en el área afectada.

- Percusión: Timpanismo conservado en la gran mayoría del abdomen, sin embargo, se nota cambios a matidez localizada en el cuadrante inferior izquierdo.

Examen digital: Sangre oscura en guante

Neurológico: Despierto, lucido, orientado en tiempo, espacio y persona

Glasglow:15/15

Genitourinario: genitales masculinos conservados

Puño percusión lumbar (-) punto reno ureteral (-)

Impresión diagnóstica: NM. Colon sigmoides: CIE – 10 (C18.7)

Exámenes auxiliares:

Hemograma:

Leucocitos:8000

Hemoglobina: 11

Plaquetas: 235,000

Neutrófilos:60%

Inmunobioquímica:

Glucosa: 100mg/dl

Urea: 30

Creatinina: 0.9

Fosfatasa alcalina: 70

Marcadores tumorales: CEA: 6 CA19.9: 40 CA125: 25

Colonoscopia: Se observa una lesión vegetante ulcerada en el colon sigmoide con biopsia que es compatible con adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

Tomografía Computarizada (TC) de abdomen y pelvis: Evidencia de un engrosamiento de la pared colónica en el colon sigmoides con afectación de estructuras adyacentes, sin evidencia de metástasis.

Plan de trabajo:

- Interconsulta con oncología para evaluación multidisciplinaria para planificar el manejo quirúrgico
- Interconsulta a cardiología
- Interconsulta a neumología
- Interconsulta a anestesiología
- Solicitar radiografía de tórax
- Solicitar electrocardiograma
- Programar SOP
- Cirugía: Resección quirúrgica del colon sigmoides con margen oncológico adecuado
- Seguimiento: Para determinar la necesidad de quimioterapia adyuvante según hallazgos patológicos y quirúrgicos.

Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico N°3

Anamnesis

Paciente gestante de 11 semanas G1P1001 de 30 años de edad, acude a emergencia por dolor en hipogastrio, pelvis de tipo cólico con presencia de sangrado vaginal en gran cantidad.

Antecedentes:

Personales: Tabaco: Niega Alcohol: Niega RAMS: Niega

Fisiológicos: Nacimiento: eutócico, desarrollo psicomotor: Adecuado Vacunas: Completas Menarquía:12 años RC:5/30, FUR: No recuerda, inicio de relaciones sexuales:14 años No MAC

Patológicos: Niega alergias Niega enfermedades crónicas

Familiares: Mamá: Hipertensión arterial Papá: Diabetes Mellitus

Examen Físico:

Funciones vitales: FC: 89lpm FR:17rpm PA:90/70mmHg Temperatura:37°

Peso:70kg talla:162cm

- Apreciación general: Gestante, aparente estado general, de hidratación y nutrición con fascie dolorosa
- Piel y faneras: tibia, hidratada, laxa, llenado capilar menor de 2", no cianosis, no ictericia, leve palidez
- TCSC: Buena distribución corporal
- Sistema linfático: No se palpa adenopatías
- Sistema osteomioarticular: Presenta curvaturas columnares conservadas, presenta fuerza y tono conservado
- Cabeza: simétricos, móviles, pupilas isocóricas normo reactivas. Conjuntiva palpebral levemente pálida, escleras sin alteraciones.
- Oídos: Conducto auditivo externo permeable y sin alteraciones.
- Nariz: Fosas nasales permeables, simétrica, sin alteraciones. No rinorrea
- Orofaringe: No eritematosa, no congestiva, no presencia de placas
- Maxilofacial: Apertura ocular conservada
- Cuello: Simétrico, cilíndrico, no se palpan adenopatías.

Tórax: Simétrico. No uso de musculatura accesoria y ampliación conservada

- Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados
- Aparato cardiovascular: No se observa choque de punta, ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Leve distensión, RHA conservados, blando, depresible, no dolor a la palpación superficial ni profunda, no reacción peritoneal

Puño percusión lumbar: negativo

Punto renoureteral: negativo

- Especuloscopia: no se evidencia lesiones, se evidencia manchas de secreción hemática marrón oscuro en el canal vaginal. No se evidencia otras secreciones.

- Tacto vaginal: Cérvix posterior, OCI: cerrado antecubierto
- Sistema nervioso central: Despierto, reactivo, colaboradora ante la anamnesis, no signos meníngeos

Impresión diagnóstica: Aborto incompleto (CIE 10: O03.4)

Exámenes auxiliares:

Hemograma:

Hemoglobina: 12.3mg/dl

Hematocrito:35

Leucocitos: 7/mm³

Plaquetas:154

Grupo sanguíneo: O

Factor Rh: (+)

RPR: No reactivo

Examen de imágenes:

Ecografía obstétrica: imágenes compatibles con aborto incompleto

Plan de trabajo:

- Profilaxis antibiótica
- Consentimiento informado
- Manejo del dolor mediante analgésicos
- Asepsia y antisepsia
- Aspiración manual endouterina: AMEU

Tratamiento médico:

- Ibuprofeno 800mg previa intervención, treinta minutos antes.
- Doxiciclina 200mg 1 tableta
- Metronidazol 500mg 1 tableta
- Azitromicina 500mg 1 tableta

Caso clínico N°4

Anamnesis

Paciente mujer de 48 años refiere que ya se encontraba en la menopausia, no presentaba ningún malestar hace seis meses en el que comenzó a experimentar sangrados vaginales irregulares, los cuales eran ocasionales. Además, menciona que siente una presión a nivel de la pelvis el cual se exacerba cuando realiza ejercicios. Agrega que últimamente ha sentido urgencia urinaria y tenemos. Niega pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna.

Antecedentes:

Personales: Alcohol ocasional, tabaco: ocasional RAMS: niega

Fisiológicos: nacimiento: eutócico desarrollo psicomotor: adecuado vacunas: completa menarquía: a los 13 años RC:3 días, irregular. FUR: hace 6 años inicio de relaciones sexuales: a los 20 años, no MAC.

Patológicos:

- Hipotiroidismo: Diagnosticado hace 10 años y toma levotiroxina de 100mg
- Hipertensión arterial: Tratamiento con enalapril

Intervenciones quirúrgicas:

- Fractura de radio (2011)

Familiares: Mamá: hipotiroidismo Papá: niega

Examen físico:

Funciones vitales: FC:80lpm FR:18rpm PA:100/70mmHg, temperatura:37°C

peso: 70kg talla:165cm

Ectoscopia: Paciente despierta, en decúbito dorsal, en regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación, colaborador ante el Examen Físico. Ventila espontáneamente.

Piel y anexos: tibia, laxa, hidratada. Llenado capilar menor de dos segundos.

No cianosis, no palidez, no ictericia.

TCSC: No presenta edemas

Linfadenopatía: no se palpan alteraciones.

Cabeza: Normocéfalo, buena implantación y distribución, no hay evidencia de lesiones ni cicatrices.

Cuello: No bocio

Aparato respiratorio:

- Inspección: Amplexación conservada. No hay signos de tirajes. Simétrico y sin alteraciones
- Palpación: Adecuada elasticidad, no presenta masas, no adenopatías.
- Percusión: timpánico
- Auscultación: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, sin presencia de ruidos agregados.

Aparato cardiovascular:

- Inspección: no hay evidencia de choque de punta.
- Palpación: Choque de punta en el quinto espacio intercostal de la línea medio clavicular izquierda. Sin alteraciones
- Percusión: matidez conservada
- Auscultación: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Pulsos periféricos: poplíteos (+) pedios (+)

Neurológico: Paciente despierta y lucida, orienta en tiempo, espacio y persona.

Conserva tono y fuerza

Glasgow: 15/15

Genitourinario: genitales femeninos conservados.

Puño percusión lumbar (-)

puño percusión renoureteral (+)

Impresión diagnóstica:

NM de endometrio

CIE 10 (C54.1)

Exámenes auxiliares:

Hemograma:

Hemoglobina: 11mg/dl

Hematocrito: 42

Leucocitos: 7200
Plaquetas: 250000
Grupo sanguíneo: B
Factor Rh (+)

Inmunobioquímica

Glucosa: 95
Urea: 25
Albumina: 4,5
Nitrógeno ureico (BUN): 12
Creatina: 0,8
Hepatitis B: negativo

Perfil de coagulación

Tiempo de protrombina: 12
Tiempo parcial de tromboplastina activada: 30 segundos
INR: 1.0
Tiempo de trombina: 15 segundos
Fibrinógeno: 300

Urocultivo:

Negativo

Examen de orina

Sin alteraciones

Ecografía transvaginal: Engrosamiento del endometrio de 18mm.

Biopsia endometrial: Adenocarcinoma endometrio bien diferenciado.

Tomografía computarizada pélvica: No hay evidencia de invasión local o metástasis a distancia.

Plan de trabajo

- Interconsulta con cardiología: para riesgo cardiológico
- Solicitar electrocardiograma
- Interconsulta con neumología: para riesgo neumológico.
- Solicitar radiografía de tórax
- Estadificación
- Interconsulta con anestesiología

Tratamiento:

- Cirugía: histerectomía total + salpingooforectomía bilateral
- Seguimiento por ginecología cada tres meses durante el primer año, luego cada 6 meses por dos años, finalmente lo debe hacer de manera anual.

Rotación en Medicina Interna

Caso clínico N°5

Anamnesis

Paciente varón de 60 años, sin antecedentes de importancia, menciona que acude a emergencia por dolor intenso en una escala de EVA 8/10 acompañado de enrojecimiento en el miembro inferior izquierdo, el cual tuvo un inicio de hace aproximadamente 24 horas previas. Agrega que el cuadro tiene un aumento progresivo del dolor por lo que tiene dificultad para deambular debido a la inflamación y dolor

Antecedentes:

Personales: Niega tabaquismo y consumo alcohol

Fisiológicos: eutócico al nacimiento, desarrollo psicomotor adecuado

Patológicos: Niega

Familiares: Madre: Hipertensión arterial

Papá: Fallecido por IMA

Examen físico:

Funciones vitales: FC: 95 lpm, FR: 18 rpm, PA: 140/85 mmHg, temperatura: 38.0°C.

Apreciación general: Varón en aparente buen estado general, con fascie dolorosa debido a cuadro.

Piel y faneras: Miembro inferior izquierdo con aumento de volumen, eritema localizado, calor aumentado, dolor a la palpación.

Tórax y cardiovascular: Sin alteraciones significativas, ruidos cardíacos normales.

Abdomen: Blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no reacción peritoneal.

Extremidades: Pulso periférico presente, sin signos de trombosis venosa profunda.

Impresión diagnóstica:

Celulitis aguda en miembro inferior izquierdo CIE 10 (L03.1)

Exámenes complementarios:

Hemograma: Leucocitos con desviación izquierda

Cultivo de exudado de miembro inferior izquierdo

Tratamiento:

- Anitbioticoterapia empírica: ceftriaxona EV 1g cada 24 horas
- Manejo de dolor
- Antiinflamatorios
- Elevación del miembro inferior izquierdo
- Monitorizar signos vitales
- Observar respuesta al tratamiento

Plan de trabajo:

- Iniciar profilaxis antibiótica
- Consentimiento informado en caso se necesite hacer procedimiento invasivo
- Asepsia
- Revisión y posible ajuste de tratamiento según resultado de cultivo
-

Caso clínico N°6

Anamnesis

Paciente femenina de 26 años se acerca por emergencia, refiere que tres días antes del ingreso presenta dolor lumbar de intensidad 6 sobre 10, el cual hace dos días se asocia con fiebre de 39°C, por lo que toma paracetamol de 1 gramos dos veces al día y no cede, se suma escalofríos y malestar general. Agrega disuria intensa, urgencia miccional, náuseas y vómitos en dos ocasiones los cuales no fueron explosivos, no sanguinolentos a su cuadro clínico.

Antecedentes:

Personales: Alcohol: ocasional, tabaco: niega, transfusiones: niega RAMS: niega.

Fisiológicos: nacimiento: eutócico, desarrollo psicomotor: adecuado, vacunas: completas

Patológicos:

- Asma leve, ante cuadro asmático usa inhalador de salbutamol
- Dermatitis atópica

Quirúrgicos: Niega

Examen físico

Funciones vitales: FC:110lpm FR:18rpm PA:110/70mmHg temperatura:39°C
Peso:70kg talla:170cm

Ectoscopia: Paciente quejumbrosa y sudorosa, dificultad para moverse por el dolor lumbar. Aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición, aparente regular estado de nutrición.

Piel y anexos: Frialidad distal, hidratada, laxa. Llenado capilar menor de 2 segundos, no cianosis, leve palidez, no ictericia.

TCSC: sin alteraciones

Cabeza: Normocéfalo, implantación y distribución adecuada. No evidencia de lesiones, no cicatriz. Fosas nasales permeables, tabique nasal central, apertura bucal conservada. Oídos simétricos y permeables.

Cuello: Sin alteraciones. simétrico, móvil.

Aparato respiratorio:

- Inspección: no tiraje, simétrico, sin lesiones
- Palpación: Amplexación conservada, no masas, no adenopatías supraclaviculares.
- Percusión: sonoridad conservada.
- Auscultación: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Aparato cardiovascular

- Inspección: No evidencia choque de punta.
- Palpación: No se palpa choque de punta
- Percusión: Matidez
- Auscultación: Ruidos cardíacos rítmicos con buena intensidad, con

predominio a una ligera taquicardia. No soplos

Abdomen:

- Inspección: No distendida, no globuloso, sin lesiones
- Auscultación: Ruidos hidroaéreos positivos.
- Palpación: blando, depresible, no dolorosa a la palpación superficial ni profunda
- Percusión: sonoridad conservada.

Neurológico: Despierta, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow de 15/15.

Osteomioarticular: Conservada

Fuerza y tono: conservada

Genitourinario: Genitales femeninos conservadas

Puño percusión lumbar derecho: (+)

Puño percusión lumbar izquierdo: (-)

Punto renoureteral: Dolor a la palpación en la fosa renal derecha

Impresión diagnóstica:

Pielonefritis aguda izquierda

CIE 10: (N20.9)

Exámenes auxiliares

Hemograma

Hemoglobina: 12.5

Hematocrito: 38%

Leucocitos: 18000

Plaquetas: 25000

Grupo sanguíneo: A

Factor Rh: +

Inmunobioquímica:

Glucosa: 90

Urea: 25

Creatinina: 0,8

PCR: 32

Examen de orina: Patológico

Leucocitosis marcada (más de 100 por campo)

Hematuria microscópicamente presente

Plan de trabajo:

- Urocultivo
- Observar signos vitales
- Continuar tratamiento: Con el urocultivo, ajustar el tratamiento antibiótico.
- Seguimiento en caso de reinfección
- Monitorear los electrolitos séricos para prevenir la deshidratación
- Asegurar hidratación oral
- Educar al paciente para que culmine su tratamiento

Tratamiento:

- Empírico: Ceftriaxona 1gr EV cada 24 horas
- Ibuprofeno 200mg cada 12 horas
- Paracetamol 500mg PRN a fiebre

- Hidratación oral a tolerancia

Rotación en pediatría

Caso clínico N°7

Anamnesis

Paciente de sexo femenino de cuatro años de edad, la cual es traída por su madre, con procedencia del distrito de Villa el Salvador, refiere que su menor hija presenta fiebre hace cuatro días que se caracteriza por ser alta, por lo que le dio repriman, pero la fiebre solo tiende a bajar por un par de horas. Tres días antes del ingreso se le agrega conjuntivitis, por lo que le puso paños de manzanilla y no cesó, sin embargo, no era exudativa, y, además, presentó cambios en la mucosa oral, labios y sequedad. Un día antes del ingreso observa que en la zona plantar tiene eritema y edema en las manos, por lo que decide llevar a su menor hija al departamento de emergencia pediátrica del hospital PNP "Luis N Sáenz"

Antecedentes:

Personales: Niega, transfusiones: Niega, RAMS: Niega

Fisiológicos: Nacimiento: eutócico, desarrollo psicomotor: adecuado, vacunas: completas

Familiares: Mamá: Niega Papá: Niega

Patológicos: Niega

Quirúrgicos: Niega

Epidemiológicos: Niega

Animales: Niega

Examen físico

Funciones vitales: FC:140lpm FR:35rpm PA:100/70mmHg Peso:

Talla: Temperatura axilar:39.5°C SatO2:96%

Ectoscopia: Paciente femenina de cuatro años de edad se encuentra quejumbrosa, en decúbito dorsal en regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación. Presenta eritema en mejillas y labios secos.

Piel y anexos: Piel tibia, con exantema maculopapular en tronco y extremidades. Mucosas ligeramente deshidratadas. Llenado capilar menor de 2 segundos. No cianosis, no ictericia.

Sistema linfático: no presencia de adenopatías.

Sistema osteomioarticular: Sin alteraciones

TCSC: Conservado

Cabeza: Simétrica, con buena y adecuada implantación capilar.

Cuello: Sin alteraciones.

Tórax: Simétrico, Amplexación conservada, no tirajes.

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados

Aparato cardiovascular: No se observa choque de punta, ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad con tendencia a la taquicardia. No se auscultan soplos

Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no signos de reacción peritoneal.

Neurológico: Sin alteraciones. Alerta y orientada, no se evidencia signo de déficit focales.

Glasgow: 15/15

Genitourinario: Genitales femeninos presentes, sin alteraciones.

Miembro superior izquierdo: edema +/+++

Miembro superior derecho: edema +/+++

Miembro inferior izquierdo: edema +/++

Miembro inferior derecho: edema +/+++

Impresión diagnóstica:

Enfermedad de Kawasaki CIE10: (M30.3)

Exámenes auxiliares:

Hemograma

Hemoglobina: 12mg/dl

Hematocrito: 40.5

Leucocitos: 18

Plaquetas: 325000

Grupo sanguíneo: O

Factor Rh: (+)

Inmunobioquímica:

Glucosa: 120

Urea: 42

Creatinina:0.4

PCR: 12

VSG: 45

Marcadores hepáticos:

AST: 60

ALT: 50

Examen de orina: sin alteraciones

Ecocardiograma:

- Se observa dilatación leve de la arteria coronaria izquierda (Z-score +2.0), sin evidencia de aneurisma.
- Función ventricular izquierda dentro de los límites normales para la edad de la paciente.

Plan de trabajo:

- Hospitalización para la observación de la paciente
- Interconsulta con cardiología
- Control y monitoreo de funciones vitales
- Observar signos de alarma
- Realizar ecocardiogramas de seguimiento a corto y largo plazo
- Dar información a los padres acerca de la enfermedad, importancia de cumplir con el tratamiento y de seguimiento

Tratamiento farmacológico:

- Inmunoglobulina intravenosa: se le administra 2gr/kg
- Aspirina: 80mg/kg/día

Caso clínico N°8**Anamnesis**

Madre acude con su menor hijo de 8 meses de edad ya que refiere que desde hace tres días el menor presenta tos seca persistente, además de dificultad respiratoria, lo que no le permite conciliar el sueño, por lo que esta irritable. Menciona que el cuadro empeora gradualmente, y que se agrega sibilancias durante su respiración. Madre niega haber notado fiebre. Niega haberle dado medicamentos. Sin embargo, ha intentado medidas caseras, para lo cual niega mejora.

Antecedentes:

Familiares: Madre: Sana Padre: Sano

Personales: Parto: eutócico con edad gestacional y peso adecuado al nacer.

Fisiológicos: Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. Al momento se encuentra introduciendo alimentos más sólidos.

Patológicos: Niega

Quirúrgicos: Niega

Epidemiológicos: Niega

Inmunizaciones: Completas hasta el momento.

Examen físico

Funciones vitales: FC:150lpm FR:40rpm SatO₂:92% FiO₂:21% peso:8.5kg
talla:70cm

Ectoscopia: Paciente quejumbroso se encuentra en decúbito dorsal. Presenta tos persistente, con dificultad respiratoria. En aparente regular estado general. Regular estado de hidratación y nutrición.

Piel y anexos: Tibia, hidratada y elástica. Labios secos por la respiración oral que se asocia a la dificultad respiratoria.

TCSC: Sin alteraciones

Cabeza: Normocéfalo, buena implantación y distribución capilar. No cicatrices. Sin alteraciones.

Cuello: Simétrico. Sin alteraciones.

Aparato respiratorio: Tórax simétrico. Frecuencia respiratoria aumentada, presencia de retracciones subcostales. Sibilancias bilaterales audibles.

Aparato cardiovascular: Ritmo cardíaco regular, no presencia de soplos. Sin alteraciones.

Abdomen: Blando, depresible, no presencia de masas o megalias. Sin alteraciones.

Neurológico: Paciente con adecuado estado de alerta y reactividad. Sin signos de focalización.

Genitourinario: Genitales masculinos conservados. Sin alteraciones.

Impresión diagnóstica: Bronquiolitis CIE 10: (J21.9)

Exámenes auxiliares:

Hemograma

Hemoglobina: 11gr/dl

Hematocrito: 35%

Leucocitos: 15000

Neutrófilos: 70%

Linfocitos: 25%

PCR: 20

VSG: 30

Plan de trabajo:

- Oxigenoterapia mediante con cánula binasal.
- Observación y monitoreo de signos vitales.
- Monitorizar saturación de oxígeno.

- Hidratación y alimentación a tolerancia.
- Indicar a los padres signos de alarma.

Tratamiento farmacológico:

- Broncodilatadores: Salbutamol con una dosificación de 2 – 4 inhalaciones cada 6 horas.
- Antipiréticos: Paracetamol por vía oral en caso presente fiebre. Con una dosificación 10mg/kg entre 4 a 6 horas e ir observando.
- Fluidoterapia: Se inició con hidratación con solución isotónica 20mg/kg durante las primeras cuatro horas y observar requerimientos.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N Sáenz”, es un establecimiento de categoría III – 1 el cual tiene personal altamente calificado, esta presto a servir atención para la familia policial, tanto al personal en actividad como en retiro. El hospital se encuentra estratégicamente bien ubicado, ya que se está en una de las avenidas principales del distrito de Jesús María, de la provincia de Lima. Además, cuenta con una capacidad de aproximadamente trecientas camas, las cuales se encuentran distribuidas en las diferentes áreas especializadas.

El hospital está equipado y cuenta con diez salas de operaciones de tecnología médica moderna, lo que facilita a sus médicos especialistas poder realizar cirugías de importancia y complejidad. Además, cuenta con consultorios externos de las diferentes especialidades, servicio de emergencia las 24 horas, laboratorio clínico para hospitalizado y otro para emergencia, quirófanos para intervenciones quirúrgicas especializadas. Además, en el área de emergencia cuenta con diferentes especialidades como Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General, Traumatología, Ginecología y Obstetricia, etc.

Durante la pandemia del COVID – 19, el hospital implementó medidas de bioseguridad para proteger al personal de salud y a los pacientes. Se reforzó en algunos casos la telemedicina para medidas de control y seguimiento del paciente, se estableció medidas preventivas de aislamiento para pacientes con sistemas respiratorios agudos. Las rotaciones para el interno de Medicina Humana y para los residentes de las diferentes especialidades se adaptaron mediante capacitaciones de bioseguridad.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Rotación de Cirugía General

Con respecto al caso clínico del paciente con apendicitis abscedada + apendicitis perforada + peritonitis, el diagnóstico se basa en la correcta historia clínica, la cual debe ir con un buen correlato en la anamnesis junto con una evaluación clínica detallada sumado a la confirmación mediante exámenes complementarios. Los síntomas característicos de esta patología son dolor abdominal agudo, que especialmente se localiza en el cuadrante inferior derecho, acompañado de fiebre, náuseas y vómitos. Al realizar la palpación abdominal se puede revelar la sensibilidad localizada o generalizada y rigidez del abdomen, lo que indica una peritonitis (1). Por lo antes expuesto, podemos determinar que en primera instancia es importante realizar un buen examen físico abdominal, siguiendo los correctos pasos e identificando los puntos dolorosos para identificar las alteraciones. En cuanto al examen de imagen preferencial es la tomografía computarizada ya que representa uno de los estudios de imagen que nos permite un diagnóstico más preciso y, asimismo, diferenciar entre apendicitis aguda perforada y no perforada(2).

El tratamiento de elección según las guías de práctica clínica de cirugía general menciona la Apendicectomía urgente, la cual consiste en la extirpación quirúrgica del apéndice inflamado. En casos de peritonitis y formación del plastrón además de las Apendicectomía, el tratamiento inicial profiláctico es la administración de antibióticos de amplio espectro como la ceftriaxona y Metronidazol, ya que se debe cubrir bacterias Gram positivas, negativas y anaerobios. En cuanto al tratamiento la norma técnica del MINSA menciona:

Manejo pre – operatorio: Empieza con paciente en NPO, hidratación endovenosa con cloruro de sodio al 9%, entre 1 a 2 litros, uso de antibióticos, los cuales deben cubrir gérmenes Gram negativos y anaerobios, además, el uso correcto del protocolo de antibiótico profilaxis debe ser treinta minutos antes de la inducción de la anestesia, uso de analgésicos y/o antiespasmódicos en caso ya se tenga el diagnóstico definitivo y la decisión quirúrgica. Sin embargo, es importante

mencionar que no se debe administrar analgésicos antes de una exploración física abdominal.

Análisis pre – operatorio: Se le debe tomar exámenes al paciente como:

- Hemograma
- Hematocrito
- Plaquetas
- Grupo sanguíneo
- Factor Rh
- Tiempo de coagulación
- Sangría
- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax
- Riesgo quirúrgico

En caso del paciente es importante estar pendiente si hace un cuadro séptico para estar en comunicación con el departamento de UCI.

Al ser una apendicitis complicada con peritonitis localizada, la guía del MINSA menciona que se debe realizar la incisión de Rockey – Davis o transversa sobre la masa tumoral, menciona que no es necesario realizar la toma de muestra para el estudio bacteriológico, se debe hacer lavado de cavidad, colocar drenaje laminar o tubular, cierre de pared por planos, previo cambio de guantes quirúrgicos.

Manejo post – operatorio: El paciente debe recibir hidratación parenteral según la evaluación clínica del médico. Debe estar en NPO entre seis a doce horas, de acuerdo a la anestesia usada en el paciente. Probar tolerancia oral de líquidos claros y después continuar con dieta blanda, según el requerimiento del paciente, el cual también debe ser de manera progresiva.

La antibióticoterapia será suspendida en el post operatorio, y en caso de continuarla no debe exceder las 24 horas, la analgesia endovenosa solo será por

el primer día, luego pasará a vía oral. Por último, el paciente debe deambular para evitar íleo o casos de trombosis de miembros inferiores. (3)

El cáncer de colon es producto de alteraciones patológicas del epitelio del colon, generalmente este cáncer se origina de las células que producen moco, el cual lubrica el colon y el recto. Existen subtipos de adenocarcinomas, siendo el de peor pronóstico el adenocarcinoma con células en anillo de sello (4). En el Perú en el año 2023 en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen se detectó más de 500 casos de cáncer colon, de los cuales el 70% alcanzaba se detectaba en estadio avanzado (5).

El cáncer de colon sigmoides tiene como síntomas principales a la diarrea, constipación, dolor abdominal, sangre en heces, pérdida de peso y fatiga. Varios pacientes no presentan estos síntomas en los estadios primarios. Este cáncer tiene un incremento de riesgo en pacientes mayores de cincuenta años, historia familiar, factores del estilo de vida; ya sea comer alimentos procesados, fumar, beber alcohol, obesidad, entre otros (6).

La evaluación del paciente que tiene cáncer de colon sigmoides es a través de diversas herramientas, como la colonoscopia, ya que permite visualizar de manera directa el colon sigmoides para poder detectar y tratar condiciones preventivas, como los pólipos precancerosos o cáncer en etapas tempranas. Luego se toma muestras de biopsia para poder dar con el diagnóstico definitivo. Se emplea el uso de tomografía computarizada para evaluar complicaciones o metástasis (7).

Rotación en Ginecología y Obstetricia

En el 2019 las complicaciones del aborto representaron un 5,5% del total de muertes maternas en Perú, en el año 2020, un 2,4% y en el año 2021, un 2,8%. Además, los abortos espontáneos se dan entre un 80 – 85% antes de las doce semanas de gestación, y, además, aumenta de acuerdo a la edad materna (8). Existen factores de riesgo relacionadas al aborto como: la edad materna avanzada, factores genéticos, hereditarios, antecedente de procedimiento quirúrgico de conización de cérvix, biopsia de vellosidades coriónicas, enfermedades crónicas, infección de malaria, sífilis, tifoidea, estilos de vida,

medicamentos, desnutrición, etc. Se define como aborto de acuerdo a la guía nacional MINSA con los siguientes criterios:

- Paciente con gestación menor a 22 semanas
- Sangrado vaginal
- Dolor en el hipogastrio de tipo contracción

Se define como aborto incompleto cuando se tiene sospecha o hay evidencia de pérdida tipo parcial del contenido uterino, ya que los restos pueden estar en el canal vaginal o cervical, además, de sangrado persistente el cual puede poner en riesgo la vida de la madre.

El diagnóstico final del aborto incompleto se realiza mediante una correcta historia clínica + examen físico + hallazgo de laboratorio y exámenes auxiliares. Según la guía práctica clínica de emergencia obstétricas del MINSA al ser un aborto menor de las doce semanas y no presenta complicaciones y al tener personal médico capacitado en un establecimiento adecuado, refiere que no se necesita de sala de operaciones ya que el manejo en la mayoría de estos casos es con la paciente despierta y con anestesia local. Se necesita de instrumental, conocido como aspiración manual endouterina con siglas AMEU, el cual es el método de elección para vaciar el contenido uterino, este procedimiento reduce la incidencia de complicaciones, gastos y tiempo de hospitalización.

Para realizar un AMEU se debe hacer hecho una correcta historia clínica, examen de pelvis, exámenes auxiliares sin alteraciones, ecografía, informar al paciente y hacerle firmar un consentimiento informado. Se necesita de instrumentales como: Espéculo, tenáculo, pinza de anillos, dilatadores, gasas, solución antiséptica, jeringa de 10cc, set de AMEU (jeringas para el vacío,

cánulas flexibles de diferentes tamaños, adaptador y medicamentos (9). En el caso clínico detallado, la paciente no tuvo interurrencias al ser intervenida y tuvo evolución favorable. El cáncer de endometrio es la neoplasia que se origina en el revestimiento del útero, es uno de los cánceres más comunes, es la más frecuente en estados unidos. Según el observatorio global del cáncer, este

representa la décimo cuarta neoplasia más frecuente en el año 2020. El tipo histológico más comúnmente encontrado en el cáncer de endometrio es de tipo endometriode.

El tipo endometriode constituye alrededor del 85% de los nuevos casos diagnosticados de cáncer de endometrio, mientras que los tipos seroso y de células claras representan entre el 3-10% y el 5% respectivamente. La cirugía es fundamental en el tratamiento del cáncer de endometrio en etapas tempranas(10). En el Perú según el centro nacional de epidemiología, prevención y de control de enfermedades en el año 2022 el cáncer de cuello uterino ocupa el primer lugar en términos de incidencia de cáncer en Perú, representando el 27% del total de casos. (11)

El signo más frecuente del cáncer de endometrio suele ser el sangrado vaginal, el cual ocurre después de la menopausia, lo cual llama la atención de la paciente ya que su presencia no es normal, por lo que acude al consultorio de Ginecología. El diagnóstico del cáncer de endometrio incluye un examen ginecológico, el cual permite detectar la localización y volumen.

También, se agrega ecografía del transvaginal con el fin de poder medir el tamaño del endometrio. Adicional se puede pedir una tomografía abdominal para descartar presencia de metástasis. La biopsia es el Gold estándar para detectar una neoplasia, la cual se realiza con una histeroscopia. El riesgo de recurrencia en casos de estadíos primario es baja ya que se reduce el riesgo (12).

En el caso de la paciente se le dio a conocer su diagnóstico, se le indica que debe realizar interconsultas con cardiología, neumología y anestesiología para programar la fecha quirúrgica, además, se le explica riesgos y el seguimiento que debe continuar de acuerdo a los hallazgos encontrados en SOP.

Rotación en Medicina Interna

La celulitis es una infección localizada de partes blandas, la cual es el resultado de entrada de bacterias a la barrera cutánea con alteración. Es frecuente y su diagnóstico precoz es importante para el tratamiento del paciente. La celulitis compromete a la dermis reticular e hipodermis. Además, el área afectada generalmente tiene signos y síntomas como: aumento de temperatura, edema,

eritema, es de bordes irregulares, en algunos casos puede evolucionar a úlceras, y su localización más frecuente es en miembros inferiores (13).

El diagnóstico es a través de una buena historia clínica, detallando las manifestaciones clínicas, generalmente en cuanto a exámenes auxiliares, el PCR, VSG, y leucocitos se encuentran elevados, sin embargo, en algunos casos no hay alteración de ellos, lo que no excluye el diagnóstico.

El tratamiento según la guía cloxacilina perfusión EV, sesenta minutos, en caso de que el paciente mejore, es decir, no tenga fiebre, se vea mejora del eritema y del edema a los cinco días, se debe rotar con amoxicilina / ácido clavulánico VO a las dosis indicadas hasta completar entre siete a diez días. En caso de que el paciente no tenga mejora en 48 horas, en vez de rotar a amoxicilina con ácido clavulánico, se rotara a clindamicina 1800mg/día dividido en tres perfusiones, se debe relevar a cinco días de tratamiento con clindamicina vía oral a la misma dosis durante siete a diez días (14).

El paciente presento mejora, con evolución favorable y sin interurrencias. La Pielonefritis se define como la inflamación de la pelvis y del parénquima renal, se produce tras la infección bacteriana del riñón, usualmente causada por la ascensión de bacterias desde la vejiga. Es una causa significativa de morbilidad, especialmente en mujeres jóvenes. La Pielonefritis aguda se divide en complicada y no complicada. La Pielonefritis no complicada se presenta en pacientes que no tienen anomalías estructurales ni funcionales de la vía urinaria, sin antecedente de instrumentalización o infección previa, es la forma más frecuente.

La Pielonefritis aguda complicada se asocia a aumentar el riesgo de complicación o fracaso terapéutico, se relaciona más con anomalías estructurales o funcionales, manipulación mediante sondaje, litiasis, inmunodepresión, embarazo, diabetes mal

controlada, mayores de 65 años, etc. Su primer signo suele ser la fiebre, luego el dolor lumbar, el cual se debe a la distensión de la cápsula renal, generalmente es unilateral, en ocasiones se irradia a flanco o fosa ilíaca ipsilateral. La escherichia coli es el agente que predomina en esta patología, representado en

un 75 – 95%, seguido por la bacteria staphylococcus saprophyticus, la cual generalmente afecta a mujeres jóvenes. La presentación de la pielonefritis se caracteriza por varios síntomas, dentro de ellos la presencia de fiebre, dolor en el flanco o en la región lumbar y malestar general. Agregado de síntomas urinarios como disuria y urgencia miccional (15).

El diagnóstico de pielonefritis se basa en la clínica junto con hallazgos en estudios de imagen como ultrasonido renal o tomografía computarizada (TC). En algunos casos, se puede confirmar con cultivos de orina que identifican el agente causal. El tratamiento inicial de la pielonefritis implica el uso de antibióticos empíricos que tienen como objetivo cubrir los patógenos usualmente responsables, como Escherichia coli. Las opciones terapéuticas incluyen fluoroquinolonas, cefalosporinas de tercera generación o aminoglucósidos, seleccionadas en base a la gravedad del caso y los factores de riesgo del paciente. En situaciones de infecciones severas o complicadas, puede ser necesario hospitalizar al paciente para administrar antibióticos por vía intravenosa y para manejar adecuadamente los síntomas.

El seguimiento posterior de la paciente fue por consultorio externo en donde se le trató para evaluar la respuesta al tratamiento y asegurar la resolución de la infección. Tuvo una evolución favorable. Sin interurrencias.

Rotación en pediatría

La enfermedad de Kawasaki, o Síndrome linfonodular mucocutáneo, también conocido como Poliarteritis nodosa infantil, es una vasculitis sistémica aguda e idiopática. Además, afecta a las arterias de pequeño y mediano calibre, con una afectación característica de las arterias coronarias, siendo la causa más común de enfermedad cardíaca adquirida en niños. No hay pruebas diagnósticas específicas para esta condición, se establece mediante la asociación de hallazgos clínicos característicos.

En la enfermedad se produce una respuesta autoinmune dirigida hacia las paredes de los vasos sanguíneos, involucra tanto el sistema inmunitario innato como el adaptativo. Los neutrófilos son los primeros en responder, penetrando la pared arterial, seguidos por las células T CD8+, células dendríticas, monocitos y macrófagos. En conjunto con una sobreproducción de citoquinas como TNF- α , IL-1, IL-2, IL-6, IL-8, estas células y moléculas causan lesiones en la capa subendotelial de los vasos sanguíneos. Esta lesión progresa a una inflamación transmural con edema y necrosis del músculo liso, culminando en la destrucción de la capa media y la formación de aneurismas.

El principal manejo a seguir en esta patología en la etapa aguda es reducir la respuesta inflamatoria y disminuir el riesgo de desarrollar anomalías coronarias. Se debe estar preparado para manejar posibles complicaciones como shock, que puede requerir el uso de medicamentos inotrópicos, y eventos trombóticos coronarios, los cuales pueden estar relacionados con la severidad del daño agudo.

En el paciente se manejó de manera adecuada, ya que de primera línea se administró el uso de inmunoglobulina con ácido acetilsalicílico, el cual es el manejo según guía MINSA en cuanto a la práctica clínica de la enfermedad de Kawasaki. La inmunoglobulina intravenosa es el tratamiento de primera línea durante los primeros diez días, se debe considerar el uso en caso el paciente presente fiebre persistente, actividad inflamatoria aumentada que se vea reflejada en el PCR y VSG, presencia de aneurisma coronario. En cuanto al ácido acetilsalicílico se inicia junto a la inmunoglobulina entre 30 – 50mg/kg/día cada 6 horas VO hasta que el paciente se encuentre afebril, luego se debe administrar a dosis antiagregante, el cual es de 3 – 5mg/kg/día en una sola dosis vía oral. Se debe dar por 6 a 8 semanas desde que inicio el cuadro hasta que en los exámenes auxiliares se encuentren las plaquetas a niveles normales junto con los reactantes de fase aguda.

En el caso clínico del paciente, fue respondiendo al tratamiento de manera favorable, sin embargo, continuo en hospitalización para continuar con el seguimiento de la enfermedad. La bronquiolitis se caracteriza por una serie de

síntomas y signos clínicos que comienzan con un pródromo viral en las vías respiratorias superiores, seguido de un incremento en el esfuerzo respiratorio y la presencia de sibilancias en niños menores de 2 años. El virus sincitial respiratorio (VSR) es el agente más frecuentemente encontrado en un rango del 41% al 83% de los pacientes diagnosticados con bronquiolitis.

No obstante, esta condición puede ser causada también por otros virus como el rinovirus, metapneumovirus, coronavirus, bocavirus humano, virus de la influenza, adenovirus y virus para influenza. La infección comienza en el tracto respiratorio superior y se extiende al epitelio respiratorio inferior, específicamente a los bronquiolos. La inflamación en los bronquiolos se caracteriza por el daño a los cilios, la infiltración celular, el edema en la submucosa y adventicia, lo cual puede resultar en necrosis tisular.

El edema, la producción de moco y el daño al epitelio respiratorio causan obstrucción parcial o total de las vías respiratorias, junto con la formación de atelectasias y cambios en la relación ventilación-perfusión. Esto conduce a la hipoxemia, así como a un aumento en la frecuencia respiratoria (polipnea y taquipnea) en el paciente infectado.

Factores ambientales como la contaminación ambiental y la exposición al tabaquismo en el entorno, estilos de vida como la falta de lactancia materna exclusiva y la asistencia a guarderías o cunas, así como condiciones económicas desfavorables como la pobreza y/o hacinamiento, son determinantes de riesgo significativos.

Otros factores de riesgo incluyen la edad menor a 3 meses, la prematuridad, la desnutrición y el bajo peso al nacer. Además, la presencia de condiciones médicas concomitantes como cardiopatías congénitas de relevancia hemodinámica, inmunodeficiencias, enfermedades pulmonares crónicas, enfermedades neurológicas y síndrome de Down también aumentan el riesgo de complicaciones (16). Se deben llevar a cabo seis acciones fundamentales para el manejo de pacientes con bronquiolitis, las cuales se describen en el siguiente cuadro utilizando el acrónimo "FALTAN". Estas acciones deben ser comunicadas a los cuidadores de niños con esta condición.

ACRONIMO “FALTAN”	
F: FIEBRE	En caso de fiebre, se recomienda administrar paracetamol si la temperatura axilar supera los 38°C, dependiendo del grupo etario del paciente. Si la temperatura es inferior a 38°C axilar, pero causa malestar, o si hay historial de convulsiones asociadas a fiebre, se debe administrar paracetamol junto con medidas físicas como aligerar las coberturas, aplicar baños de agua tibia, o compresas húmedas tibias en la frente, abdomen o piernas. Es crucial adaptar estas acciones según las necesidades individuales de cada paciente y su entorno, evitando el uso innecesario de otros métodos.
A: ALIMENTACIÓN	Si el niño tiene menos de 6 meses de edad o aún no ha comenzado a recibir alimentos complementarios, se debe alentar a la madre a amamantarlo con regularidad. Si el niño ya ha comenzado a recibir alimentos complementarios, se debe continuar dando sus comidas habituales.
L: LÍQUIDOS	Aumentar la ingesta de líquidos para asegurar una hidratación adecuada

	del cuerpo, teniendo en cuenta las pérdidas a través de secreciones y pérdidas insensibles, especialmente cuando el niño presenta fiebre.
T: TOS	Es recomendable evitar el uso de medicamentos como antitusígenos, expectorantes, antihistamínicos, descongestionantes, entre otros.
A: ALARMA	<p>Observar si el niño presenta cualquiera de los siguientes signos de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad respiratoria como taquipnea, tirajes, sibilancias, estridor o quejido. - Persistencia de fiebre después de 48 horas de tratamiento. - Dificultad para alimentarse o beber, o vómitos frecuentes. - Cambios en el estado de alerta como irritabilidad, somnolencia, falta de sonrisa social o convulsiones. - Falta de mejoría o empeoramiento a pesar del tratamiento recibido.
N: NARIZ	Se recomienda limpiar las fosas nasales, se puede hacer usando una solución casera de agua con sal (media cucharadita de sal en media taza de agua) o suero fisiológico al 0.9%. Se deben aplicar de 5 a 10 gotas (0.25 - 0.5 ml) en cada fosa nasal, según sea necesario, para

	mantener las vías respiratorias del niño libres de obstrucciones.
--	---

En el caso clínico del paciente se manejó de acuerdo al protocolo del acrónimo “faltan”, pasándolo a hospitalización hasta que mejore su saturación a valores normales y no tenga retracción subcostal, previo al alta se le indicará a los padres los signos de alarma.

CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRITICA DE LA EXPERIENCIA

El séptimo año de la carrera de Medicina Humana, cada alumno sabe que es una nueva experiencia, es un año en el que cada uno toma acción por sí mismo, enfrentando a los miedos e inseguridades. Es el afrontamiento a la realidad de tu nivel de conocimiento, en donde el día a día es una competencia, de ver qué interno es el más eficaz y competente, aunque suene un poco difícil, cada uno de los internos disfruta de que por fin sea el último año, el más esperado, en donde la experiencia que vive cada uno, se consolida en los diez meses de internado. Los primeros días son muy demandantes, de manera física e intelectual, ya que es un comienzo de una nueva experiencia.

Al iniciar el día siempre es ir con el paciente, realizar un correcto examen físico mientras detallas la historia clínica, y de acuerdo a la gravedad del paciente tienes que aprender a ser cada vez más rápido, pero eficaz. El séptimo año de la carrera de Medicina Humana representa un hito significativo para cada alumno. Es un período marcado por la acción individual y el buen trabajo en equipo.

El internado no solo implica aprender a manejar casos clínicos complejos, sino también adaptarse rápidamente a diferentes situaciones y escenarios de atención médica. La experiencia en el día a día enriquece no solo el conocimiento teórico adquirido durante años de estudios previos, sino también las habilidades prácticas y la capacidad de tomar decisiones bajo presión.

A medida que avanza el año, se profundiza en el entendimiento de la medicina como una disciplina que combina ciencia y humanidad, debido a los diferentes escenarios que observas en cada paciente de acuerdo a su patología. Cada interacción con pacientes y cada decisión tomada impacta directamente en la vida de aquellos a quienes se atiende. La empatía se vuelve fundamental, pues detrás de cada diagnóstico y tratamiento hay historias personales acompañadas de diferentes

emociones que requieren comprensión y cuidado. El internado médico no solo es un paso hacia la formación profesional, sino también un período de crecimiento personal. Se aprende a lidiar con la incertidumbre, a aceptar los propios límites y a superar desafíos con perseverancia y dedicación. Cada día representa una

oportunidad para aprender algo nuevo, para mejorar habilidades técnicas y para cultivar cualidades humanas como la paciencia, la humildad y el compromiso.

En cada servicio se experimenta días intensos con múltiples tareas por cama y la responsabilidad de reportar pacientes y hacer historias clínicas. Además, dentro de Medicina Interna está el Servicio de Emergencia cada cuatro días, en el que el interno se adapta a poder atender a una alta demanda, incluyendo las medidas preventivas por la pandemia de COVID-19 y aprendiendo de diferentes médicos residentes.

En resumen, el séptimo año de la carrera de Medicina Humana es importante ya que representa una etapa de entrenamiento clínico intensivo. Es un proceso de desarrollo integral donde se consolidan conocimientos, habilidades y valores que moldearán la práctica futura, es decir, definirán la práctica médica futura. Es el periodo y la oportunidad en que el estudiante se convierta en un profesional capacitado listo para enfrentar los desafíos del mundo real con confianza y empatía.

V. CONCLUSIONES

Durante el internado médico se tiene la oportunidad única de enfrentar a una importante clasificación de patologías, desde las más comunes hasta aquellas que son raras.

Las diversidades de los casos clínicos no solo enriquecen el conocimiento médico del estudiante, sino que también prepara para situaciones complejas que puedan surgir en la práctica profesional. Esta fase de formación no solo refuerza los conocimientos teóricos y prácticos, sino que también favorecen el carácter y la ética profesional del futuro médico.

Al interno de medicina le brinda la capacidad de manejar toma de decisiones rápidas y empáticas, sin perder habilidades cultivadas durante el internado, son esenciales para una carrera exitosa en el ámbito médico hospitalario.

VI. RECOMENDACIONES

- Es importante que el internado Médico dure como mínimo doce meses, ya que la finalidad del internado médico es mejorar las habilidades y conocer el manejo de las patologías más frecuentes.

- Rotar más tiempo por otras especialidades, ya que permite tener mayor conocimiento y estar actualizado en las terapéuticas de las diferentes patologías.

- Realizar mayor número de exposiciones y debates, ayuda al interno a familiarizarse con las decisiones médicas, promoviendo el intercambio de conocimientos de diferentes universidades, con el fin de que estén preparados para enfrentar los desafíos del sistema de Salud.

- Implementar áreas de estudios en el Hospital, en donde se puedan aprovechar el tiempo de descanso para ampliar conocimientos, con acceso a base de datos médicas, biblioteca virtual.

VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. 031GRR.pdf [Internet]. [citado 1 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/031GRR.pdf>
2. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir Gen [Internet]. marzo de 2019 [citado 1 de julio de 2024];41(1):33-8. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-00992019000100033&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. GUIA_DE_PRACTICA_CLINICA_DX_Y_TTO_APENDICITIS_AGUDA_1.pdf [Internet]. [citado 1 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0408/GUIA_DE_PRACTICA_CLINICA_DX_Y_TTO_APENDICITIS_AGUDA_1.pdf
4. ¿Qué es el cáncer colorrectal? | ¿Cómo se origina el cáncer colorrectal? [Internet]. [citado 1 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/acerca/que-es-cancer-de-colon-o-recto.html>
5. EsSalud advierte incremento de casos de cáncer de colon en hospital Almenara [Internet]. [citado 1 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/essalud/noticias/945067-essalud-advierete-incremento-de-casos-de-cancer-de-colon-en-hospital-almenara>
6. Colorectal cancer [Internet]. [citado 1 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>
7. GPC-Cancer-de-Colon_V.-Extensa-y-Anexos.pdf [Internet]. [citado 1 de julio de 2024]. Disponible en: https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2023/12/GPC-Cancer-de-Colon_V.-Extensa-y-Anexos.pdf
8. RD 156 DG 2022.pdf [Internet]. [citado 1 de julio de 2024]. Disponible en: <http://sieval.sanbartolome.gob.pe/transparencia/Publicacion2022/Direccion/RD%20156%20DG%202022.pdf>

9. 852_IMP198.pdf [Internet]. [citado 1 de julio de 2024]. Disponible en: https://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
10. ETS-001-2024.pdf [Internet]. [citado 1 de julio de 2024]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2024/02/ETS-001-2024.pdf>
11. RD 156 DG 2022.pdf [Internet]. [citado 1 de julio de 2024]. Disponible en: <http://sieval.sanbartolome.gob.pe/transparencia/Publicacion2022/Direccion/RD%20156%20DG%202022.pdf>
12. ES-Cancer-de-Endometrio-Guia-para-Pacientes.pdf [Internet]. [citado 1 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.esmo.org/content/download/6602/115023/1/ES-Cancer-de-Endometrio-Guia-para-Pacientes.pdf>
13. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis [Internet]. [citado 1 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-pdf-S0001731018304253>
14. Guia_de_Practica_Clinica_Diagnóstico_y_Tratamiento_de_Apendicitis_Aguda.pdf [Internet]. [citado 28 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/Guia_de_Practica_Clinica_Diagn%C3%B3stico_y_Tratamiento_de_Apendicitis_Aguda.PDF
15. 093-2013 GUIA_DE_PRACTICA_CLINICA_INF_URINARIA_EMERGENCIA.pdf [Internet]. [citado 1 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.incn.gob.pe/wp-content/uploads/2020/09/093-2013-GUIA_DE_PRACTICA_CLINICA_INF_URINARIA_EMERGENCIA.pdf
16. 4930.pdf [Internet]. [citado 1 de julio de 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4930.pdf>