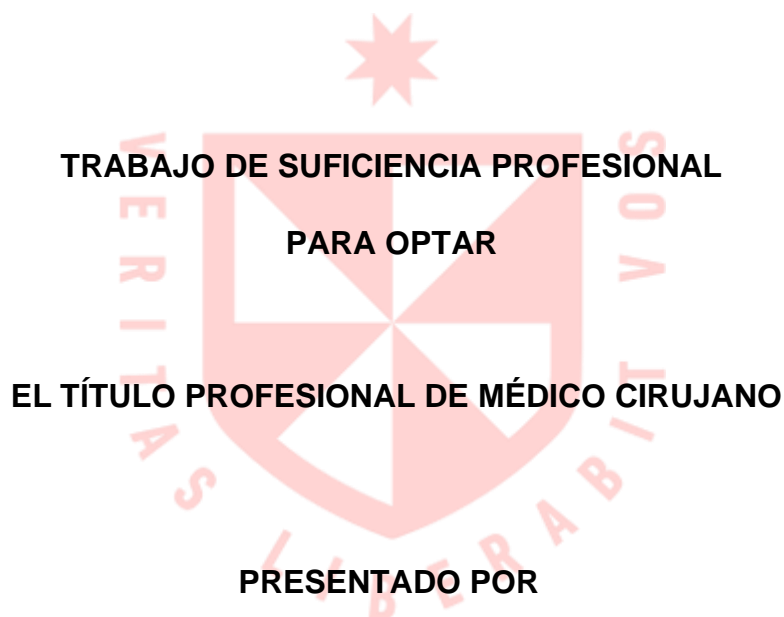


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL CENTRO
MÉDICO NAVAL “CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA”, LIMA
2023



BRUNO EDWYN ORTEGA SANDOVAL

ASESORA

FILIDA DEL CARMEN GARNIQUE DIAZ

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 MÉDICO EN EL CENTRO
MÉDICO NAVAL “CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA”,
LIMA 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

BRUNO EDWYN ORTEGA SANDOVAL

ASESORA

M.E. FILIDA DEL CARMEN GARNIQUE DIAZ

LIMA – PERÚ

2024

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación al apoyo constante de mi Familia que me brindaron el soporte durante toda esta carrera linda y sacrificada llamada Medicina Humana. Así como, a todos los docentes y compañeros que aportaron durante toda mi formación profesional y última etapa a lo largo del Internado médico.

Finalmente, esta etapa que culmina mi desarrollo profesional se la dedico a mi Padre, quién no pudo estar presente físicamente, pero estuvo siempre guiando mis pasos para llegar a esta meta.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	1
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLÓ LA ESPERIENCIA.....	26
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	28
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.....	41
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	44
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	46

RESUMEN

Objetivo: Presentar de forma ordenada y detallada las experiencias clínicas, quirúrgicas y aptitudes teóricas y prácticas durante el internado médico

Metodología: Revisión sistemática de historias clínicas de las especialidades de Medicina Interna, Cirugía general, Pediatría y Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távora”

Resultados: Se realizará la presentación de dos casos clínicos de las patologías revisadas por cada especialidad.

Conclusiones: El periodo del internado médico brinda una consolidación en los conocimientos adquiridos durante la formación universitaria con el apoyo de los médicos asistentes y residentes correspondientes a cada especialidad presentada que serán importantes para brindar un adecuada atención médico-paciente durante el SERUMS y la posterior prestación de servicios de salud a la población.

Palabras claves: Internado Médico, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía General, Medicina Interna, casos clínicos.

ABSTRACT

Objective: To present in an orderly and detailed manner the clinical and surgical experiences and theoretical and practical skills during the medical internship.

Methodology: Systematic review of clinical histories of the specialities of Internal Medicine, General Surgery, Paediatrics and Gynaecology and Obstetrics of the Naval Medical Centre "Cirujano Mayor Santiago Távora".

Results: The presentation of two clinical cases of the pathologies reviewed by each speciality will be carried out.

Conclusions: The medical internship period provides a consolidation of the knowledge acquired during university training with the support of the medical assistants and residents corresponding to each speciality presented, which will be important for providing adequate doctor-patient care during SERUMS and the subsequent provision of health services to the population.

Key words: Medical Internship, Gynaecology and Obstetrics, Paediatrics, General Surgery, Internal Medicine, clinical cases.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL CENTRO MÉDICO NAVAL "CIRUJA
NO MAYOR SANTIAGO TÁVARA", LIMA 2
0**

AUTOR

BRUNO EDWYN ORTEGA SANDOVAL

RECUENTO DE PALABRAS

11474 Words

RECUENTO DE CARACTERES

67810 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

52 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

113.0KB

FECHA DE ENTREGA

Aug 29, 2024 9:54 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Aug 29, 2024 9:55 AM GMT-5

● **15% de similitud general**

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

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% 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



Dra. Filida Garnique Díaz
Médico Geriatra
CMP 43303 RNE 40076

Asesora: Dra. Filida del Carmen Garnique Díaz
DNI: 40090608

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3000-6614>

INTRODUCCIÓN

El internado médico en el Perú durante el 2023 representó una etapa crucial en la formación de los futuros médicos del país. Este periodo de formación práctica, que abarca el último año de la carrera de medicina, se caracteriza por la inmersión de los estudiantes en un entorno clínico real, donde pueden aplicar los conocimientos teóricos adquiridos en los años previos de estudio. En el 2023, este proceso no solo implicó retos académicos y prácticos, sino que también estuvo marcado por las secuelas de la pandemia de COVID-19 y las reformas en el sistema de salud peruano.

Uno de los mayores desafíos que enfrentaron los internos en el 2023 fue la necesidad de adaptarse a los cambios y restricciones ocasionados por la pandemia, el cual redujo su desarrollo en las diferentes especialidades como Cirugía general, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Medicina interna con una duración de 10 meses para Hospitales del Ministerio de Salud (MINSA) y Fuerzas Armadas, exceptuando la rotación por el Primer Nivel de Atención en este último.

Este proceso también estuvo marcado por un enfoque renovado en la humanización de la atención médica. Las universidades y los centros de salud promovieron la empatía, la comunicación efectiva y el trato digno a los pacientes como competencias esenciales para los futuros médicos. Esto se reflejó en programas de capacitación y talleres que buscaban sensibilizar a los internos sobre la importancia de una atención centrada en el paciente.

En resumen, el internado médico en el Perú durante el 2023 fue un año de aprendizaje intensivo y multifacético, donde los internos no solo consolidaron sus conocimientos médicos, sino que también desarrollaron habilidades cruciales para enfrentar los retos del sistema de salud. A pesar de las dificultades, la experiencia adquirida en este periodo preparó a una nueva generación de médicos comprometidos con la salud y el bienestar de la población peruana.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

Se presentarán dos casos clínicos por cada rotación realizada durante el internado médico en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” (CEMENA) mediante la revisión de historias clínicas.

Rotación de Medicina Interna

Caso clínico N°1

Anamnesis

Paciente femenino de 22 años refiere que tres días antes de su ingreso nota picazón de mosquito en pie derecho posterior a ello nota aumento de volumen en región anterior de tobillo derecho. Dos días antes del ingreso se agrega dolor a la deambulación con persistencia de aumento volumen, por lo que decide acudir al servicio de emergencia del CEMENA. Niega sensación de alza térmica (SAT), niega aumento de temperatura en zona de picadura.

Tiempo de enfermedad: 3 días

Forma de Inicio: Insidioso

Curso: Progresivo

Síntomas principales:

- Aumento de volumen de pie derecho
- Dolor
- Dificultad para la deambulación

Antecedentes:

- Patológicos: Niega patología de importancia, niega reacción adversa a medicamentos (RAMS).
- Medicación de uso frecuente: Niega

- Familiares: Padre (54 años) hipertensión arterial, Madre (51 años) insuficiencia cardiaca
- Quirúrgicos: Niega

Examen Físico:

- Funciones vitales (FV): Presión arterial (PA) 94/68 mmHg, frecuencia respiratoria (FR) 18 respiraciones por minuto (rpm), frecuencia cardiaca (FC) 70 latidos por minuto (lpm), temperatura 36.5°C, saturación 97%, peso 50 kilogramos (kg), talla 1.53 metros (m), IMC 21.4 kg/m².
- Aspecto general: Aparente regular estado general (AREG), aparente mal estado de nutrición (AMEN), aparente regular estado de hidratación (AREH).
- Piel, Anexos, TCSC (tejido celular subcutáneo): Piel tibia, hidratada, elástica (T/H/E), llenado capilar < 2 segundos. TCSC Edema (++) y lesión de aproximadamente 2 x 2 centímetros (cm) en dorso de pie derecho con secreción seropurulento.
- Linfático: No adenopatías, no adenomegalia
- Cabeza: Normocéfalo, fosas nasales permeables sin secreciones, orofaringe no eritematosa no congestiva,
- Cuello: Simétrico, tráquea central móvil, no masas palpables, no adenopatías.
- Mamas: Simétricas, no secreciones, no lesiones visibles, no masas palpables, no dolorosas.
- Tórax y Pulmones: Tórax simétrico, amplexación conservada, timpánico a la percusión en ambos hemitórax, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: No choque de punta, Ruidos cardiacos rítmicos (RCR), regulares de buen tono e intensidad, no soplos, pulsos periféricos (PP) presentes, no ingurgitación yugular (IT).
- Abdomen: Plano, ruidos hidroaéreos (RHA) presentes de adecuado

en tono, frecuencia e intensidad, no doloroso a palpación superficial ni profunda, no masas palpables, no visceromegalia.

- Genitourinario: Puño percusión lumbar (PPL) negativo, Puntos renoureterales (PRU) negativos.
- Tacto rectal: Diferido.
- Aparato locomotor: Dolor a la movilización de pie derecho.
- Sistema nervioso: Despierta, lucida, orientada en tiempo, espacio, persona (LOTEP), escala de Glasgow 15/15 puntos, pupilas céntricas, isocóricas, reactivas a la luz y acomodación (CIRLA), pares craneales sin alteraciones, fuerza y tono muscular conservado, reflejos osteotendinosos (ROT) conservados, no signos meníngeos, no signos de focalización.

Exámenes auxiliares:

- Laboratorio:
 - o Bioquímico: Proteína C reactiva (PCR) 3.44 mg/dl, glucosa basal 116 mg/dl, urea 25.0 mg/dl, creatinina 0.55 g/dl.
 - o Hemograma: Hemoglobina (Hb) 13.7 g/dL, Plaquetas 256 000 mm³, leucocitos 8 870 mm³, segmentados 8 160 mm³ (92.1%), abastionados 0.0 mm³ (0%), linfocitos 640 mm³ (7.2%).
 - o Sedimento de orina: Leucocitos 10-20 x campo, hematíes 2-5 x campo, células epiteliales regular cantidad, gérmenes abundantes, levadura no se observa.

Impresión diagnóstica:

- Celulitis de pie derecho
- Descartar infección del tracto urinario (ITU)

Plan de trabajo:

- Dieta completa + líquidos a voluntad
- Antibioticoterapia: Oxacilina 1 gramos (gr) endovenoso (EV) cada 4 horas
- Ranitidina 150 mg vía oral (VO) cada 24 horas

- Paracetamol 500 miligramos (mg) 2 tabletas vía oral (VO) si $T^{\circ} \geq 38^{\circ}\text{C}$ y/o dolor
- Clorfenamina 4mg 1 tableta condicional a prurito
- Curaciones diarias de lesiones en pie derecho
- Urocultivo

Evolución

Paciente durante su hospitalización presenta disminución de edema y dolor en pie derecho y mejoría en la deambulaci3n, con adecuado manejo y curaci3n de lesiones. Al quinto d3a de hospitalizaci3n se evidencia urocultivo negativo. Se rota tratamiento antibi3tico a v3a oral con dicloxacilina 500 mg cada 6 horas hasta completar 7 d3as de tratamiento y es dada de alta con indicaciones m3dicas.

Caso cl3nico N°2

Anamnesis

Paciente femenino de 25 a3os natural del callao, procedente de ventanilla acude a emergencia tiempo de enfermedad de 4 d3as caracterizado por sensaci3n de alza t3rmica, nausea, v3mitos y malestar general. Dos d3as antes del ingreso acude al Hospital Sabogal donde le refieren que presenta examen de dengue positivo, indicando tratamiento con paracetamol e hidrataci3n. Al d3a del ingreso manifiesta v3mitos hasta en oportunidades y dolor abdominal de intensidad 9/10 por lo que acude a emergencia.

Tiempo de enfermedad: 4 d3as.

Forma de Inicio: Insidioso.

Curso: Progresivo.

S3ntomas principales:

- V3mitos

- Dolor abdominal
- Malestar general
- Sensación de alza térmica

Antecedentes:

- Patológicos: Niega patología de importancia, RAMS: Metamizol.
- Medicación de uso frecuente: Anticonceptivos orales (Yasminik).
- Familiares: Niega.
- Quirúrgicos: Niega.

Funciones biológicas:

- Apetito: Disminuido, Sed: Disminuido, Deposiciones: Sin alteraciones, Diuresis: Conservado, Sueño: Disminuido

Examen Físico:

- Funciones vitales: PA 120/66 mmHg, FR 19 rpm, FC 90 lpm, temperatura 38°C, saturación 99%, peso 80 kg, talla 1.70 m, IMC 27.7 kg/m².
- Aspecto general: AREG, AMEN, AREH.
- Piel, Anexos, TCSC (tejido celular subcutáneo): Piel T/H/E, llenado capilar < 2 segundos. no cianosis, no palidez, no lesiones. TCSC no edemas.
- Linfático: No adenopatías, no adenomegalia
- Cabeza: Normocéfalo, fosas nasales permeables sin secreciones, mucosa oral hidratada, dentadura completa.
- Cuello: Simétrico, tráquea central móvil, tiroides no palpable, no adenopatías.
- Mamas: Simétricas, no secreciones, no lesiones visibles, no masas palpables, no dolorosas.
- Tórax y Pulmones: Tórax simétrico, amplexación conservada, timpánico a la percusión en ambos hemitórax, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

- Cardiovascular: No choque de punta, Ruidos cardiacos rítmicos, regulares de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos presentes, no IY.
- Abdomen: Plano, ruidos hidroaéreos (RHA) presentes de adecuado en tono, frecuencia e intensidad, Blando y depresible (B/D), doloroso a palpación superficial difusa a predominio de epigastrio de intensidad 7/10, no masas palpables, no visceromegalia.
- Genitourinario: PPL negativo, PRU negativos.
- Tacto rectal: Diferido.
- Aparato locomotor: Moviliza 4 extremidades sin limitación funcional.
- Sistema nervioso: Despierta, LOTEPE, escala de Glasgow 15/15 puntos, pupilas CIRLA, funciones mentales superiores conservadas, no signos meníngeos, no signos de focalización.

Exámenes auxiliares:

- Laboratorio:
 - o Bioquímico: PCR 16.53 mg/dl
 - o Hemograma: Hemoglobina 13.5 g/dL, Hematocrito 41.7%, Plaquetas 175 000 mm³, leucocitos 3090 mm³

Impresión diagnóstica:

- Dengue con signos de alarma

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza
- Dieta líquida a tolerancia
- Hidratación: Cloruro de sodio (NaCl) 0.9% 1000 cc a 60 cc/hora
- Ranitidina 50 mg EV cada 12 horas
- Hioscina 20 mg condicional a dolor abdominal
- Dimenhidrinato condicional a náuseas y/o vómitos
- Paracetamol 500 mg 2 tabletas condicional a T ≥ 38°C
- Control de funciones vitales (CFV) + Balance hídrico estricto (BHE)

- Se solicita antígeno dengue NS1, perfil hepático, perfil de coagulación e interconsulta al servicio de Infectología.

Evolución

Durante el primer día de hospitalización paciente presenta ausencia de vómitos, dolor abdominal y afebril en el pase de visita. Se evalúan exámenes solicitados perfil hepático con valores de TGO elevado (390.5 U/L) y TGP elevado (221.0 U/L), resto dentro de parámetros normales; perfil de coagulación se evidencia TTP prolongado (42.50 segundos), TP 12.7 segundos y dengue antígeno NS1 positivo. Al segundo día de hospitalización no se presentan signos de alarma y se solicita hemograma control. Al tercer día de hospitalización se revisan hemograma solicitado con Hb 12.7, hematocrito 37.9%, plaquetas 155 000 mm³, leucocitos 3060 mm³, paciente con adecuada tolerancia oral y ausencia de signos de alarma, por lo que se decide alta médica, evaluación por infectología por consultorio externo y hemograma control en 1 mes.

Rotación de Cirugía general

Caso clínico N°1

Anamnesis

Paciente mujer de 34 años, refiere que desde hace 15 meses presenta 3 episodios repetidos de dolor abdominal cólico en hipocondrio derecho, de intensidad 8/10 y que se presentan tras la ingesta de comida grasa y bebidas alcohólicas, algunas veces asociado a náuseas y vómitos alimenticios; se toma ecografía abdominal que muestra litiasis vesicular siendo derivada al servicio de cirugía general para programación quirúrgica electiva. Niega cólico vesicular reciente.

Tiempo de enfermedad: 15 meses

Inicio: Insidioso

Curso: Progresivo

Antecedentes:

- Patológicos: Quistes mamarios en tratamiento farmacológico hace 2 meses, niega RAMS
- Quirúrgicos: Cesárea segmentaria transversa (2012 y 2018)
- Familiares: Madre y Padre con hipertensión arterial
- Medicación habitual: Niega

Examen físico:

- Funciones vitales: PA 110/70 mmHg, FC 84 lpm, FR 16 rpm, saturación 98%, T 36.5°C, peso 72 kg, talla 1.61 m, IMC 27.8 kg/m²
- Apariencia general: AREG, AREN, AREH, colabora con el interrogatorio
- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 segundos
- TCSC: No se evidencian edemas
- Tórax y pulmones: MV audible en ACP. No ruidos agregados. Amplexación conservada.
- Cardiovascular: RCR, de buena intensidad. No soplos. Pulsos periféricos palpables
- Abdomen: Móvil a la respiración. Cicatriz tipo pfannenstiel. RHA (+) propulsivos de buen tono e intensidad en 4 cuadrantes. Blando/depresible. No doloroso a la palpación superficial ni profunda. Murphy (-). Timpanismo a la percusión
- Genitourinario: PPL negativo, PRU negativos
- SNC: Glasgow 15. LOTEP. No signos de focalización

Exámenes auxiliares:

- Laboratorio
 - o Hemograma: Hb 13 g/dl, leucocitos 6430 mm³, plaquetas 340 000 mm³
 - o Serológico: HIV negativo, Hepatitis B negativo, Sífilis No reactivo

- Bioquímico: Glucosa 90 mg/dl, Urea 20.9 mg/dl. creatinina 0.63 g/dl. Bilirrubina total (BT) 0.29, bilirrubina indirecta (BI) 0.17, bilirrubina directa (BD) 0.12, Fosfatasa alcalina (FA) 89.8, GGTP 44
- Grupo sanguíneo y factor RH: O positivo
- Examen de orina: Leucocitos 0-2 x campo, hematíes 0-2 x campo, esterasa leucocitaria negativo, nitritos negativos
- Perfil de coagulación: Tiempo de sangría 1 minuto, tiempo de coagulación 6 minutos
- Ecografía abdominal:
 - Vesícula biliar de 66x29mm, paredes delgadas de 2 mm, múltiples litiasis de aproximadamente 6-11mm, porta 10mm, colédoco 6mm
 - Conclusiones: Colelitiasis
- Riesgo quirúrgico (RQ)
 - RQ cardiológico: RQ I

Diagnóstico presuntivo:

- Colecistitis crónica calculosa
- Sobrepeso

Plan terapéutico

- Colectomía laparoscopia y/o convencional

Indicaciones pre SOP

- NPO desde las 22:00 horas pre SOP
- Vía salinizada
- Cefalexina 2 g EV 30 minutos pre SOP
- Vendaje muslo-pedio pre SOP
- CFV

Evolución

Se realiza colecistectomía laparoscópica sin complicaciones, el informe operatorio muestra vesícula biliar de 7x3 cm, paredes delgadas, múltiples litos

de aproximadamente 1 cm, conducto cístico de 2 mm y arteria cística única. Durante el primer día operatorio paciente presenta dolor 3/10 en zona perioperatorios, deambula, canaliza flatos y tolera vía oral a líquidos, por lo que se decide alta médica con indicaciones y se cita por consultorio externo en 7-10 días para retiro de puntos.

Caso clínico N° 2

Anamnesis

Paciente masculino de 28 años refiere que 10 meses antes de su ingreso presenta episodio de dolor abdominal tipo punzada en hipocondrio derecho postprandial, acude a centro médico, donde se le receta analgésicos, sin mejoría de los síntomas, por lo que se decide complementar con estudio de imágenes, con el diagnóstico de quiste hidatídico, siendo tratado médicamente durante 3 meses (1 mes: praziquantel más albendazol y 2 meses: albendazol) sin mejoría del cuadro clínico, por lo que se opta intervención quirúrgica.

Antecedentes:

- Patológicos: Niega antecedentes patológicos de importancia, niega RAMS
- Quirúrgicos: Niega
- Epidemiológico: Viaje a Estado Unidos 10 meses por 3 meses.
- Familiares: No contributarios
- Medicación habitual: Niega

Examen físico:

- Funciones vitales: PA 120/60 mmHg, FC 70 lpm, FR 20 rpm, saturación 98%, T 36.2°C, peso 76 kg, talla 1.81 m, IMC 23 kg/m2
- Apariencia general: AREG, AREN, AREH
- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 segundos, no palidez, no cianosis, no ictericia.

- TCSC: No se evidencian edemas.
- Tórax y pulmones: MV audible en ACP. No ruidos agregados. Amplexación conservada.
- Cardiovascular: RCR, de buena intensidad. No soplos. Pulsos periféricos palpables
- Abdomen: Móvil a la respiración, RHA presentes, propulsivos, de buen tono, frecuencia e intensidad, blando, depresible. No doloroso a la palpación superficial ni profunda. No se palpan masas, matidez hasta 2 cm aproximadamente por debajo de reborde costal derecho
- Genitourinario: PPL negativo, PRU negativos
- SNC: Glasgow 15. LOTEP. No signos de focalización

Exámenes auxiliares:

- Laboratorio
 - Hemograma: Hb 14.3 g/dl, leucocitos 3510 mm³, plaquetas 276 000 mm³.
 - Serológico: HIV negativo, Hepatitis B negativo, Hepatitis C negativo, Sífilis No reactivo.
 - Bioquímico: Glucosa 89 mg/dl, Urea 34 mg/dl. creatinina 0.92 g/dl.
 - Examen de orina: No patológico.
 - Perfil de coagulación: Tiempo de sangría 2 minuto, tiempo de coagulación 6 minutos 30 segundos.
- Tomografía axial computarizada (TAC) - abdominal
 - Hígado presenta imagen quística de contenido hipodenso y leve engrosamiento de su pared lateral que mide 64 mm en segmento II-III. Otra imagen quística de 66 mm de diámetro con foco hiperdenso en zona de declive, localizado en segmento VI. No se observan lesiones sólidas. Estructuras vasculares visualizadas permeables y de calibre conservado. No dilatación de vías biliares.
 - Impresión diagnóstica: Quiste hepático con focos densos en su interior d/c hidatidosis se sugiere test ELISA para

confirmar sospecha.

- Riesgo quirúrgico (RQ)
 - o RQ cardiológico: RQ I (uno)

Impresión diagnóstica

- Quiste hidatídico hepático

Plan terapéutico

- Quistectomía hepática laparoscópica

Evolución

Se realiza destechamiento de quiste hidatídico hepático laparoscópico y se coloca 2 drenes pen rose en flanco derecho y flanco izquierdo, se solicita análisis anatomopatológico de pieza operatorio. Durante el primer día postoperatorio presenta febrícula 37.8°C, por lo que se solicita hemograma, procalcitonina y radiografía de tórax. Durante el 5° día postoperatorio paciente persiste con fiebre intermitente a predominio nocturno que cede tras la administración de paracetamol, radiología no muestra alteraciones, al examen físico se evidencia dolor de sitio perioperatorio a la movilización y sitios operatorio correctamente afrontados sin signos de flogosis. Al 7° día postoperatorio cede estado febril del paciente y presenta mejoría de síntomas, paciente deambula con poca dificultad.

El informe anatomo-patológico de la biopsia del quiste reporta tejido conjuntivo fibroso, hialinizado consistente con pared de quiste, con característica histológica sugerente de quiste benigno y citología negativa para células neoplásicas. Al 10° día postoperatorio paciente es evaluado por infectología que informa continuar con manejo adyuvante con albendazol hasta 1 mes después de la operación a razón de 400 mg VO cada 12 horas. Al 11° día postoperatorio, tras pasar más de 72 horas afebril, flujo de drenes <20cc de característica serosa, deambulación y adecuado manejo de dolor se indica retiro de drenes y alta médica.

Rotación de Pediatría

Caso clínico N°1

Anamnesis

Paciente masculino lactante mayor de 1 año con tiempo de enfermedad de 36 horas. Madre refiere 2 días antes del ingreso menor hijo presenta vómitos (aproximadamente 10 cámaras) de contenido alimentario. 1 día antes del ingreso se agrega fiebre cuantificada en 38.5°C, por lo que se le administra dimenhidrinato y otro medicamento no especificado por vía intramuscular en un nosocomio. Al día del ingreso persiste con sintomatología y se añaden deposiciones líquidas sin moco ni sangre, por lo que acude al servicio de emergencia del CEMENA, último episodio de vómito 1 hora antes del ingreso.

Síntomas principales:

- Vómitos
- Diarrea
- Fiebre

Antecedentes:

- Natales: Tiempo de gestación 38 semanas, parto distócico, APGAR 9'- 9', niega complicaciones, alta conjunta.
- Patológicos: Niega patología de importancia, niega RAMS.
- Medicación de uso frecuente: niega
- Familiares: Madre (30 años) asma, padre (30 años) aparentemente sano
- Inmunización: Incompleta para su edad.
- Quirúrgicos: Niega.

Funciones biológicas:

- Apetito: Disminuido, Sed: Aumentado, Deposiciones: Consistencia líquida, frecuencia aumentada, Diuresis: Conservado, Sueño: Conservado

Examen Físico:

- Funciones vitales: FR 24 rpm, FC 98 lpm, temperatura 36.6°C, saturación 99%, peso 11.5 kg, Superficie corporal (SC): 0.52%
- Aspecto general: AREG, AREN, Mal estado de hidratación.
- Piel y mucosas: Piel tibia, hidratada, elástica, mucosas secas, llenado capilar <2 segundos, no palidez, no cianosis
- Cabeza: Normocéfalo, ojos hundidos, fosas nasales permeables sin secreciones, mucosa oral seca
- Cuello: Simétrico, cilíndrico, no masas
- Tórax y Pulmones: MV audible en ambos hemitórax, no ruidos agregados
- Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: Móvil a la respiración, RHA presentes de buena intensidad, disminuidos en frecuencia, no doloroso a la palpación.
- Genitourinario: PPL negativo, PRU negativo
- Sistema nervioso: Despierto, irritable, reactivo a estímulos, escala de Glasgow 15/15 puntos.

Impresión diagnóstica:

- Gastroenterocolitis aguda (GECA)
- Deshidratación moderada
- Síndrome emético

Plan de trabajo:

- Nada por vía oral (NPO)
- NaCl 0.9% 230 ml EV 20 minutos
- Ranitidina 12 mg EV
- Dimenhidrinato 12 mg EV
- Dextrosa 5% 1000 cc + NaCl 20% 40 cc + KCL 20%10cc pasar 65 cc por hora en 2 horas.
- Se solicita hemograma, PCR, glucosa, urea, creatinina, electrolitos (Na+, K+, Cl-), TGO, TGP, reacción inflamatoria en heces (RIH), rotavirus y adenovirus.

3 horas después del ingreso

- Exámenes auxiliares
 - o Bioquímico: Na⁺ 138.0 mmol/L, K⁺ 4.10 mmol/L, Cl⁻ 103.0 mmol/L, PCR 11.35 mg/L, glucosa basal 65 mg/dl, urea 27.0 mg/dl, creatinina 0.35 mg/dl, TGO 68.7 U/L, TGP 25.7 U/L.
 - o Hemograma: Hb 10.6 g/dL, plaquetas 337 000 mm³, leucocitos 11 230 mm³.
 - o Microbiología: Rotavirus positivo, adenovirus negativo, RIH consistencia diarreica, moco 1+, sangre ausente, leucocitos 20-30 x campo, hematíes 5-10 x campo.

Paciente con rehidratación endovenosa se evalúan exámenes auxiliares solicitados se evidencia hemograma sanguíneo dentro de límites normales, PCR positivo y evidencia de infección por rotavirus positivo. Durante la rehidratación presenta 1 vómito y no tolera vía oral. Tras reevaluación en observación persiste con intolerancia oral pese a tratamiento y deposiciones líquidas, se decide ingreso a hospitalización.

Impresión diagnóstica:

- Enfermedad diarreica aguda (EDA) por rotavirus
- Deshidratación moderada

Plan de trabajo:

- NPO por 3 horas luego progresar a vía oral según tolerancia
- Dextrosa 5% 1000cc + NaCl 20% 40cc + KCl 20% 10cc pasar a 50 cc por hora
- Omeprazol 10 mg EV
- Dimenhidrinato 15 mg EV condicional a náuseas y/o vómitos
- Reponer pérdida de volumen
- CFV + BHE
- Pasa a sala

Evolución

Se evalúa paciente en compañía de la madre en su primer día de hospitalización por la tarde, no presenta vómitos ni deposiciones líquidas, tolera vía oral, ni picos febriles, por lo que se decide el retiro de vía periférica. Al segundo día de hospitalización presente mejoría de síntomas y signos de deshidratación, tolera dieta blanda y lactancia materna. Se indica el alta médica con las siguientes indicaciones médicas y recomendaciones:

- Dieta blanda
- Evitar fibras por 3 días
- Simeticona gotas 80mg/ml, dar 20 gotas VO cada 8 horas por 4 días
- Paracetamol jarabe 100mg/ml dar 30 gotas condicional a $T > 38.5^{\circ}\text{C}$

Caso clínico N°2

Anamnesis

Paciente femenino escolar de 5 años con tiempo de enfermedad de 3 días acude a emergencia en compañía materna quien refiere 3 días antes del ingreso presentar vómitos (4 cámaras en 24 horas) y sensación de alza térmica que cede tras la administración de paracetamol. 2 días antes del ingreso persisten vómitos. 1 día antes del ingreso se agrega tos no productiva, dolor de garganta, secreción verdosa por la nariz y dificultad para respirar con persistencia de vómitos (5 cámaras en 24 horas) precedido de tos. Síntomas persisten al día de ingreso por emergencia con aumento de la dificultad respiratoria.

Síntomas principales:

- Disnea
- Tos
- Vómito

Antecedentes:

- Natales: Tiempo de gestación 40 semanas, parto eutócico, APGAR 9´- 9´, peso al nacer 3 380 gramos (gr), talla al nacer 49 cm, niega complicaciones, alta conjunta.
- Patológicos: Niega patología de importancia, niega RAMS.
- Medicación de uso frecuente: niega
- Familiares: Madre niega patologías, padre asmático
- Inmunización: Completa para su edad
- Quirúrgicos: Niega.

Funciones biológicas:

- Apetito: Disminuido, Sed: Aumentado, Deposiciones: Pastosas, Diuresis: Conservado, Sueño: Disminuido

Examen Físico:

- Funciones vitales: FR 24 rpm, FC 124 lpm, temperatura 36.6°C, saturación 94%, peso 23 kg
- Aspecto general: AREG, AREN, Mal estado de hidratación.
- Piel y mucosas: Piel T/H/Elasticidad disminuida, llenado capilar <2 segundos, leve palidez, no cianosis, no ictericia. Mucosas hidratadas
- Cabeza: Normocéfalo, no deformaciones, no lesiones, ojos simétricos, pupilas fotorreactivas, no secreciones, fosas nasales secreción hialina, conducto auditivo externo permeable, orofaringe congestiva y eritematosa, amígdalas hipertróficas.
- Tórax y Pulmones: Tórax simétrico, móvil a la respiración, tirajes subcostales, MV audible en ambos hemitórax, sibilantes inspiratorios y espiratorios en ambas bases pulmonares.
- Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: Móvil a la respiración, RHA presentes de buena intensidad, aumentado en frecuencia, B/D, no doloroso a la palpación.

- Genitourinario: PPL negativo, PRU negativo
- Sistema nervioso: Despierto, alerta, reactivo a estímulos, escala de Glasgow 15/15 puntos.

Impresión diagnóstica:

- Broncoespasmo moderado
- Síndrome emético

Plan de trabajo:

- NaCl 0.9% 350 ml EV STAT
- Ranitidina 25 mg EV STAT
- Metilprednisolona 75 mg EV STAT
- Suero fisiológico 5cc + salbutamol 13 gotas, nebulización de rescate (I-II-II)
- Dimenhidrinato 30mg EV
- Se solicita hemograma, PCR y radiografía de tórax frontal y lateral derecho

3 horas después del ingreso

- Exámenes auxiliares
 - o Hemograma: Hb 11.7 g/dL, plaquetas 289 000 mm³, leucocitos, 11 530 mm³, segmentados 78.7%, abastionados 0.0%
 - o Bioquímico: PCR 10.4 mg/l.

Paciente recibe rehidratación y se reevalúa con resultados. Presenta FR de 26 rpm con saturación de 94-95% sin apoyo oxigenatorio, presenta sibilantes escasos después de 3 nebulizaciones más la administración de metilprednisolona. Radiografía muestra atelectasias basales a predominio de hemitórax izquierdo, en la vista lateral impresiona compromiso parenquimal retrocardiaco. Exámenes laboratoriales refleja discreta leucocitosis con neutrofilia y PRC elevado. Paciente se hospitaliza.

Diagnóstico:

- Broncoespasmo moderado
- Atelectasia bibasal

Plan de trabajo:

- Dieta blanda a tolerancia
- Dextrosa 5% 1000cc + NaCl 20% 30cc + KCl 20% 10cc pasar a 66 cc por hora
- Ranitidina 25 mg EV cada 8 horas
- Sultamicilina 600 mg EV cada 6 horas
- Metamizol 650 mg EV si T > 38°C
- Nebulización cada 2 horas con salbutamol 14 gotas + SF 5CC
- Metilprednisolona 25 mg EV cada 6 horas
- Oxígeno por cánula binasal (CBN) para saturación >92%
- CFV + Observación de signos de alarma (OSA) + BHE
- Pasa a sala

Evolución

Se suspende el uso de sultamicilina EV, ya que no está disponible en petitorio, indicando ceftriaxona 865 mg EV cada 12 horas para el pase a sala. Durante el primer día de hospitalización paciente presenta mejoría de signos de distrés respiratorio y sibilantes a la auscultación, se rota tratamiento antibiótico a azitromicina y se agrega bromuro de ipratropio 4 puff cada 4 horas a las nebulizaciones. En el segundo día paciente al examen clínico satura 99%, se auscultan sibilantes espiratorios, no se evidencia signos de alarma, por lo que solicita radiografía control de tórax y se suspende el bromuro de ipratropio. Al tercer día a la auscultación no se evidencian sibilantes y radiografía control muestra leve refuerzo de trama bronquial, brindando alta médica con indicaciones.

Rotación de Ginecología y obstetricia

Caso clínico N°1

Anamnesis

Paciente femenino de 30 años, gestante de 38 semanas, ingresa por el servicio de emergencia refiriendo dolor abdominal tipo contracciones aproximadamente 3 cada 10 minutos 3 horas antes del ingreso asociado a pérdida de líquido amniótico, niega sangrado vaginal.

Tiempo de enfermedad: 3 horas

Forma de Inicio: Insidioso

Curso: Progresivo

Síntomas principales:

- Dolor abdominal tipo contracciones

Antecedentes:

- Patológicos: Infección del tracto urinario (noviembre 2023), niega RAMS.
- Transfusiones: 1 paquete de glóbulos rojos (2020)
- Medicación de uso frecuente: Niega
- Familiares: Madre hipertensión arterial
- Quirúrgicos: Niega
- Gineco-obstétricos:
 - o Menarquia: 13 años
 - o Primera relación sexual (RS): 17 años
 - o Régimen catamenial: 3 días/30 días
 - o Fecha de última regla (FUR): 11/06/2023
 - o Fecha de probable parto (FPP): 18/03/2024
 - o Método anticonceptivo (MAC): Inyección mensual
 - o Último Papanicolaou (PAP): 2022, resultado negativo
 - o Fórmula obstétrica: G4P2012
 - G1 (2011): Eutócico masculino, peso al nacer (PN) 3800 gr

- G2 (2020): Aborto
- G3 (2022): Eutócico masculino, PN: 4300 gr
- G4 Actual
 - Controles prenatales (CPN): 7 controles
 - Ecografía: (03/02/24) 36 1/7 por biometría fetal en longitudinal, cefálico, izquierdo (LCI), placenta fúndica 2° grado, peso ponderado 2878 gr

Examen Físico:

- Funciones vitales: PA 100/60 mmHg, FR 16 rpm, FC 70 lpm, temperatura 37°C, saturación 98%
- Aspecto general: AREG, AREN), AREH.
- Piel, TCSC: Piel T/H/E, llenado capilar < 2 segundos, no palidez, no edemas.
- Mamas: Simétricas, congestivas, no secreciones, no lesiones, no masas palpables, no dolorosas.
- Tórax y Pulmones: Tórax simétrico, amplexación conservada, timpánico a la percusión en ambos hemitórax, MV audible en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: No choque de punta, RCR de buen tono e intensidad, no soplos.
- Abdomen: Útero grávido, altura uterina 35 cm, Dinámica uterina (DU) presente 3/10´/+++/+++ , latidos cardiacos fetales (LCF) 148 lpm, Movimiento fetal (MF) presente
- Genitourinario: PPL negativo, PRU negativo, genitales externos sin lesiones
- Tacto vaginal (TV): Pelvis ginecoide, Vagina elástica, cérvix central, dilatación 8 cm, borramiento 100%, altura de presentación (AP) 0, Membranas rotas, fondo de saco libre.
- Tacto rectal: Diferido.
- Aparato locomotor: Moviliza 4 extremidades sin limitación funcional.
- Sistema nervioso: Despierta, LOTEP, escala de Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

- Gestante de 38 semanas 4/7 días por FUR
- Fase activa del trabajo de parto

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza para evolución espontánea de trabajo de parto
- Test no estresante (NST)

Trabajo de parto

Paciente presenta una fase de dilatación (fase latente y fase activa) de 3 horas y 30 minutos, un 2° periodo (expulsivo) de 5 minutos, se realiza la administración de oxitocina para un alumbramiento dirigido y prevención de hipotonía uterina y un 3° periodo (alumbramiento) de 20 minutos, se extrae placen completamente y con útero adecuadamente contraído sin complicaciones, sangrado aproximado 500 cc.

Diagnóstico

- Puérpera inmediata de parto eutócico
- Recién nacido a término (RNAT) femenino, peso 3730 gr, talla 53 cm, perímetro cefálico (PC) 35 cm, perímetro abdominal (Pabd) 34 cm, APGAR 1':9 – 5':9

Hospitalización (4 horas post parto)

Se evalúa paciente debido ha llamado de enfermería, refiriendo sangrado vaginal de regular cantidad. Paciente manifiesta sangrado vagina y sensación de debilidad.

Examen físico:

- FV: PA 68/45 mmHg, FC: 81 lpm, FR: 22 rpm, T 37°C, saturación 98%.
- Piel: Palidez cutánea +/+++ , llenado capilar <2 segundos.
- Abdomen: Útero blando por encima de cicatriz umbilical
- aproximadamente 2 cm, doloroso a la palpación profunda 3/10.

- Genitourinario: Sangrado vaginal de regular cantidad rojo oscuro con coágulos.
- TV: Dedo en guante manchado de sangre, canal vaginal libre.
- SNC: Despierta, alerta, escala de Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica

- Puérpera inmediata de parto eutócico
- Hipotonía uterina
- D/C anemia

Plan

- Pasa a cuidados intermedios
- NaCl 0.9% 1000cc + oxitocina 10 UI 3 ampollas pasar a 30 gotas por minuto
- Misoprostol 200 mcg 1 tableta sublingual STAT
- Misoprostol 200 mcg 2 tabletas transrectal STAT
- Hemoglobina control
- CFV + Control de sangrado vaginal (CSV) + OSA

Evolución

Durante el 1° día de hospitalización (intermedios) paciente presente mejoría de síntomas y funciones vitales, se evidencia útero contraído a nivel de cicatriz umbilical y loquios hemático de poca cantidad sin sangrado activo, se recoge resultado de laboratorio reflejando Hb control de 8.7 g/dl (Hb preparto 10.5 g/dl), se continúa hidratación y se solicita segundo hemograma control. Se evalúa resultados de segundo control con una Hb de 6.7 g/dl, por lo que se decide la transfusión de 2 paquetes globulares por anemia severa y control post transfusión. Paciente es dado de alta al 3° día de hospitalización tras transfusión con una Hb 9.8 g/dl sin signos de alarma, sangrado vaginal, ni hipotonía uterina.

Caso clínico N°2

Anamnesis

Paciente femenino de 59 años refiere 2 años antes del ingreso (2022) se realiza ecografía control durante evaluación ginecológica anual donde evidencia masa quística anexial derecha de proceso neofornativo hipovascular. Por lo que, se realiza programación para su cirugía electiva. 1 año antes del ingreso presenta dolor intermitente en fosa iliaca derecha hasta el día del ingreso

Tiempo de enfermedad: 2 años

Forma de Inicio: Insidioso

Curso: Progresivo

Síntomas principales:

- Dolor abdominal

Antecedentes:

- Patológicos: niega patología de importancia, niega RAMS.
- Medicación de uso frecuente: Niega
- Familiares: Hermana diabetes mellitus tipo 2, padre cancer de colon
- Quirúrgicos: Polipsectomía cérvix (2004), legrado uterino (2011)
- Gineco-obstétricos:
 - o Menarquia: 11 años
 - o Primera relación sexual (RS): 35 años
 - o Régimen catamenial: 7 días/30 días
 - o Fecha de última regla (FUR): 2011
 - o Método anticonceptivo (MAC): Niega
 - o Último Papanicolaou (PAP): 2023 resultado negativo
 - o Fórmula obstétrica: G0P000

Examen Físico:

- Funciones vitales: PA 110/60 mmHg, FR 15 rpm, FC 80 lpm, temperatura 37°C, saturación 99%

- Aspecto general: AREG, AREN, AREH.
- Piel, TCSC: Piel T/H/E, llenado capilar < 2 segundos, no palidez, no edemas, ictericia.
- Mamas: Simétricas, blandas, no secreciones, no lesiones, no masas palpables, no dolorosas.
- Linfático: No se palpan adenopatías
- Tórax y Pulmones: MV audible en ambos hemitórax, no ruidos agregados
- Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: B/D, RHA presentes, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha de intensidad 5/10
- Genitourinario: PPL negativo, PRU negativo, no sangrado
- Tacto rectal: Diferido.
- Aparato locomotor: Moviliza 4 extremidades.
- Sistema nervioso: Despierta, LOtep, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

Exámenes auxiliares

- Ecografía transvaginal: 05/2022: Masa sólida paraovárica derecha de 44x46 mm de bordes definidos irregulares y ecoestructura interna hipoecogénica homogénea
- TAC Abdomino pélvica (10/2022): Masa quística en anexo derecho de 79x34x57 mm sugerente de proceso neofornativo hipovascular.

Impresión diagnóstica

- Masa quística anexial derecha

Plan de trabajo:

- Anexectomía
- Biopsia por congelación

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLÓ LA ESPERIENCIA

El Centro médico naval “Cirujano Mayor Santiago Távora”, pertenece a la Dirección de la Salud (DISAMAR), órgano rector encargado de brindar y organizar las actividades del Sistema de Salud de la Marina. Categorizado como un Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) de nivel III-1, ubicado en la Av. República de Venezuela s/n en el Distrito de Bellavista en la provincia del Callao.

Como establecimiento de tercer nivel brinda servicio que abarca atención ambulatoria en diferente especialidad médicas, servicio de hospitalización, cirugías especializadas, centro de maternidad y neonatología, rehabilitación y fisioterapia, salud mental, programas de prevención y promoción de la salud e investigación y docencia. Debido al carácter docente de esta institución permite a los estudiantes del último año de medicina humana realizar el internado médico, consolidando sus conocimientos práctico-teóricos para su posterior desarrollo profesional (1).

El desarrollo del internado médico tuvo una duración de 10 meses, en vista que los lineamientos del MINSA y malla curricular de la universidad correspondiente así lo determinaban, rotando por 4 especialidades (pediatría, cirugía general, medicina interna y ginecología y obstetricia) con una elección del inicio de rotación mediante una evaluación previa de conocimientos (2). a primera rotación, pediatría, se llevó a cabo desde el 31 de marzo al 14 de junio adquiriendo aptitudes en los servicios de emergencia, hospitalización y consultorio externo de pediatría y neonatología. Se realizaron diferentes actividades docentes durante la rotación que comprendía temas de reanimación cardiopulmonar en recién nacidos, atención inmediata, discusión de casos clínicos y casos de morbimortalidad cada 2 a 3 semanas. La segunda rotación, cirugía general, se desarrolló desde el 15 de junio a hasta el 30 de agosto; en esta rotación el interno tuvo la oportunidad de fortalecer sus aptitudes prácticas en el ámbito quirúrgico en las especialidades de cirugía general, urología y traumatología, entrado frecuentemente a sala de operaciones guiado por el médico residente y asistente programado, así

como, talleres prácticos y exposiciones diarias coordinadas por el médico residente encargado del área de hospitalización. Además, las guardias nocturnas y diurnas permitieron poner en prácticas habilidades de sutura, curación de heridas, colocación de férulas, reducción de fracturas, valoración de paciente con traumatismo craneoencefálico (TEC), entre otros. Así como, ser el primer contacto y valoración inicial de las especialidades de oftalmología, urología, otorrinolaringología y neurocirugía para su derivación y posterior atención por estas especialidades en casos de emergencia. La tercera rotación, medicina interna, se realizó del 31 de agosto al 16 de noviembre en los servicios de medicina interna en las salas del área de hospitalización para el personal técnico, subalterno y superior, y en el área de geriatría con el servicio de hospitalización y cuidados paliativos.

La última rotación, ginecología y obstetricia, se desarrolló desde el 17 noviembre hasta el 31 de enero, durante esta rotación se retomó las actividades clínico-quirúrgicas realizando el monitoreo materno-fetal durante el trabajo de parto, entrando a sala de partos y cesáreas, del mismo modo a cirugía programadas como miomectomía, legrados uterinos, polipectomías, corrección de distopias, etc. Y se retomaron las actividades docentes mediante las exposiciones brindadas por el residente del servicio.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

Rotación de Medicina Interna

Caso clínico N°1

La infección de la piel y tejidos blandos abarca dos patologías que en muchos casos suele tener una sintomatología y clínica similar como la celulitis y erisipela por lo que es importante realizar su diferenciación durante la evaluación en el primer contacto. La erisipela y la celulitis presentan clínica de flogosis (calor, dolor y rubor) y edema en el área afectada, al examen físico, la erisipela afecta capas superficiales de la piel (dermis y vasos superficiales linfáticos) y es una mancha roja brillante de bordes elevados y delimitados, en su defecto la celulitis afecta capas profundas (estrados profundos de la dermis y TCSC).

Es importante identificar estas diferencias, ya que su tratamiento depende de los microorganismos implicados en su patología. Los estreptococos betahemolíticos suelen estar más implicados en la erisipela, así como el *Staphylococcus aureus* en la celulitis, sin embargo, ante la duda de poder realizar una diferenciación clínica tratamos la celulitis siempre que no exista una seguridad diagnóstica.

Una atención hospitalaria está determinada a la necesidad de uso de antibióticos parenterales en pacientes con signos de toxicidad como fiebre, hipotensión, taquicardia sostenida, progresión rápida del eritema (duplica su tamaño en 24 horas), eritema extenso e intolerancia a la terapia oral y para los pacientes que presentan afección de alto riesgo o de alarma estas incluyen síndrome de shock tóxico, infección necrosante de tejidos blandos, afección articular, piomiositis, gangrena gaseosa, trombosis venosa profunda (TVP) y síndrome compartimental.

El tratamiento hospitalario suele incluir complementariamente la demarcación de la lesión con un rotulador para el seguimiento, reposo relativo con elevación de la zona afectada y antiinflamatorios no esteroideos (AINES) para el dolor si no hay sospecha de infección necrosante. Para la elección antibiótica se

sugiere un régimen que cubra estreptococos betahemolíticos y *staphylococcus aureus*, por lo que se recomienda iniciar con oxacilina 1-2 g EV cada 4 horas, tras mejora de signos clínicos a las 48-72 horas pasar cefalexina 500 mg cada 6 horas o dicloxacilina 500 mg cada 6 horas VO hasta completar 7-10 días de tratamiento (3,4).

En el caso de nuestra paciente se evidencia una evolución de 3 días tras disrupción de la barrera cutánea causado por una picadura de mosquito. Esto genera una puerta de entrada para patógenos propios de la piel como el *staphylococcus aureus*, causando infección en dicha zona. A menudo, la diferenciación de las características clínicas de la lesión es difícil, por lo que se decide tratar la lesión en pie derecho como una celulitis e ingresar para manejo hospitalario debido a su progresión y gravedad de la lesión. Algunos autores sugieren tomar en cuenta la linfangitis o edema como criterio para inicio de tratamiento parenteral (3) como el caso la paciente.

Durante su evolución se evidencia una buena respuesta clínica al tratamiento antibiótico instaurado (oxacilina) y un adecuado manejo de las lesiones tras 72 horas, por lo que se rota y completa tratamiento por vía oral y la decisión de alta médica. Este tiempo pudo reducirse, debido a la sospecha incidental de ITU por la evidencia de piuria durante los exámenes de laboratorio solicitados para la hospitalización, ya que el paciente no presentaba síntomas ni factores de riesgo, constituyendo una bacteriuria asintomática que no requiere cultivo ni tratamiento antibiótico (5).

Caso clínico N°2

El dengue constituye una patología vírica causado por la picadura del mosquito hembra del género *Aedes* (fundamentalmente *Aedes aegypti*). Esta enfermedad en el Perú se considera endemo-endémica. La infección por el virus del dengue comprende 4 serotipos (el serotipo 2 y 3 suelen estar asociados formas graves de dengue), al adquirir un serotipo genera inmunidad para este por toda la vida para ese serotipo, generando una inmunidad temporal y parcial para los otros serotipos. Pudiendo enfermarse una persona

varias veces. En el caso presentado se relata una paciente de 25 años del callao con 4 días con sintomatología de sensación de alza térmica, cefalea, malestar general y vómitos, asociado a antecedente diagnóstico de dengue en otro nosocomio, que progresa con dolor abdominal y aumento en la frecuencia de vómitos pese a tratamiento brindado.

Es importante según guía de práctica clínica y norma técnica de salud (NTS) del MINSA ante la sospecha de dengue definir los casos probables y confirmados, dentro de estos categorizarlos en dengue sin signos de alarma, con signos de alarma, más factores asociados o riesgo (embarazo, < 1 año, > 65 años, obesidad mórbida, comorbilidades y riesgo social) y grave. La diferenciación nos permite orientar y elegir un adecuado manejo en nuestro paciente, así como la estratificación de su riesgo y el nivel de resolución que requiere. Según el caso presentado la presencia de dolor abdominal intenso en una escala del dolor 9/10 y vómitos persistentes lo categoriza como un dengue con signos de alarma, cumpliendo ≥ 1 de los criterios requeridos.

La valoración de estos signos de alarma entre 3° y 6° día (fase crítica) del curso natural de la enfermedad nos ayuda a prevenir y valorar complicaciones como shock, hemorragias y/o daño orgánico. Es importante recalcar que el diagnóstico es netamente clínico y no requiere la confirmación mediante pruebas de laboratorio para el inicio del tratamiento (6,7). El diagnóstico confirmatorio se realiza mediante pruebas de laboratorio como ELISA antígeno NS1, qRT-PCR con un periodo de incubación (PI) ≤ 5 días en la fase de viremia y después de los 5 días de PI mediante la detección anticuerpos IgM/IgG y con la confirmación mediante una segunda muestra a los 10-14 días del inicio de síntomas que evidencia seroconversión en muestras pareadas (8). Debido a la importancia en salud pública de esta enfermedad se debe realizar la notificación obligatoria para el sistema de vigilancia epidemiológica nacional ante un caso de dengue confirmado.

El plan terapéutico se basa en la clasificación de gravedad del paciente, en este caso se cataloga como grupo B2 con un manejo hospitalario e hidratación endovenosa a razón de 10 ml/kg/hora para prevenir el choque, si el paciente presenta mejoría signos de alarma tras reevaluación se sugiere iniciar

rehidratación (2-3 ml/kg/hora). Así como, evitar el uso de AINES y la vía intramuscular para la indicación de medicamentos. De acuerdo con el peso del paciente se debió iniciar la rehidratación a razón de 80 ml/hora para asegura una adecuada expansión intravascular y perfusión de los órganos.

La paciente presentó una leve elevación de enzimas hepáticas sin constituir un daño hepático grave (TGO o TGP \geq 1000 UI) que merezca categorización de dengue grave y manejo en UCI. También, presenta valores de plaquetas con leve disminución y hematocrito con tendencia a la disminución en contraste a los valores iniciales de hospitalización. Clínicamente se evidenció una resolución de los signos de alarma, adecuada tolerancia oral y ausencia de fiebre por 72 horas, brindado el alta a la paciente.

Estos valores son importantes, ya que guía al médico tratante para valorar el alta del paciente. Para los criterios de alta se recomiendo un incremento de las plaquetas y disminución del hematocrito en al menos dos controles posteriores al ingreso, así como permanecer afebril por 48 horas, mejoría del estado general, adecuada tolerancia oral, gasto urinario >0.5 ml/kg/hora y resolución de sangrado y falla orgánica en caso de dengue grave (6,7,9).

Rotación de Cirugía general

Caso clínico N°1

La colecistitis crónica calculosa comprende una patología de alta prevalencia en el servicio de cirugía del CEMENA con programación a cirugía electiva en casos no complicados. Esta patología comprende una inflamación constante de la vesícula biliar que genera una disfunción mecánica o fisiológica en el vaciamiento. Durante a clínica podemos se puede evidenciar exacerbaciones agudas conocidas como cólico biliar caracterizado por dolor en hemiabdomen superior derecho tras la ingesta de alimentos grasos asociado a náusea o vómitos presentes en la clínica de la paciente. Sin embargo, pueden evolucionar a formas complicadas (colecistitis aguda, entre otros) que requieren una intervención quirúrgica inmediata (10,11). En el presente caso se evidencia una historia de la enfermedad de larga data aproximadamente

15 meses, donde se evidencia exacerbaciones en 3 oportunidades caracterizado por cólico biliar a esto se agrega factores de riesgo como sobrepeso y sexo femenino de la paciente.

Se recomienda la valoración de colecistitis aguda durante las exacerbaciones mediante los criterios de Tokio que evalúa signos de inflamación local (clúster A), sistémica (clúster B) y estudios de imágenes (clúster C), se considera diagnóstico definitivo encontrar positividad en 1 ítem de A más 1 ítem de B más 1 ítem de C. Se indica el uso de AINES durante el ataque agudo no complicado como el ketorolaco y AINES orales al alta para los ataques posteriores mientras el paciente espera la cirugía electiva, así mismo se debe indicar al paciente con tratamiento ambulatorio que asistan al servicio de emergencia si el dolor no cede tras un plazo de 4 horas desde el inicio del dolor, ya que corren el riesgo de complicaciones (12,13).

El ultrasonido es el examen de elección para la valoración imagenológica de la inflamación vesicular, presencia de cálculos o lodo biliar; ante la sospecha de coledocolitiasis se sugieren la realización de la Colangiopancreatografía retrogrado endoscópica tanto para diagnóstico como para el tratamiento. En paciente con un hallazgo incidental asintomáticos solo se indicará la cirugía electiva cuando presenten riesgo de cáncer vesicular (drenaje ductal pancreático anómalo, pólipos vesiculares, vesícula en porcelana y cálculos biliares grandes >3 cm) y trastornos hemolíticos.

Consideramos la colecistectomía laparoscópica electiva (técnica francesa y americana utilizados en el CEMENA) como tratamiento de elección en pacientes con colelitiasis sintomática, debido a su baja mortalidad y disminución en el tiempo operatorio, recuperación y hospitalización (10,11,14), logrando un tiempo hospitalario de 2 días en la paciente sin complicaciones.

Caso clínico N°2

El presenta caso comprende una patología llamada equinocosis que consisten en una enfermedad parasitaria causada por la tenia del género

Echinococcus granulosus. El humano se comporta como huésped intermedio al ingerir de forma incidental los huevos presentes en alimentos, agua o suelo contaminado por el huésped definitivo (perros, oveja, cerdo, ganado vacuno). Generando las dos formas clínicas más importantes en un 90% la equinococosis quística (hidatidosis) y alveolar (15,16). En este caso se expone un paciente de 28 años con antecedente epidemiológico de probable ingesta de alimentos contaminados con huevos de *Echinococcus* durante su viaje a Estado Unidos.

Clínicamente, muchos casos suelen ser asintomáticos con casos reportados de un periodo de latencia ≥ 50 años, por lo que es difícil identificar el momento de la infección. Cuando esta afección es hepática su clínica depende de su localización y tamaño, por lo general al volverse más grande generan hepatomegalia con o sin dolor en el cuadrante superior derecho, náuseas o vómitos concordantes con la sintomatología (17).

El diagnóstico está basado en la asociación de técnicas de imágenes (ecografía, tomografía computarizada o resonancia magnética) y serológicos (ELISA, *Western blot*, entre otros). Tras la confirmación, los exámenes imagenológicos nos permiten clasificar según la OMS las características del quiste por tipo y tamaño, permitiendo guiar el tratamiento médico y quirúrgico del paciente.

Según la tomografía presentada la primera lesión ubicada entre el segmento II-III correspondería a una clasificación CE1 y la segunda lesión ubicada en el segmento VI, a una clasificación CE3a, ambos ameritan tratamiento con albendazol de forma adyuvante y neoadyuvante a la cirugía. Por el tamaño y la clasificación según la OMS se indicaría una intervención quirúrgica percutánea con el método PAIR (punción, aspiración, inyección y respiración), sin embargo, la elección quirúrgica depende de la experiencia en la cirugía del profesional a efectuarlo. En este caso se decidió un abordaje laparoscópico más destechamiento y la colocación de 2 DPR, es importante recalcar el riesgo de derrame de líquido hidatídico tras la punción del quiste y posterior anafilaxis del paciente.

Tras la intervención quirúrgica se recomienda el seguimiento mediante ecografía u otros métodos imagenológicos a intervalos de 3 a 6 meses hasta evidenciar ausencia y hasta estabilización de los hallazgos (negativización IgE por ELISA), seguido de un seguimiento anual hasta los 5 años para evaluar la recurrencia (15,18,19).

Durante la evolución del paciente se evidencia fiebre, este signo suele ser común en los primeros días posterior a la cirugía, por lo que su valoración comprende un análisis de temporalidad para determinar la etiología más probable y frecuente. En los primeros 2 días las patologías más probables incluyen atelectasia, reacción inflamatoria, sepsis; en el día 3-4, ITU, tromboflebitis superficial y TVP; en el día 4-5, neumonía; en el día 5-7, infección del sitio operatorio (ISO) superficial y posterior al día 7 sospechar de ISO profundo como abscesos (20).

Rotación de Pediatría

Caso clínico N°1

Se expone el caso de una lactante mayor de 1 año que refiere sintomatología de vómitos frecuentes asociado a fiebre y diarreas con un tiempo de enfermedad de 2 días de evolución. Es importante realizar el triángulo de valoración pediátrica durante el primer contacto y atención urgente de un niño, ya que nos brinda una valoración del estado del paciente y sus necesidades urgentes a tratar. Aquí se valorarán tres esferas: la apariencia, trabajo respiratorio y circulación cutánea. Aplicando esta valoración el paciente presenta una apariencia alterada, trabajo respiratorio normal y circulación cutánea alterada, por lo que se encuentra en un estado fisiológico de shock descompensado. Siendo la causa más probable una deshidratación debido a los vómitos y diarreas constantes con un 70-90% causado por virus (21). Para valorar la gravedad de la deshidratación utilizamos la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades diarreicas del MINSA, que nos orienta según parámetros clínicos la gravedad de la deshidratación y el plan que debemos seguir para su tratamiento.

El paciente presenta un estado de conciencia irritable, ojos hundidos, boca y lengua húmedas, sed aumentada, signo del pliegue no evaluado, categorizándolo como un paciente con algún grado de deshidratación, por lo que utilizaríamos el plan B para su tratamiento, iniciando reposición de líquidos mediante sales de rehidratación oral (SRO) como mínimo 50-100 ml/kg en 3 a 4 horas. Debido al fracaso por vómitos persistentes y poca tolerancia oral del paciente, se inicia rehidratación endovenosa pasando a observación utilizando el plan C con un bolo de 20ml/kg en 10-15 minutos de NaCl al 0.9% y tratamiento de deshidratación grave sin shock con solución polielectrolítica (SPE) en 3 horas.

Al no tener tolerancia oral y vómitos persistentes es necesario la hospitalización del paciente. Es recomendable iniciar la fase de mantenimiento una vez el paciente esté hidratado, iniciando con alimentos, SRO o leche materna a penas el paciente tolere la vía oral. Tras una El alta médica que depende de los siguientes criterios según evolución del paciente: adecuada tolerancia oral, reversión de signos de deshidratación, sed ausente, micción presente, ausencia o disminución del número de cámara diarreicas o vómitos y adecuado soporte de los padres y/o cuidadores. Al alta del paciente se enseña a los padres a reconocer los signos de deshidratación y alarma, iniciar el Plan A para prevenir la deshidratación, continuar con la alimentación habitual e iniciar la administración de zinc para la disminución la severidad y recurrencia (22–24).

Caso clínico N°2

Es este caso se presente un escolar de 5 años que acude al servicio de emergencias con sintomatología de dificultad respiratoria asociado a sibilancias, tos no productiva y vómitos, catalogándolo como un broncoespasmo modera y síndrome emético. El asma en niños es una patología heterogénea determinado por un componente inflamatorio crónico de la vía aérea inferior que causa cambios estructurales, limitando el flujo de aire durante la espiración.

En niños menores de 5 años el diagnóstico presenta dificultades porque los síntomas de sibilantes y tos suelen estar en niños sin asma causados por virus que afectan el sistema respiratorio; y la dificultad de medir con precisión qué obstruidas están sus vías respiratorias ni cuánto mejoran con medicamentos broncodilatadores. Por lo que, es más conveniente denominarlo durante esta etapa como síndrome de obstrucción bronquial (SOB), hiperreactividad bronquial o broncoespasmo (25–27).

Durante el tratamiento de las exacerbaciones en la emergencia se valora la severidad del cuadro mientras se inicia la terapia de rescate con agonistas β_2 de acción corta (SABA) como el salbutamol (2-3 puff con aerocámara o 2.5 mg cada 20 minutos por 1 hora) de acuerdo con el peso del paciente, oxígeno suplementario de acuerdo con requerimiento para mantener una saturación entre 94-98% y corticoides sistémicos (prednisolona, metilprednisolona o dexametasona).

La guía GINA propone la valoración de la severidad mediante los parámetros de conciencia, saturación de oxígeno, habla, FC, FR, cianosis central e intensidad de sibilancias o puntuaciones como el *Pediatric Respiratory Assessment Measure* (PRAM) o el *Pediatric Asthma Severity Score* (PASS), dando una severidad del paciente presentado de leve-moderado, sin embargo, podemos realizarlo de igual manera mediante el uso del Pulmonary Score propuesta por la GEMA mediante una valoración clínica o por el nivel de saturación de oxígeno (23,25), brindando en este caso una severidad moderada, este último es el que se utiliza en el servicio de Pediatría del CEMENA. Tras un tratamiento inicial broncodilatador es importante valorar la respuesta para determinar el manejo hospitalario o alta del paciente. Se recomienda si se percibe una pobre respuesta broncodilatadora después de 1-2 horas, signos de severidad, aumento de FR o disminución de saturación transferir a un nivel de cuidado superior.

En este caso debido a las complicaciones evidenciadas durante los exámenes complementario (atelectasia bibasales) y persistencia de sibilancias se decide la hospitalización. En casos moderados o con falla al tratamiento inicial se considera el uso de bromuro de ipratropio como coadyuvante a la terapia

broncodilatadora con SABA, ya que se ha visto que cumple una función potenciadora al usarlos de forma conjunta.

En la hospitalización se observa una mejoría clínica, indicando el alta médica. durante esta etapa se puede hacer la valoración mediante las puntuaciones de severidad mencionados con el objetivo de variar la terapéutica o dar el alta al paciente. Al alta de la paciente se recomienda continuar corticoides orales por no más de 3-5 días, utilizar los aliviadores (SABA) por al menos 1-2 semanas, revisar un adecuado uso y técnica del inhalador para la adherencia al tratamiento, instruir el reconocimiento de los signos de recurrencia o empeoramiento del asma y la identificación de factores de riesgo, así como establecer un plan de acción y agendar dentro de 1-2 días y otro dentro 1-2 meses para evaluar la respuesta al tratamiento (23,25,28).

Rotación de Ginecología y Obstetricia

Caso clínica N°1

Se presenta caso de gestante de 38 semanas que ingresa al servicio de ginecología y obstetricia con dolor abdominal tipo contracciones de 3 horas de evolución, iniciando trabajo de parto fase activa, no se evidencia factores de riesgo ni indicaciones para cesárea; por lo que, se deja progresa el trabajo de parto. Valoraciones como el Índice de Bishop ayuda al personal de salud tomar decisiones de inducción o maduración para una correcta progresión del trabajo de parto (29), según los datos clínicos evaluados al momento del ingreso la gestante obtendría 11 puntos, lo que refleja un cérvix favorable con mayor probabilidad de parto vaginal. La paciente no presenta complicaciones durante las fases de trabajo de parto ni el alumbramiento con un sangrado adecuado para el tipo de parto y útero adecuadamente contraído. A las 4 horas post parto se evidencia sangrado vaginal de regular cantidad y sensación de debilidad reportado por el personal de enfermería, el medico de turno evalúa a la paciente identificándolo como un caso de hipotonía uterina y pide un descarte de anemia mediante un hemograma control e inicia tratamiento con volúmenes y uterotónicos.

Se considera una hemorragia postparto (HPP) según la OMS una pérdida de sangre ≥ 500 ml o más en el término 24 horas después del parto y grave cuando supera los 1000 ml, sin embargo, debido a la dificultad de cuantificar exactamente el volumen perdido se define a la HPP como una hemorragia que es lo suficientemente abundante como para causar una alteración en la estabilidad hemodinámica de la paciente y se puede dar de forma precoz (dentro de las 24 horas post parto) y tardía (después de las 24 horas post parto hasta el término del puerperio). Es importante determinar rápidamente la causa del sangrado durante la activación de la Clave Roja como protocolo estandarizado para la disminución con el objetivo de disminuir la muerte materna.

Las causas por evaluar se resumen en las "4 T" de tono, trauma, tejido y trombina, siendo la más frecuente la causas por atonía uterina y en un 60% sin un factor de riesgo asociado (30,31). En el caso del paciente se logra identificar la hipotonía uterina manifestado por un útero blando por encima de la cicatriz umbilical al examen físico, recibiendo intervención con respuesta favorable. Al identificar la causa se valora la severidad de manera rápida y el compromiso hemodinámico mediante el Índice de shock (IS) donde se divide la FC/PA para la toma de decisiones, un índice entre 0.7 a 0.89 indica posiblemente no requiera transfusión, entre 0.9 a 1.2 posiblemente si requiere y ≥ 1.3 requiere de manera definitiva reposición sanguínea y probablemente otros hemoderivados, la paciente se valorar con una puntuación de 1.19 de IS.

Así como la clasificación del grado de shock hipovolémico según la OPS con un grado I (Leve) para la paciente que requiere una reposición de pérdida de volumen mediante cristaloides en dos vías periféricas. Ante una atonía uterina se recomienda iniciar oxitocina 40 UI a 40 gotas por minuto en 1000cc de NaCl al 0.9%, posición anti-shock y compresión manual, en caso de no tener respuesta favorable se puede utilizar otro uterotónico como ergometrina IM, misoprostol intrarrectal o carbetocina y ácido tranexámico para la disminución del sangrado.

Si la respuesta no es favorable antes estas intervenciones se procede a acciones directas de forma secuencial como compresión bimanual, taponamiento uterino y colocación de balón Bakri, si presenta fallo de estas intervenciones se opta un manejo quirúrgicas como ligaduras de arteria uterina o iliacas, suturas compresivas y finalmente la histerectomía (31). Durante la evolución de la paciente se evidencia una anemia severa (6.7 g/dl), indicando transfusión de 2 paquete globulares, al 3° día de hospitalización se presenta una Hb control de 9,8 g/dl y se decide el alta tras resolución de hemorragia postparto y anemia severa.

Caso clínico N°2

Se presenta una paciente de 59 años con un tiempo de enfermedad 2 años, que manifiesta dolor abdominal intermitente con un hallazgo incidental durante chequeo ginecológico de masa quística anexial. Se conoce a los tumores anexiales como formaciones benignas frecuentes que se ubican en la trompa de Falopio, ovario, restos embriológicos y ligamento ancho.

Clínicamente suelen ser asintomáticos y su diagnóstico presentarse forma incidental. Dentro la etiología se presenta como tumores ováricos funcionales (formados por alteración del ciclo ovárico normal, generando quistes ovárico-funcionales o endometriomas) y los no funcionales derivados de células diferentes a aquellas que conforman el ovario (teratomas y cistoadenomas).

Se espera durante su evolución natural, los quistes se resuelvan espontáneamente en 60 días. El dolor pélvico repetitivo suele estar asociado a presentaciones quísticas de masa anexial ovárica, síntomas urinarios o digestivos bajos y en casos de torsión anexial un síndrome de abdomen agudo, sin embargo, en su mayoría son asintomáticos (32,33). La paciente presenta exámenes auxiliares de ecografía transvaginal evidencia masa sólida paraovárica derecha de 44x46 mm de carácter homogéneo y una TAC abdomino pélvica que muestra masa quística en anexo derecho.

Es importante diferenciar ante una masa la característica benigna o maligna , se considera benigna aquellas que presentan bordes regulares y lisos,

consistencia renitente, móvil, unilateral, tamaño pequeño o mediano y no presenta ascitis por lo contrario un aspecto irregular y nodular, consistencia sólida, masa fija, bilateral, tamaño grande y presencia de ascitis es más probable que sea un proceso neofornativo maligno. Se puede utilizar exámenes auxiliares como ayuda diagnóstica como ecografía transvaginal como primera línea, utilizando los criterios de IOTA para la identificación de tumores benignos o malignas y la resonancia magnética y TAC como segunda línea.

Otra ayuda importante al descarte de malignidad son los marcadores tumorales como la gonadotropina coriónica humana subunidad beta (β -HCG), Alfa feto proteína (AFP), antígeno del cancer 125 (CA 125), de mayor relevancia en postmenopáusicas (33,34). Tomando el caso presentado estaríamos frente a un tumor no clasificable, ya que cumple 1 criterio de malignidad y 3 criterios de benignidad. La terapéutica se basa en manejo del dolor, observación y seguimiento, sin embargo, se opta una conducta quirúrgica por laparoscopia o laparotomía para aquellos tumores menores de 10 cm cuando paso los 60 días de seguimiento persiste o crece, o manifiesta síntomas (33). Según estos criterios la paciente sería candidata a intervención quirúrgica, por lo que se decide realizar anexectomía más muestra por biopsia por congelación para anatomía patológica.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La realización del internado médico en Hospitales de las Fuerzas Armadas como el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” presenta muchas ventajas sobre el manejo del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente. La disponibilidad de estudios imagenológicos como tomografía, resonancia magnética nuclear, así mismo, estudios de laboratorio contribuyen a una atención más oportuna y rápida de los pacientes frente a una emergencia, urgencia o durante hospitalización. Esta disponibilidad de recursos nos permite como internos tener una adecuada aplicación y consolidación de conocimientos y prácticas médicas aprendidas durante la formación de pregrado.

Sin embargo, existen limitantes como la poca estandarización y actualización de protocolos y guías para el manejo institucional de las patologías, lo que genera discordancia en el tratamiento brindado a los pacientes por los diferentes profesionales de salud. También, es importante recalcar rotaciones en el primer nivel de atención brindados para los internos en hospitales del MINSA no estuvieron contemplados para nuestra formación, debido a la malla curricular brindada por la universidad para el desarrollo del internado en hospitales de las fuerzas armadas.

Dado el contexto del hospital, los internos suelen enfrentarse a una mayor frecuencia de casos de trauma y medicina de emergencia. Esta interacción frecuente permite desarrollar habilidades cruciales en la atención de emergencias, un componente esencial en la formación de cualquier médico. Las oportunidades y desafíos presentados en este internado son una formación y experiencia adecuadas para el desarrollo profesional en la carrera médica.

CONCLUSIONES

1. El internado médico concluye una etapa de formación profesional para el interno de medicina donde pone en práctica todo lo adquirido durante el pregrado, por lo que, es indispensable tener una base sólida de conocimientos y habilidades que permitirán al interno aprovechar todos los recursos ofrecidos por las diferentes IPRESS.
2. El internado en el CEMENA abarcó una duración de 10 meses, permitiendo al interno rotar en especialidades como medicina interna, pediatría, cirugía general y ginecología y obstetricia, fundamentales y necesarias para la formación médica.
3. La diversidad de patologías, guía tutora brindado por las universidades, actividades académicas y personal médico capacitado para la docencia durante el internado son indispensables para formar médicos aptos, críticos y competentes en el ejercicio profesional de la salud.
4. Los beneficios y recursos ofrecidos por el CEMENA durante el internado son fundamentales, ya que permiten al futuro médico adquirir habilidades y conocimientos que directamente mejoran la calidad de la atención de salud, en beneficio de los pacientes.
5. La salud mental durante el internado médico es crucial, puesto que esta etapa exige una inmensa carga de trabajo, estrés y responsabilidad, lo que puede afectar el bienestar emocional y psicológico de los internos. Mantener una buena salud mental permite a los internos un mejor manejo del estrés, tomar decisiones correctas y oportunas, y ofrecer una atención de calidad a los pacientes.
6. Se reconoce la ausencia en la rotación del Primer Nivel de Atención durante el programa de internado en el CEMENA a diferencia de

Hospitales correspondientes al MINSA, como una debilidad en la adquisición de aptitudes, para la formación médica.

RECOMENDACIONES

1. Siendo una etapa de consolidación y conocimientos adquiridos previamente, se sugiere a los ingresantes al internado que tengan una base de conocimiento que permitan aprovechar las enseñanzas de cada hospital. Así como, identificar las fortalezas de cada institución para obtener el mayor beneficio durante su formación.
2. Se sugiere elegir un internado médico de 12 meses de duración con el objetivo de ampliar la adquisición de habilidades y competencias ofrecidas por las diferentes especialidades.
3. Se considera optar por un internado médico que incluya la adquisición de conocimiento en el Primer Nivel de Atención, debido a su importancia durante el Servicio Rural y Urbano Marginal (SERUMS) como siguiente etapa del crecimiento profesional.
4. Se recomienda la utilización de herramientas tecnológicas brindadas por las universidades como acceso a aplicaciones de medicina basada en evidencia como Uptodate, Clinical Key, Osmosis, etc. Como apoyo durante el aprendizaje y revisión de diferentes patologías durante el internado. Así como, aplicaciones como BiliMate, Madescape, Mdcalc, OB Wheel entre otros que ayuden al diagnóstico y toma de decisiones de forma más rápida y oportuna.
5. Es crucial crear un ambiente de comunicación abierta donde los internos se sientan cómodos buscando ayuda sin temor a estigmatización, y promover un equilibrio entre trabajo y vida personal para evitar el agotamiento.
6. Además, establecer redes de apoyo entre internos y tutores para revisar las cargas de trabajo e incluir la salud mental como tema

frecuente durante este periodo para asegurar el bienestar emocional y la efectividad en el ejercicio profesional.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. Nosotros | Disamar [Internet]. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/nosotros/>
2. Resolución Directoral N.º 473-2023-OGGRH-MINSA [Internet]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/4369475-473-2023-oggrh-minsa>
3. Acute cellulitis and erysipelas in adults: Treatment - UpToDate [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-cellulitis-and-erysipelas-in-adults-treatment?search=skin%20infection&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H961235367
4. Erisipela y celulitis | Guías de práctica clínica MSF [Internet]. Disponible en: <https://medicalguidelines.msf.org/es/viewport/CG/spanish/erisipela-y-celulitis-23442770.html>
5. Asymptomatic bacteriuria in adults - UpToDate [Internet]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/asymptomatic-bacteriuria-in-adults?sectionName=Definition%20of%20asymptomatic%20bacteriuria&topicRef=144514&anchor=H3680287968&source=bqp#H3991113341>
6. Resolución Ministerial N.º 071-2017-MINSA [Internet]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/190341-071-2017>
7. Resolución Ministerial N.º 175-2024-MINSA [Internet]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/5323501-175-2024-minsa>
8. Dengue virus infection: Clinical manifestations and diagnosis - UpToDate [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/dengue-virus-infection-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=dengue&source=search_result&selectedTitle=1%7E109&usage_type=default&display_rank=1#H20
9. Información Dengue [Internet]. IETSI 2024. Disponible en: <https://ietsi.essalud.gob.pe/info-dengue/>
10. Jones MW, Gnanapandithan K, Panneerselvam D, Ferguson T. Chronic Cholecystitis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470236/>
11. Approach to the management of gallstones - UpToDate [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-gallstones?search=chronic%20cholecystitis&topicRef=666&source=see_link#H1160252

12. Ramos Loza CM, Mendoza Lopez Videla JN, Ponce Morales JA. APLICACIÓN DE LA GUÍA DE TOKIO EN COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA. Rev Médica Paz. 2018; 24 (1): 19-26.
13. Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=chronic%20cholecystitis&source=search_result&selectedTitle=1%7E17&usage_type=default&display_rank=1#H1
14. Overview of gallstone disease in adults - UpToDate [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gallstone-disease-in-adults?search=chronic%20cholecystitis&source=search_result&selectedTitle=2%7E17&usage_type=default&display_rank=2#H7
15. Pinto G. PP. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la hidatidosis. Rev Chil Cir. 1 de enero de 2016;69(1):94-8.
16. Epidemiology and control of echinococcosis - UpToDate [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-control-of-echinococcosis?search=hydatid%20cyst&topicRef=5669&source=see_link#H5
17. Echinococcosis: Clinical manifestations and diagnosis - UpToDate [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/echinococcosis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=hydatid%20cyst&source=search_result&selectedTitle=1%7E29&usage_type=default&display_rank=1#H12
18. Echinococcosis: Treatment - UpToDate [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/echinococcosis-treatment?search=hydatid%20cyst&source=search_result&selectedTitle=2%7E29&usage_type=default&display_rank=2#H26
19. Pinto G. PP. Manejo quirúrgico de la hidatidosis hepática en esta última década: ¿Qué hemos aprendido? Rev Cir. octubre de 2021;73(5):634-42.
20. Fever in the surgical patient - UpToDate [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/fever-in-the-surgical-patient?search=postoperative%20fever&source=search_result&selectedTitle=1%7E62&usage_type=default&display_rank=1
21. Triángulo de Evaluación Pediátrica | Pediatría integral [Internet]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-06/triangulo-de-evaluacion-pediatrica/>
22. Approach to the child with acute diarrhea in resource-limited settings - UpToDate [Internet]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited->

settings?search=diarrhea%20in%20children&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default&display_rank=3#H1159942320

23. Guías de Práctica Clínicas | Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja [Internet]. Disponible en: <https://portal.insnsb.gob.pe/guias-de-practica-clinicas/>
24. Resolución Ministerial N.º 755-2017-MINSA [Internet]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/188666-755-2017-minsa>
25. Global Initiative for Asthma - GINA [Internet]. 2024 GINA Main Report. Disponible en: <https://ginasthma.org/2024-report/>
26. Sirvent Gómez J. Cómo y cuándo diagnosticar asma en niños. An Pediatría. 2 de febrero de 2004; 02:48-55.
27. García Merino Á, Mora Gandarillas I. Diagnóstico del asma. Pediatría Aten Primaria. junio de 2013; 15:89-95.
28. Asthma in children younger than 12 years: Quick-relief (rescue) treatment for acute symptoms - UpToDate [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/asthma-in-children-younger-than-12-years-quick-relief-rescue-treatment-for-acute-symptoms?search=bronchospasm%20treatment&source=search_result&selectedTitle=5%7E150&usage_type=default&display_rank=5#H25683356
29. Labor: Diagnosis and management of the latent phase - UpToDate [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/labor-diagnosis-and-management-of-the-latent-phase?search=bishop+score&source=search_result&selectedTitle=3%7E12&usage_type=default&display_rank=3
30. Finales SS de S (EsSalud) GC de P de SG de PHS de S. Guía de práctica clínica basadas en evidencias: «Clave roja: manejo de la hemorragia de la segunda mitad del embarazo y post parto». 2013; Disponible en: <https://repositorio.essalud.gob.pe/handle/20.500.12959/881>
31. Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
32. Approach to the patient with an adnexal mass - UpToDate [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-an-adnexal-mass?search=adnexal+cystic+mass&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default&display_rank=3
33. Resolución Directoral N.º 054-2020-DG-INMP/MINSA [Internet]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inmp/normas-legales/1204385-054-2020-dg-inmp-minsa>