



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**COMPETENCIAS ADQUIRIDAS DURANTE EL INTERNADO MÉDICO
EN LOS HOSPITALES MILITAR CENTRAL, CENTRO MÉDICO
NAVAL CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA Y SERGIO E.
BERNALES EN EL PERIODO 2020- 2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADA POR
GUTIERREZ CORDOVA ISABEL MILUSKA
KLUGGER FLORES MELISSA TRYLCE ELKE**

ASESOR

DRA. NELLY MERCEDES BORRA TOLEDO

**LIMA, PERÚ
2021**



**Reconocimiento
CC BY**

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**COMPETENCIAS ADQUIRIDAS DURANTE EL INTERNADO
MÉDICO EN LOS HOSPITALES MILITAR CENTRAL,
CENTRO MÉDICO NAVAL CIRUJANO MAYOR SANTIAGO
TÁVARA Y SERGIO E. BERNALES EN EL PERIODO 2020-
2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
GUTIERREZ CORDOVA ISABEL MILUSKA
KLUGGER FLORES MELISSA TRYLCE ELKE**

**ASESORA
DRA. NELLY MERCEDES BORRA TOLEDO**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: Dra. Emma Mercedes Huamani De la Cruz

Miembro: Dr. Luis Alfonso Gutiérrez Shack

Miembro: Dr. Jeffree Tovar Roca

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedicamos principalmente a Dios, por guiarnos y darnos fuerzas para continuar en este proceso de obtener uno de nuestros anhelos.

A nuestros padres, por su amor, entrega, sacrificio todos estos años y ser los principales promotores de nuestros sueños, gracias a ustedes a sus consejos, valores y principios que nos han inculcado hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos

Gutiérrez Córdova, Isabel Miluska

Klugger Flores, Melissa Trylce Elke

AGRADECIMIENTO

Agradecemos infinitamente a Dios, a nuestros padres, hermanas, tíos, abuelos y amigos, en especial a Gonzalo Luna quién nos mostró su apoyo incondicional. Todos ustedes nos hacen sentir orgullosas de lo que somos y esperando algún día con el favor de Dios y nuestro esfuerzo poder devolverles todo lo que han hecho por nosotras y convertirnos en su fortaleza en un futuro próximo.

Asimismo, nuestro agradecimiento al Dr. Hugo Ortiz Becerra, director del internado médico y al Dr. Frank Lizaraso Caparó, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Particular San Martín de Porres por haber compartido sus conocimientos, al igual que cada uno de nuestros docentes a lo largo de la preparación en nuestra profesión.

Gutiérrez Córdova Isabel Miluska

Klugger Flores Melissa Trylce Elke

ÍNDICE

Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación De Medicina Interna	1
1.2 Rotación De Ginecología Y Obstetricia	13
1.3 Rotación De Cirugía	22
1.4 Rotación De Pediatría Y Neonatología	30
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	41
2.1 Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber	41
2.2 Hospital Nacional Sergio E. Bernales	42
2.3 Centro Médico Naval Cirujano mayor Santiago Távara	43
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	44
3.1 Rotación De Medicina Interna	44
3.2 Rotación De Ginecología Y Obstetricia	49
3.3 Rotación De Cirugía General	51
3.4 Rotación De Pediatría Y Obstetricia	54
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN A LA CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	58
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	62
FUENTES DE INFORMACIÓN	63
ANEXOS	66
1. Anexo	66

RESUMEN

Antecedentes: La carrera de medicina Humana es constancia, perseverancia, dedicación, disposición entera a un aprendizaje continuo tanto a nivel académico como humanitario. Antes de la pandemia el desarrollo del internado medico era con normalidad y se podía cumplir con los objetivos y exigencias para llegar a laborar posteriormente en el primer nivel. Durante el pasado y presente año hemos podido desarrollar nuestro internado médico de manera limitada, pero exitosa casos clínicos dentro de las instituciones hospitalarias dado el contexto de la pandemia por el Covid19.

Objetivos: Describir el aprendizaje durante el año académico 2020-2021 en nuestras instituciones hospitalarias, describiendo la clínica y consolidando nuestra capacidad para llegar al diagnóstico y tratamiento adecuado de los pacientes.

Justificación: En el primer nivel de atención al que iremos posterior a nuestro internado se presentaran casos como los planteados por ello es importante saber reconocerlos, diagnosticarlos y tratarlos. Como estudiantes y a lo largo de siete años hemos ido formándonos en función de diagnosticar, pronosticar y tratar las enfermedades de nuestros pacientes y en la recuperación, conservación y preservación de la salud de los mismos. Debido al contexto del Covid-19 se ha visto limitado, sin embargo, no es un impedimento para continuar nuestro último y más importante año de la carrera, el internado médico que consta en la rotación del alumno dentro de las cuatro especialidades fundamentales de la carrera.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en el periodo 2020-2021 sobre el análisis de los casos clínicos en los que hemos participado en nuestras sedes hospitalarias.

Resultados: demostramos el desarrollo de los casos clínicos de nuestras sedes hospitalarias durante el periodo 2020-2021

Palabras clave: Internado médico, Medicina interna, ginecología, cirugía, pediatría, COVID19.

ABSTRACT

Background: The Human Medicine career is perseverance, dedication, a complete disposition to continuous learning both at an academic and humanitarian level. Before the pandemic, the development of the medical internship was normal and the objectives and requirements could be met to later work at the first level. During the past and this year we have been able to develop a limited but successful clinical cases within hospital institutions given the context of the Covid19 pandemic.

Objectives: Describe the learning during the 2020-2021 academic year in our hospital institutions, describing the clinic and consolidating our ability to reach the appropriate diagnosis and treatment of patients.

Justification: In the first level of care to chiché we will go after our internship, cases such as those raised will be presented, it is important to know how to recognize, diagnose and treat them. As students and over seven years we have been training in order to diagnose, predict and treat the diseases of our patients and in the recovery, conservation and preservation of their health. Due to the context of Covid-19 it has been limited, however, it is not an impediment to continue our last and most important year of the career, the medical internship that consists in the rotation of the student within the four fundamental specialties of the career.

Methods: Cross-sectional descriptive study carried out in the period 2020-2021 on the analysis of clinical cases in which we have participated in our hospital centers.

Results: we present the development of clinical cases at ours hospitals during the period of 2020-2021

Keywords: Medical internship, Internal medicine, gynecology, surgery, pediatrics, COVID19.

INTRODUCCIÓN

La carrera de medicina Humana es constancia, perseverancia, dedicación, disposición entera a un aprendizaje continuo tanto a nivel académico como humanitario, podemos asegurar que es un largo recorrido de resiliencia que nos llena de orgullo y nos impulsa a buscar la felicidad en nosotros mismos con resultados en la salud integral de nuestros pacientes. Es precisamente el logro de la salud integral la misión más importante en la carrera de medicina humana, comprender los aspectos psicosociales, éticos, culturales y científicos con el objetivo de cuidar la salud y defender la vida, ya que en base a ésta somos capaces de responder asertivamente a las necesidades del país posicionándonos mejor en dirección a alcanzar los objetivos del desarrollo sostenible.

La facultad de Medicina Humana en la Universidad San Martín de Porres tiene como misión formar profesionales médicos competentes, con alto nivel científico, tecnológico y con sólidos valores éticos y humanistas. Contribuir a la creación y difusión del conocimiento médico, a través de la investigación. Proyectar nuestra acción a la comunidad, por medio de acciones dirigidas a la prevención y el desarrollo de la salud de la población y como visión ser una universidad reconocida a nivel nacional e internacional por la excelencia en la formación de médicos, la educación médica continua y en la investigación, así

como en la difusión del conocimiento de las ciencias de la salud contribuyendo al desarrollo integral del mundo. Características con las que nos sentimos identificadas y por ello la elegimos nuestra alma máter.

A lo largo de siete años hemos ido formándonos en función de diagnosticar, pronosticar y tratar las enfermedades de nuestros pacientes y en la recuperación, conservación y preservación de la salud de los mismos. Han sido tres años de ciencias básicas, tres años de clínicas con asistencia a excelentes sedes hospitalarias donde pudimos por primera vez poner en práctica los conocimientos teóricos adquiridos; pero no solo eso la universidad San Martín de Porres nos ha apoyado y permitido aplicar diferentes herramientas de la investigación gracias a la malla curricular en donde llevamos cursos tan importantes como son tesis 1 y tesis 2 y que debido al contexto del Covid-19 se ha visto limitado, sin embargo no es un impedimento para continuar nuestro último y más importante año de la carrera, el internado médico que consta en la rotación del alumno dentro de las cuatro especialidades fundamentales de la carrera. Tenemos ahora más que nunca la mayor responsabilidad de conducir los servicios de medicina de atención primaria y las buenas prácticas del ejercicio responsable de nuestra profesión manteniéndonos firmes con nuestros compromisos legales, éticos y sociales.

Actualmente, nos encontramos en estado de emergencia debido a la pandemia por COVID-19 y no solo hemos sufrido la paralización de nuestra formación durante nuestra primera rotación, también hemos pasado por grandes pérdidas tanto a nivel familiar como sociedad viéndose afectados los recursos financieros, humanos y de infraestructura, muchos de nosotros nos vimos en la necesidad de renunciar a nuestras sedes por falta de financiamiento, como fue en el caso del Hospital Militar Central, y a pesar de los esfuerzos de nuestra universidad de brindarnos las mejores herramientas para nuestro desarrollo profesional fue casi imposible colocar a los más de 300 internos en todos los centros de salud de atención primaria, debido a estas circunstancias nosotras nos encontramos finalizando nuestro internado médico en las sedes del Hospital Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara y el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, excelentes sedes de las que nos sentimos orgullosas de pertenecer y agradecidas por todas las

enseñanzas impartidas a lo largo del denominado "segundo periodo" 2020-2 y 2021.

De manera holística, nuestro internado ha sido y viene siendo un esfuerzo en conjunto con el que se ha logrado completar objetivos como rotar por las cuatro especialidades de medicina, ginecología, pediatría y cirugía sumado a tareas, clases, exposiciones y guardias nuestra formación concluimos que hemos tenido que afrontar estos escenarios con un esfuerzo mayor al esperado, en condiciones que si bien es cierto pudieron preverse si se priorizaba al sector salud, finalizamos el internado médico con la grata satisfacción de haber dado lo mejor de nosotras en el día a día en cada servicio en el que rotamos y preparadas para alcanzar los mayores éxitos posibles siempre recordando a nuestra alma máter y todo lo aprendido como lo vamos a presentar a continuación en dieciséis casos clínicos seleccionados de acuerdo a nuestro interés en sus cuadros clínicos, diagnóstico y manejo en relación a cada una de nuestras rotaciones de las cuatro especialidades de medicina interna, ginecología, pediatría y cirugía general.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Los hospitales en los que se desarrolló la rotación de medicina interna son el hospital militar central y el hospital Sergio E. Bernales encontrándonos con los siguientes casos:

CASO A

Forma de inicio: Insidioso

Curso: Progresivo

Signo y síntomas: dolor en pie derecho, herida en pie derecho y aumento de volumen

Relato cronológico: paciente con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 con tratamiento regular con insulina NPH mañana y noche, en el 2019 presento pie diabético del lado derecho en el primer dedo con curación y remisión de este, además de exéresis de falange distal de 3er dedo del mismo lado. Refiere que hace 2 meses aproximadamente presento herida en planta de pie derecho con curaciones en domicilio, al no mejorar acude a EE.SS. donde le

recetan clindamicina y ciprofloxacino vía oral, acude a emergencia del hospital ya que al cuadro se añade sensación de alza térmica y aumenta dolor del pie infectado, donde es atendido y solicitado exámenes de laboratorio e imagen.

Examen físico:

- **Aspecto general:** AREG, AREH, AREN, en decúbito dorsal, ventilando espontáneamente
- **Piel y TCSC:** normotermia, elástica, llenado capilar <2 segundos, palidez +/-, no edemas, TCSC escaso.
- **Tórax y Pulmón:** amplexación conservada, simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- **Cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos, regulares, de buena intensidad, no soplos audibles.
- **Abdomen:** blando, depresible, no dolor a la palpación superficial ni profunda, no se palpa visceromegalias, RHA (+)
- **Extremidades:** simétricas, tono y trofismo conservado.
MMII derecho: se observa aumento de volumen en planta de pie, con piel eritematosa y flogótica, con dolor moderado a la palpación, presenta una herida de 0.5x0.5cm con secreción seropurulenta y exéresis del 3er dedo
MMII izquierdo: fuerza conservada, tono muscular conservado
MMSS: Simétricos, móviles, fuerza conservada, tono muscular conservado.
- **SNC:** LOTEP, Glasgow 15/15

Funciones Vitales:

- **P.A.:** 110/70 mmHg **Pulso:** 76 por minuto **F.R.:** 16 por minuto
- **Saturación:** 98% **Temperatura:** 36.8° **Peso:** 75kg
- **Talla:** 1.70 mt

Antecedentes patológicos:

- Diabetes Mellitus tipo 2

- Pie diabético – 1er dedo de pie derecho (2019)

Exámenes de laboratorio:

Hemograma	
Leucocitos	14.40
Segmentados	64.0%
Abastionados	0%
Linfocitos	3.74
Hb	12.90
VCM	83.00
HCM	27.40
PLAQUETAS	417.00

Bioquímica	
Glucosa	78
Urea	26
Creatinina	1.19
PCR	25.33

Impresión Diagnostica:

1. Diabetes Mellitus tipo 2
 - a. Pie diabético Wagner III
2. Infección de partes blandas: Celulitis en pie derecho
3. D/C osteomielitis
4. Anemia leve

Plan de trabajo

- insulino terapia
- Ecodoppler de MMII
- ATB
- Control de glicemia
- Curación de herida
- Exámenes de laboratorio

CASO B:

Forma de inicio: Insidioso

Curso: Progresivo

Signos y síntomas: Trastorno de sensorio

Relato cronológico: paciente varón de 59 años, sin antecedentes de importancia con un tiempo de enfermedad de 5 días de evolución presenta dolor precordial de regular intensidad por lo que va a farmacia y le recetan aspirina vía oral el cual mejora el cuadro. Al día siguiente por la mañana mientras manejaba su camión presenta dolor precordial intenso el cual hace que pierda el control del camión, según refiere personas que encontraron al paciente, este se encontraba con la mano sobre el pecho, presentaba sialorrea, además trastorno de sensorio debido a que no respondía al interrogatorio, por lo que es traído por emergencia donde se le realiza una tomografía cerebral donde se evidencia lesión sugestiva a ACV isquémico.

- **Aspecto general:** AREG, AREH, AREN, en decúbito dorsal, ventilando espontáneamente
- **Piel y TCSC:** normotermia, piel tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2seg, con equimosis en región acromioclavicular derecho
- **Tórax y pulmón:** amplexación conservada, simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos sobreagregados.
- **Cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles
- **Abdomen:** blando, depresible, RHA (+), no doloroso a la palpación superficial y profunda.
- **Extremidades:** movilidad adecuada de las 4 extremidades, tono y trofismo disminuido, sensibilidad conservada en MMII Y MMSS, pulsos conservados en las 4 extremidades, dolor a la palpación en hombro derecho que limita la movilidad
- **SNC:** despierto, orientado solo en persona y espacio, escala de Glasgow 14/15, pupilas isocóricas, fotoreactivas, pares craneales

normales, no focaliza, reflejos de miembros superiores e inferiores conservados, Babinski (+) bilateral.

Funciones Vitales:

- **P.A.:** 160/90 mmHg **Pulso:** 101 por minuto **F.R.:** 22 por minuto
- **Saturación:** 95% **Temperatura:** 37° **Peso:** 101kg
- **Talla:** 1.60 mt

Antecedentes patológicos: niega

Exámenes de laboratorio:

Hemograma	
Leucocitos	21.90
Segmentado	86%
Abastondados	2%
Linfocitos	1.31
Hb	14.60
VCM	86
HCM	28
Plaquetas	298.00

Bioquímica	
Glucosa	185
Urea	38
Creatinina	1.07

Exámenes de orina	
Leucocitos aislados	2-3 x campo
Hematíes	0-1 x campo
Cel. Epiteliales	2-4 x campo
Gérmenes	1+
Nitritos	-

Impresión Diagnóstica:

1. ACV Isquémico
2. D/C Hipertensión no controlada
3. Obesidad grado II
4. D/C Dislipidemia

Plan de trabajo

- Neuroprotección
- Antihipertensivos
- Exámenes de laboratorio basales

CASO C

Paciente: C.V.A.O.

Edad: 18 años

NA: T71245633

Forma de inicio: Insidioso

Curso:

Progresivo

Signo y síntomas: Fiebre, taquicardia, taquipnea, disnea, pérdida de peso.

Relato cronológico: paciente refiere que 2 meses antes del ingreso presenta tos con expectoración verdosa que progresa con exacerbaciones y sensación de "falta de aire". Hace 14 días se agrega sensación de alza térmica no cuantificada, diaforesis nocturna y pérdida del apetito por lo que ha perdido 10 kilos en un mes. Falta de aire se evidencia mientras realizaba actividad física por lo que es traído al servicio de emergencias de hospital militar central. Paciente se hospitaliza por sintomatología e imagen de tomografía patológica con compromiso pulmonar del 30-40% tomado el 29/01/21. Exámenes de laboratorio: examen de orina negativo, leucocitos: 5.8, hemoglobina: 8.9, plaquetas: 269000, glucosa: 82, creatinina: 0.48, PCR:40, Dímero D:1.5, procalcitonina: 0.05, VIH: nueva muestra (anterior positiva), AGA: PaFi 390

Examen físico:

- **Aspecto general:** AREG, AREH, AMEN, en decúbito dorsal, ventilando espontáneamente.

- **Piel y TCSC:** caliente, elástica, llenado capilar <2 segundos, escaso TCSC,
- **Tórax y Pulmón:** amplexación conservada, simétrico, mv pasa disminuido en bases de AHT, crepitantes difusos.
- **Cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos, regulares, de buena intensidad, no soplos audibles, pulsos periféricos presentes.
- **Abdomen:** simétrico, TCSC disminuido blando, depresible, RHA presentes, no dolor a la palpación superficial ni profunda, no se palpa visceromegalias, matidez hepática conservada.
- **Extremidades:** simétricas, tono y trofismo disminuido, presencia de ganglios inguinales bilaterales palpables no dolorosos, móviles de 1,5x1,5cm
- **SNC:** LOTEP, Glasgow 15/15

Funciones Vitales:

- **P.A.:** 110/70 mmHg **Pulso:** 108 por minuto **F.R.:** 22 por minuto
- **Saturación:** 98% **Temperatura:** 38° **Peso:** 75kg
- **Talla:** 1.70 mt

Antecedentes:

- Inicio de RS: 15 años
- Número de parejas sexuales: 03
- MAC: preservativo
- Niega antecedentes patológicos, niega transfusiones y niega alergias.
- Familiares: DM (padre)

Exámenes de laboratorio:

Bioquímica	
Proteínas totales	8.3

Albumina	3.4
Globulinas	4.9
Hemograma	
Linfocitos	2.2 / 2.0 / 2.0
Hb	10.5 / 9.7 / 10.7 /
VCM	83.7 / 84.4 / 85.2/
HCM	29.3 / 29.3 / 28.9/
PLAQUETAS	213.000 / 161.000 / 240.00 /

Bioquímica	
Glucosa	78 / 98 /
Urea	14
Creatinina	0.67
PCR	37.9 / 52.2 /
Beta2microglobulina	3.5

Inmunología	
HIV	Reactivo
HBsAg	No reactivo
HCVAb	No reactivo
Treponema	No reactivo
Beta2microglobulina	3.5

Impresión Diagnostica:

- Síndrome consuntivo
- Anemia
- D/c inmunosupresión
- D/c TBC
- Anemia leve

Plan de trabajo

- Hospitalización
- Hemograma completo
- Serológicas
- Perfil lipídico y hepático
- Grupo y factor
- Bk en esputo seriado x3
- Cultivo de secreciones
- Parasitológico seriados x3
- DHL, beta2microglobulina
- Glucosa, urea, creatinina y electrolitos.
- TEM abdominopelvico
- Antibioticoterapia
- Analgesia
- I/c infectología y salud mental

Se le realiza coprocultivos con resultados negativos, Bk esputo seriado negativos, inmunología para hepatitis B, hepatitis C, toxoplasma, rubeola, y citomegalovirus todos con anticuerpos positivos antígenos negativos. Prueba VIH REACTIVA por lo que se requirió prueba confirmatoria para westernblot (resultado: 354000 copias de ARN de VIH-1 por mililitro y CD4:69). Prueba molecular para COVID-19 negativa. Con todos lo anterior se inicia plan para tratamiento: dieta blanda amplia hipoproteica sin residuos más líquidos a voluntad, suplemento nutricional con carbohidratos, lípidos y proteínas 6 medidas divididas en 200cc de suero de agua cada 24 horas. Trimetropin sulfametoxazol 100/800mg cada 24 horas vía oral y reposición de líquidos con dextrosa 5% con 1 ampolla de kalium y 1 ampolla de hipersodio, todo a 15 gotas por litro. Terapia Antiretroviral: tenofovir 300mg más lamivudina 300mg más efavirenz 400mg cada 24 horas vía oral por las noches. Ranitidina 150mg vía oral cada 24 horas y subsalicilato de bismuto 1 cucharada cada 8 horas vía oral. Mantener el control hidroelectrolítico y de funciones vitales hasta el alta, manejo conjunto con infectología.

CASO D

Paciente: O.C.P.A.

Edad: 15 años

NA: 582596852

Forma de inicio: Insidioso

Curso:

Progresivo

Signo y síntomas: Fiebre, Dolor en región axilar izquierda y limitación de la movilización de miembro superior izquierdo.

Relato cronológico: familiar de paciente refiere que hace aproximadamente diez días presentó ganglio inflamado en axila derecha doloroso con limitación a la movilización de extremidad superior derecha se agrega fiebre por dos días. Hace cinco días fue evaluado por consultorio particular indicándole cefalexina por cinco días disminuyendo la temperatura. Ayer retorna la fiebre y aumenta de tamaño la tumoración en axila derecha, pero con menor dolor por lo que es traído emergencias del hospital militar central.

Examen físico:

- **Aspecto general:** ABEG, ABEH, ABEN, en decúbito dorsal, ventilando espontáneamente.
- **Piel y TCSC:** tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos.
- **Tórax y Pulmón:** simétrico, amplexación conservada, mv pasa disminuido en bases de AHT, crepitantes difusos.
- **Cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos, regulares, de buena intensidad, no soplos audibles, pulsos periféricos presentes.
- **Abdomen:** simétrico, blando, depresible, RHA presentes, no dolor a la palpación superficial ni profunda, no se palpa visceromegalias, matidez hepática conservada.
- **Extremidades:** simétricas, tono y trofismo conservado, presencia de ganglio axilar, doloroso de aproximadamente 2x3 centímetros.
- **SNC:** LOTEPE, Glasgow 15/15.

Funciones Vitales:

- **P.A.:** 110/60 mmHg **Pulso:** 82 por minuto **F.R.:** 17 por minuto
- **Saturación:** 98% **Temperatura:** 37.6° **Peso:** 55kg
- **Talla:** 1.60 mt

Antecedentes:

- Monoreno
- antecedente quirúrgico: operado de lipoma hace cuatro años
- Niega antecedentes patológicos, niega transfusiones y niega alergias.
- Familiares: hermano presenta actualmente aumento de volumen en ganglio cervical sin tratamiento.

Exámenes de laboratorio:

Serológicas	
Toxoplasma gondii IgG	3.1
Toxoplasma gondii IgM	53.3
Rubeola IgG	63
Rubeola IgM	0.4
CMV IgG	348
CMV IgM	1.4
Herpes I IgG	19.70
Herpes I IgM	2.96
Herpes II IgG	2.84
Herpes II IgM	1.07

Bioquímica	
PCR	39.5

Inmunología	
HIV	No reactivo

HBsAg	No reactivo
HCVAb	No reactivo
Treponema	No reactivo
Bartonella Henselae IgM	1:320
Bartonella Henselae IgG	1:100

Examen anatómo-patológico	
BK	Negativo
Inmunohistoquímica	CD20: Positivo Focalmente CD3: Positivo Focalmente K67: Positivo Focalmente (adenitis crónica)

Impresión Diagnóstica:

- Tumoración axilar derecha
- D/c Enfermedad linfoproliferativa
- D/c TBC ganglionar

Plan de trabajo

- Hospitalización
- Hemograma completo
- Serológicas
- I/c Infectología
- I/c Neumología
- I/c Cirugía general
- Exéresis de tejido ganglionar más estudio histopatológico
- Imágenes: radiografía de tórax y ecografía de región axilar
- Antibioticoterapia
- Analgesia

Paciente pasa a hospitalización y se recogen resultados del paciente entre ellos estudio radiológico de tórax sin compromiso parenquimal agudo y proceso inflamatorio bronquial, ecografía concluye adenitis axilo-braquial derecha. Especialidades médicas evalúan al paciente concluyendo por neumología que imágenes radiográficas de tórax no son sugerentes de COVID-19 solicitando exéresis de ganglio más estudio histopatológico, asimismo cirugía general evalúa al paciente y sugiere realizar biopsia de masa axilar derecha bajo anestesia local. Infectología sugiere iniciar trimetropin sulfametoxazol 800/160 mg una tableta cada doce horas por siete a diez días y fondo de ojo; finalmente a la reevaluación con resultado de BK e inmunohistoquímica de biopsia sugiere continuar tratamiento hasta finalizar por mejoría de sintomatología y por hallazgos encontrados en la biopsia de adenopatía concluye que también se haya en la enfermedad por arañazo de gato reacción aguda por toxoplasma gondii. Paciente es dado de alta tras finalizar tratamiento y resolución de síntomas.

1.2 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Los hospitales en los que se desarrolló la rotación de ginecología y obstetricia son el hospital Naval y el hospital Sergio E. Bernales encontrándonos con los siguientes casos:

CASO A:

Motivo de ingreso: dolor abdominal tipo contracciones uterinas

Tiempo de enfermedad: 10 horas

Relato cronológico: paciente de 17 años acude a emergencia por presentar contracciones uterinas que aumentan de intensidad al pasar las horas, percibe movimientos fetales y niega otras molestias.

Antecedentes gineco – obstétricos:

- **Menarquia:** 14 años
- **Régimen catamenial:** 28/3
- **PAP:** Ninguno
- G1P000

FUR: 15/07/20 **FPP:** 23/04/21 **EG:** 38 semanas **CPN:** 8 controles

Antecedentes patológicos: niega

Funciones vitales:

- **P.A.:** 110/70 mmHg **Pulso:** 80 por minuto **F.R.:** 18 por minuto
- **Temperatura:** 36.5° **Peso:** 60kg **Talla:** 1.50 mt

Examen Físico:

- **Aspecto general:** AREG, AREN, AREH
- **Piel y faneras:** tibio, hidratado, elástico, llenado capilar <2seg
- **Tórax y pulmón:** murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- **Cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos audibles.
- **Abdomen:**
 - **Altura uterina:** 31cm
 - **Latidos cardiacos fetales:** 148 min
 - **Movimientos fetales:** ++/+++
 - **Dinámica uterina:** 2/10'/20''
 - **Leopold:** LCI
 - **Ponderado fetal:** 2900 gr.
- **Tacto vaginal:**
 - **Dilatación:** 2cm **Integración:** 85%
 - **Altura de presentación:** -2 **Membranas:** integras
 - **Tipo de pelvis:** ginecoide
- **Miembros inferiores:**
 - **R.O.T:** ++/+++ - no edemas

- **SNC:** LOTEP, Glasgow 15/15

Diagnósticos:

1. Primigesta de 38 3/7 por ecografía de II TRIMESTRE
2. Fase latente de trabajo de parto
3. Gestante adolescente

Plan de trabajo:

- Ecografía obstétrica
- Monitorización materno fetal
- Exámenes de laboratorio basales
- Descarte de VIH, SIFILIS
- Descarte de covid
- Control de funciones vitales
- Pasa a centro obstétrico para continuar su monitoreo

CASO B:

Motivo de atención: mastalgia y fiebre

Tiempo de enfermedad: 5 días

Relato cronológico: paciente de 25 años refiere que desde hace 5 días presenta dolor de mama izquierda, que va aumentando de intensidad al pasar los días, asociado aumento de tamaño. Dos días antes del ingreso se le añade alza térmica cuantificada T 39°C, razón por la cual acude a emergencia.

Antecedentes obstétricos:

- **Menarquia:** 11 años **Régimen catamenial:** irregular
PAP: ninguno
- **G3P2012**
 - G1: cesárea
 - G2: aborto
 - G3: cesárea por cesárea anterior (10/02/21)
- **FUR:** 16/05/20

Antecedentes patológicos: niega

Funciones vitales:

- **P.A.:** 112/62 mmHg **Pulso:** 74 por minuto **F.R.:** 18 por minuto
- **Temperatura:** 39° **Peso:** 51kg **Talla:** 1.50 mt

Examen Físico:

- **Aspecto general:** AREG, AREN, AREH
- **Piel y faneras:** tibia, hidratada, elástica, llenado cap <2seg
- **Tórax y pulmón:** murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- **Cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos audibles.
- **Abdomen:** Blando, depresible, R.H.A.(+), no dolor a la palpación superficial y profunda, presencia de cicatriz transversal (tipo pfannenstiel).
- **Mamas:**
 - **Izquierda:** aumentado de volumen, turgente, edematizado, caliente, doloroso a la digitopresión, secreción láctea.
 - **Derecha:** se palpa masa en cuadrante interno, con secreción láctea.
- **SNC:** LOTEP, Glasgow 15/15

Examen ginecológico:

- **Genitales externos:** sin alteraciones
- **Cérvix:**
 - **Posición:** posterior
 - **Consistencia:** dura
 - **Dolor a la movilización:** niega
- **Útero:**
 - **Tamaño:** conservado
 - **Consistencia:** blanda
 - **Superficie:** regular
 - **Dolor:** niega

- **Anexos:**
 - **Tumoración:** no
 - **Dolor:** niega
- **Fondo de saco:**
 - **Parametrios:** no se palpa

Impresión Diagnostica:

- Puérpera tardía
- Mastitis puerperal bilateral
- Absceso en mama izquierda
- Síndrome febril

Plan de trabajo:

- Se deriva a hospitalización
- Antibioticoterapia + sintomáticos
- Ecografía mamaria
- Drenaje de absceso mamario
- Exámenes auxiliares
- Control de funciones vitales

CASO C:

PACIENTE: J.T.S. **EDAD:**24 años **CIP:** 00181935 **CAMA:**
510

Forma de inicio: Insidioso
Progresivo

Curso:

Signo y síntomas: dolor pélvico-abdominal

Relato cronológico: Paciente gestante de 39 semanas 2/7 llega a emergencia por presentar contracciones uterinas cada 5 minutos.

Antecedentes obstétricos:

- **Menarquia:** 12 años **1ra RS:** 18 años **MAC:** niega
Régimen catamenial: irregular **PAP:** ninguno **URS:** 7 días
FUR: 12/07/2020
- **G1P0000**
 - G1: actual gestación

Antecedentes patológicos: apendicitis 2012

Alergias: Niega.

Funciones vitales:

- **P.A.:** 125/83 mmHg **Pulso:** 80 por minuto **F.R.:** 18 por minuto
- **Temperatura:** 36.8° **Peso:** 75kg **Talla:** 1.59 mt

Examen Físico:

- **Aspecto general:** AREG, AREN, AREH
- **Piel y faneras:** tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2seg
- **Tórax y pulmón:** murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- **Cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos audibles.
- **Abdomen:** grávido, **AU:** 33cm, RHA+/+++
- **Genitourinario:** **PPL** negativo, **PRU** negativo,
- **Útero: Genitales externos:** sin alteraciones, **Pelvis:** ginecoide, **Cérvix:** D: 3, I:80% Y AP: -3, **Fondo de saco:** libre, **LCF:**145 por minuto
- **Mamas:**
 - **Izquierda:** simétricas, no se palpan masas, aumentado de volumen, turgente, no secreciones.
 - **Derecha:** simétricas, no se palpan masas, aumentado de volumen, turgente, no secreciones.

- **SNC:** LOTEP, Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.

Impresión Diagnostica:

- Gestante de 39ss y 2/7 por FUR
- Fase latente de trabajo de parto

Plan de trabajo:

- Posibilidad de parto vaginal
- Monitoreo materno fetal
- Exámenes auxiliares
- Reevaluación cada 4 horas

Post reevaluación: se decide hospitalizar a la paciente para cesárea primaria por diagnóstico gestante 39 semanas en fase activa de trabajo de parto a descartar sufrimiento fetal agudo y corioamnionitis. Se le administra cefazolina 1gr pre SOP. Hallazgos operatorios: útero grávido segmentado formado y adelgazado. Recién nacido vivo con llanto al nacer de peso: 2.965kg, talla: 49cm, AP: 9-9. Placenta normoinserta, impregnado de meconio, líquido amniótico en poca cantidad, sangrado 450cc.

CASO D:

PACIENTE: G.H.L. **EDAD:** 32 años **CIP:** 01015361 **CAMA:**
504

Forma de inicio: Insidioso
Progresivo

Curso:

Signo y síntomas: dolor pélvico-abdominal y escotomas

Relato cronológico: Paciente gestante 39 semanas que acude refiriendo contracciones cada 10 minutos desde hace 4 horas y escotomas desde hace 2 semanas. Niega cefalea, niega tinitus.

Antecedentes obstétricos:

- **Menarquia:** 11 años **1ra RS:** 14 años **MAC:** ACOs
- **Régimen catamenial:** irregular **PAP:** negativo (2020) **URS:** 7 días **FUR:** 07/07/2020
- **G1P0000**
 - G1: actual gestación

Antecedentes patológicos: Niega. Cirugías previas: rinoplastia e implante mamario hace 10 y 7 años respectivamente.

Alergias: Niega.

Funciones vitales:

- **P.A.:** 135/80 mmHg **Pulso:** 90 por minuto **F.R.:** 25 por minuto
- **Temperatura:** 37.2° **Peso:** 70kg **Talla:** 1.50 mt

Examen Físico:

- **Aspecto general:** AREG, AREN, AREH
- **Piel y faneras:** tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2seg, no edemas
- **Tórax y pulmón:** murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- **Cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos audibles.
- **Abdomen:** grávido, **AU:** 36cm, RHA+/+++
- **Genitourinario:** **PPL** negativo, **PRU** negativo,
- **Útero: Genitales externos:** sin alteraciones, **Pelvis:** ginecoide, **Cérvix:** D: 4, I:80% Y AP: -1, **Fondo de saco:** libre, **LCF:**135 por minuto

- **Mamas:**
 - **Izquierda:** simétricas, no se palpan masas, aumentado de volumen, turgente, no secreciones.
 - **Derecha:** simétricas, no se palpan masas, aumentado de volumen, turgente, no secreciones.
- **SNC:** LOTEP, Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.

Impresión Diagnostica:

- Gestante de 39ss por FUR
- Fase activa de trabajo de parto

Plan de trabajo:

- Aceleración de trabajo de parto con oxitocina graduable
- Monitoreo materno fetal
- Exámenes auxiliares
- Reevaluación cada hora

Post reevaluación: se evidencia aumento de presión arterial en dos oportunidades de 140/80 a 145/85mmHg lográndose una dilatación en 8cm, incorporación del 90% y altura de presentación -2cm se decide hospitalizar a la paciente para cesárea segmentaria transversa primaria por gestante 39 semanas en fase activa de trabajo de parto con trastorno hipertensivo del embarazo. Se le administra cefazolina 1gr pre SOP para cesárea. Hallazgos operatorios: útero grávido segmentado formado y adelgazado. Recién nacido vivo mujer con llanto al nacer de peso: 4.170kg, talla: 55cm, AP: 9-9. Placenta normoinserta, líquido amniótico claro, cordón umbilical sin alteración arterial ni venosa, sangrado 400cc.

1.3 ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Los hospitales en los que se desarrolló la rotación de ginecología y obstetricia son el hospital Naval y el hospital Sergio E. Bernales encontrándonos con los siguientes casos:

CASO A:

Forma de inicio: Insidioso

Curso:

Progresivo

Signo y síntomas: disfagia, pirosis y regurgitación

Tiempo de enfermedad: 1 mes

Relato cronológico: paciente mujer de 38 años acude a la emergencia por presentar desde hace un mes pirosis persistente, disfagia de sólidos y líquidos, baja de peso de 10 kilos y regurgitación, niega otras molestias.

Cuenta con una manometría donde se le diagnostica: obstrucción de la salida de la unión esófago gástrica: acalasia.

Funciones Vitales:

- **P.A.:** 110/70 mmHg **Pulso:** 71 por minuto **F.R.:** 18 por minuto
- **Saturación:** 98% **Temperatura:** 37° **Peso:** 60kg
- **Talla:** 1.60 mt

Antecedentes patológicos: niega hipertensión arterial, diabetes.

Examen físico:

- **Aspecto general:** AREG, AREH, AREN, ventilando espontáneamente
- **Piel y TCSC:** tibio, hidratado, elástica, llenado capilar <2 segundos, no edemas
- **Tórax y Pulmón:** amplexación conservada, simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

- **Cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos, regulares, de buena intensidad, no soplos audibles.
- **Abdomen:** blando, depresible, no dolor a la palpación superficial ni profunda, no se palpa visceromegalias, RHA (+)
- **SNC:** LOTEP, Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica:

- Obstrucción esofágica por acalasia

Plan de trabajo:

- Exámenes de laboratorio
- Prueba rápida de covid
- Descartar riesgos quirúrgicos
- Miotomía de Heller más funduplicatura de Dor.

CASO B:

Forma de inicio: Insidioso

Curso: Progresivo

Signos y síntomas: dolor abdominal, náuseas, anorexia

Tiempo de enfermedad: 3 días

Relato cronológico: paciente de 18 años refiere que hace 3 días presento dolor abdominal tipo cólico de leve intensidad localizado en epigastrio por lo cual acude a farmacia, le recetan paracetamol y cede el dolor, horas más tarde el dolor regresa con más intensidad, pero irradiado a fosa iliaca derecha, se le añade náuseas, disminución del apetito y taquipnea.

Funciones Vitales:

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| • P.A.: 120/60 mmHg | Pulso: 71 por minuto | F.R.: 25 por minuto |
| Saturación: 98% | Temperatura: 37° | Peso: 68 kg |
| Talla: 1.70 mt | | |

Antecedentes patológicos: niega hipertensión arterial, diabetes.

Examen físico:

- **Aspecto general:** AREG, AREH, AREN, ventilando espontáneamente
- **Piel y TCSC:** tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos, no edemas
- **Tórax y Pulmón:** amplexación conservada, simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- **Cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos, regulares, de buena intensidad, no soplos audibles.
- **Abdomen:** blando, depresible, ruidos hidroaéreos (+), dolor a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, signo de Blumberg (+), Rovsing (+), no se palpa visceromegalias.
- **SNC:** LOTEP, Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica:

- Síndrome doloroso abdominal
- D/C apendicitis aguda

Plan de trabajo:

- Ecografía abdominal
- Exámenes de laboratorio
- Prueba rápida de covid

Exámenes de laboratorio:

Hemograma	
Leucocitos	12.90
Segmentado	88%
Linfocitos	2.30
Hb	14.60
Plaquetas	279.00

Bioquímica

Glucosa	185
Urea	26
Creatinina	0.61
PCR	234

Es reevaluado con los resultados de laboratorio e imágenes y lo diagnostican como abdomen agudo quirúrgico: apendicitis aguda.

Se programa al paciente a sala de operaciones donde se realiza una apendicectomía abierta + secado de cavidad + colocación de dren pen rose y se realiza cierre por planos.

CASO C:

Paciente: H.C.D.

Edad: 70 años

CIP: 03772068

Forma de inicio: Insidioso

Curso:

Progresivo

Signos y síntomas: dolor en región inguinal y malestar general.

Tiempo de enfermedad: 7 meses

Relato cronológico: paciente refiere que hace 7 meses presento dolor súbito en fosa iliaca izquierda que se localiza en ingle, dolor persiste en escala 6/10 motivo por el cual se automedica sin recordar nombre de medicamento. Aproximadamente hace 4 meses dolor se intensifica asociado a malestar general y molestias urinarias por lo que acude a emergencias del CEMENA donde se le indica ketoprofeno y orfenadrina en numerosas oportunidades. Hoy acude a emergencias con ecografía realizada en policlínico naval de san Borja debido a dolor intenso 10/10 que impide deambulacion en donde se evidencia hernia inguinal izquierda que compromete el epiplón mayor motivo por el cual acude a CEMENA.

Funciones Vitales:

- **P.A.:** 120/60 mmHg **Pulso:** 71 por minuto **F.R.:** 25 por minuto
- **Saturación:** 98% **Temperatura:** 37° **Peso:** 68 kg
- **Talla:** 1.70 mt

Antecedentes patológicos: hipertensión arterial 2013 (enalapril 20 mg cada 12 horas)

Examen físico:

- **Aspecto general:** AREG, AREH, AREN, ventilando espontáneamente
- **Piel y TCSC:** tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos, no edemas
- **Tórax y Pulmón:** amplexación conservada, simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- **Cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos, regulares, de buena intensidad, no soplos audibles.
- **Abdomen:** blando, depresible, ruidos hidroaéreos (+), dolor a la palpación profunda en región inguinal izquierda con protrusión de masa de aproximadamente 4x4cms sin signos de flogosis ni de estrangulamiento. Landivar positivo.
- **SNC:** LOTEP, Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica:

- Hernia inguinal izquierda
- Hipertensión arterial por historia clínica
- Estreñimiento

Plan de trabajo:

- Hospitalización para hernioplastia
- Riesgo quirúrgico

- Exámenes de laboratorio
- Prueba antigénica para COVID-19

Exámenes de laboratorio:

Hemograma	
Leucocitos	5.500
Segmentado	42%
Linfocitos	48%
Hb	15.60
Plaquetas	231.00

Bioquímica	
Glucosa	97
Urea	31.3
Creatinina	0.84
PCR	234

Paciente es hospitalizada el día 06 de abril del 2021 explicándole que se debe programar su intervención quirúrgica, lamentablemente por el contexto de la pandemia y por no ser una patología de emergencia se aplaza la cirugía para el 13 de abril del 2021. Ingres a cirugía para hernioplastia inguinal izquierda convencional con diagnostico post operatorio de hernia inguinal izquierda directa, técnica de Liechtenstein y hallazgos operatorios de protrusión herniaria de epiplón que atraviesa pared posterior de aproximadamente de 5 centímetros, restos de órganos sin alteraciones.

CASO D:

Paciente: E.D.E

Edad: 33 años

CIP: 000000001

Forma de inicio: Brusco

Curso:

Progresivo

Signos y síntomas: Hemorragia, pérdida de conocimiento y lesión por arma de fuego en codo y abdomen.

Tiempo de enfermedad: 01 día

Relato cronológico: Familiares indican que el 21 de abril del 2020 el teniente se encontraba a bordo de embarcación HOVERCRAFT en Vraem, cuando reciben ataque terrorista donde es impactado por proyectil de arma de fuego en dos oportunidades, la primera en el codo por lo que cae de su asiento al piso de la embarcación y la segunda en el abdomen sin orificio de salida; es transportado a centro médico y en las próximas 6 horas es evacuado a CEMENA donde ingresa a UCI para manejo conjunto de cuidados críticos, cirugía general y traumatología. Se realizó el mismo 21/12/2020 limpieza quirúrgica en miembros inferiores y de fractura expuesta de codo con colocación de VAC a cargo de traumatología y laparotomía exploratoria con incisión supra e infra umbilical con resección yeyunal y anastomosis primaria termino-terminal más rafia del sigmoides con lavado de cavidad y colocación de 2 DPR; paciente evoluciona favorablemente pasando a piso de cirugía general donde posteriormente es dado de alta por el servicio de cirugía para finalmente pasar al servicio de traumatología presentando heridas por PAF en codo derecho y en ambos muslos por esquirlas y se evaluará colocación de prótesis de codo.

Funciones Vitales:

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| • P.A.: 110/60 mmHg | Pulso: 82 por minuto | F.R.: 20 por minuto |
| Saturación: 99% | Temperatura: 36.7° | Peso: 80 kg |
| Talla: 1.75 mt | Diuresis: 1400 | BHE: +710 |

Antecedentes patológicos: Niega

Examen físico:

- **Aspecto general:** AREG, AREH, AREN, en decúbito dorsal, ventilando espontáneamente
- **Piel y TCSC:** tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos, no edemas

- **Tórax y Pulmón:** simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax.
- **Cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos, regulares, de buena intensidad, no soplos audibles.
- **Abdomen:** a la inspección sutura mediana supra e infraumbilical sin signos de flogosis y sin apósito, dos heridas quirúrgicas de 2 cm en fosa iliaca izquierda y derecha por dren sin signos de flogosis con apósitos. A la palpación profunda leve dolor en hemiabdomen inferior con resistencia, aumento de volumen va desde flanco izquierdo hasta región lumbar de aproximadamente 10x10 cm no signos de PAF. A la percusión matidez hepática conservada y ruidos hidroaéreos presentes.
- **Locomotor:** miembro superior derecho inmovilizado con férula de yeso braquiopalmar con sistema VAC por fractura de codo por PAF y sutura de dos heridas en ambos muslos por esquirlas.
- **SNC:** LOTEP, Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica:

- Fractura de codo derecho por PAF
- Herida en ambos muslos por esquirlas

Plan de trabajo:

- Hospitalización por servicio de traumatología
- Antibioticoterapia
- Riesgo quirúrgico
- Exámenes de laboratorio
- Prueba antigénica para COVID-19

Exámenes de laboratorio:

Hemograma	
Leucocitos	8.300
Segmentado	58%
Linfocitos	54%
Hb	12.20
Plaquetas	240.00

Bioquímica	
Glucosa	79
Urea	33.6
Creatinina	0.74
PCR	30

Paciente es hospitalizado en el servicio de traumatología se realizan cambio de VAC cada 4 días. Se realiza reconstrucción 3D de codo y se interconsulta a cirugía plástica para evaluar posibilidad de autoinjerto de piel para colocación de fijador externo. Heridas en muslos evolucionan favorablemente. Se indica alta el día 05 de febrero del 2021 tras colocación de fijador externo y explicándole que debe regresar para sus controles y programar su intervención quirúrgica final con la colocación de aloinjerto desmineralizado de cadáver en codo.

1.4 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

Los hospitales en los que se desarrolló la rotación de pediatría y neonatología son el hospital naval y el hospital Sergio E. Bernales encontrándonos con los siguientes casos:

CASO A:

Recién nacido pretérmino masculino de 40 semanas producto de parto eutócico con maniobra de Kristeller, con aspiración de líquido amniótico espeso verdoso, nace sin tono, pálido, sin esfuerzo respiratorio con un APGAR 4 al minuto y 7 a los 10 minutos. Por lo cual requirió ventilación con AMBU durante 3 minutos logrando una frecuencia cardiaca > 100, recuperando tono y color y esfuerzo respiratorio. Se le realizó lavado gástrico donde se evidencio salida de líquido verdoso.

Antecedentes maternos: edad materna avanzada

Antecedentes prenatales: bradicardia durante trabajo de parto hasta 68 latidos por minutos

Examen físico:

Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos, acrocianosis.

Cráneo: normocéfalo

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, taquipneico, presencia de roncus difusos y subcrépitos. Silverman – Anderson: 6 puntos, desbalance toraco-abdominal (1), tiraje intercostal (2), retracción esternal (1), aleteo nasal (1), quejido espiratorio (1)

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: globuloso, muñón umbilical verdoso cubierto con apósitos, no visceromegalia.

Genito-urinario: genitales masculinos, no lesiones ni malformaciones.

Sistema nervioso central: despierto, reactivo a estímulos.

Funciones Vitales:

- **Pulso:** 161 por minuto **F.R.:** 67 por minuto **Saturación:** 90 - 92% **Temperatura:** 37° **Peso:** 3050 gr. **Talla:** 47 cm.
Perímetro cefálico: 33.5 cm.

Impresión diagnóstica:

- Recién nacido pretermino masculino adecuado para la edad gestacional
- Depresión respiratoria moderada
- D/C SALAM

Manejo de emergencia:

1. Pase intermedios
2. Ampicilina 128 mg EV cada 12 horas
3. Gentamicina 10 mg EV cada 24 horas
4. Control de signos de alarma y control de funciones vitales
5. Se solicita hemograma, grupo y factor, bilirrubina total, directa e indirecta, y radiografía de tórax
6. Reevaluación con resultados

Hemograma	
Leucocitos	15.10
Segmentado	62.5%
Hb	20.12
Plaquetas	161.00
Grupo y factor	O +

Bioquímica	
Bilirrubina total	13.38
Bilirrubina directa	0.58
Bilirrubina indirecta	12.8

Rx de tórax: se evidencia infiltrado grueso a predominio de hemitórax derecho compatible con SALAM

Diagnósticos:

1. RNPT masculino de 36 ss adecuado para la edad gestacional
2. Depresión moderada
3. SALAM
4. Ictericia neonatal (BT: 13.38, no rango de fototerapia)

Plan de trabajo:

1. Inicio de nutrición enteral mínima
2. Continuar antibioticoterapia
3. Control de funciones vitales

CASO B:

Madre de paciente de 5 años refiere que hace dos días, hija presento irritabilidad, aumento de sed y temperatura de 38.8°C, por lo cual usa medios físicos. El día del ingreso presenta sensación de alza térmica, dolor abdominal y nauseas. Por lo que se le pide un examen de orina encontrándose leucocitos más de 100 por campo y 20% de piocitos y nitritos negativos.

Examen físico:

Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos, acrocianosis.

Cráneo: normocéfalo

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, rebote negativo

Sistema nervioso central: despierto, reactivo a estímulos.

Funciones Vitales:

Pulso: 130 por minuto	F.R.: 26 por minuto	Saturación:
98%	Temperatura: 37°	Peso: 18 Kg

Impresión diagnóstica:

- Infección del tracto urinario: Pielonefritis

Plan de trabajo:

- Examen de orina
- Urocultivo

- hemograma
- Prueba rápida de covid
- Antibioticoterapia empírica
- Metamizol PRN a fiebre

Exámenes de laboratorio:

Hemograma	
Leucocitos	12.13
Segmentado	70%
Linfocitos	22
Hb	8.6
Plaquetas	180.000
PCR	165.7

CASO C:

Paciente: S.L.D.J.
03086189

Edad: 12 años

CIP:

Signos y síntomas: Fiebre persistente

Relato: Padre refiere que paciente presenta fiebre persistente que ha sido cuantificada entre 98 y 39 grados centígrados durante siete días, asimismo refiere que hace tres días acudieron a emergencias de CEMENA por los mismos síntomas y le recetaron paracetamol cada 8 horas; sin embargo, cuadro clínico persiste agregándosele malestar general y mialgias por lo que regresan a emergencias del CEMENA.

Antecedentes maternos: edad materna adolescente, tercera gestación.

Antecedentes prenatales: seis controles prenatales .

Parto: Distócico

Peso al nacer: 2.800kg

Talla al nacer: 50 cm

AP: 9-9

Examen físico:

Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos, no edemas, no cianosis.

Cráneo: normocéfalo

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no rales.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: simétrico, RHA presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

Genitourinario: PPL negativo y PRU negativo

Sistema nervioso central: LOTEP, Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

Funciones Vitales:

- **Pulso:** 115 por minuto **F.R.:** 23 por minuto **Saturación:**98%
- **Temperatura:** 38.3° **Peso:** 35kg. **Talla:** 1.40 cm.

Impresión diagnóstica:

- Síndrome febril de etiología a determinar
- Descartar infección por COVID-19

Manejo de emergencia:

- Hospitalización
- Prueba antigénica para COVID-19
- Hemocultivo con fiebre
- Antipirético endovenoso

Inmunología	
COVID-19 Antígeno	Negativo

Hemograma

Leucocitos	8.800
Segmentado	62%
Hb	12
Plaquetas	341.000
Glucosa	95
PCR	8.74
Grupo y factor	O+
Hemocultivo	Negativo
Gota gruesa para paludismo	40

Coagulación	
Tiempo de protrombina	16
Tiempo de Tromboplastina Parcial	48.1
Fibrinógeno	581

Diagnósticos:

- Fiebre de etiología a determinar

Plan de trabajo:

- Hidratación
- Antipirético
- Antibioticoterapia
- Interconsulta con infectología
- Ecografía abdominal
- Se solicita control: hemograma, PCR, PCT, ferritina, Dímero D, TP, TPT, ebstein barr IgG e IgM, herpes I y herpes II IgG e IgM, rubeola IgG e IgM, monatest Y toxoplasma IgG e IgM, BK orina, heces, parvovirus, Rx de senos paranasales y molecular para COVID-19.

Se pide interconsulta con neumología, cardiología e infectología. Mandamos muestras al INS para descarte de diversas patologías; sin embargo, padres

solicitan alta voluntaria de paciente en su décimo cuarto día con fiebre intermitente que cede parcialmente a medicamentos antipiréticos.

CASO D:

Paciente: H.P, Bb. **Sexo:** M **Edad:** 13 días de nacido **CIP:** 00014849

Signos y síntomas: desaturación e hipoactividad

Relato: 21/01/21 durante su hospitalización en UCI neonatal paciente cursa con hipoglicemia (48mg/dl), y aporte ventilatorio a 6 litros flujo libre llegando a SatO₂ 90%. Se interconsulta a cardiología pediátrica extra institucional donde informa ecocardiograma: atresia tricuspídea, conexiones ventrículo auriculares, CIV 5mm, Foramen Oval complaciente con shunt no restrictivo I-D, no PCA, no CoAo, Hipoplasia ventrículo derecho, estenosis Pulmonar leve a moderad. Por todo ello sugiere: mantener BHE en cero, no tributario de tratamiento quirúrgico ni manejo farmacológico por el momento, va manejar SatO₂ 80-90%. Si recién nacido durante su evolución se mantiene estable, la probabilidad de alta y manejo ambulatorio, con un futuro de manejo con Rashking B-T, Glenn-Fontan. 24/01/21 recién nacido cursa con cuadros de cianosis y taquipnea FR 9-106xmin, se inicia antibioticoterapia con ampicilina más cefotaxima por presentar radiografía de tórax con imagen de infiltrado par basal derecho PCR 0.1. 25/01/21 se suspende fototerapia. 29/01/21 se interconsulta a cardiología pediátrica extra institucional donde informa ecocardiograma: Atresia tricuspídea, CIV 8mm, CIA amplio, EP leve a moderado, dilatación ventrículo izquierdo con impresión diagnóstica AT+CV y CF III, sugiere restricción hídrica 100cc/kg/día, furosemida 0.5mg EV cada 12 horas, BHE estricto. 01/02/21 recién nacido a las 10:20 horas cursa con desaturación 42% ambiental sin cese respiratorio con cianosis generalizada con duración de 25 segundos, que resuelve con estimulación táctil, presenta un segundo episodio de desaturación 75% con cianosis en cara a las 10:45 horas con duración de 15 segundos que resuelve con estimulación táctil. 04/02/21 Al examen con distres respiratorio, FR: 40xmin, SatO₂: 85-87% con fiO₂ ambiental, hepatomegalia leve, no edemas.

Antecedentes maternos: tercera gestación, ruptura prematura de membranas mayor 5 horas

Antecedentes prenatales: RNPT 36 semanas . **Parto:** Distócico

Antecedentes postnatales: depresión respiratoria moderada con recuperación rápida, recibió ventilación a presión positiva, siendo APGAR 5-9-9.

Peso al nacer: 3.765kg **Talla al nacer:** 52 cm **AP:** 5-9-9

PT: 37 **PC:** 35 **PABD:** 36

Examen físico: hipoactividad de recién nacido, fascie no tóxica.

Piel y faneras: diaforesis. Llenado capilar < 2 segundos, no edemas, no cianosis al momento del examen.

Cráneo: normocéfalo

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no rales.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos aumentados de regular intensidad

Abdomen: simétrico, RHA presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

Genitourinario: PPL negativo y PRU negativo

Sistema nervioso central: LOTEP, Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

Funciones Vitales:

- **Pulso:** 140 por minuto **F.R.:** 48 por minuto **Saturación:**90%
- **Temperatura:** 37.8° **Peso:** 3.765kg. **Talla:** 52 cm.

Impresión diagnóstica:

- RNPT 36 semanas por Capurro
- GEG
- Depresión respiratoria moderado de recuperación rápida
- D/c Síndrome de Distress Respiratorio
- D/c Trastorno metabólico

Manejo: Inmediato post cesárea

- UCI-neonatal
- Hemocultivo (01/02/21)

- Antibioticoterapia

Hemograma	
Leucocitos	15.04 / 10.34
Segmentado	9 / 48
Linfocitos	3.91 / 40
Hb	17.6 / 18.4
Plaquetas	233 / 305
Glucosa	40 / - / - / 73
PCR	0.05 / 0.10 / - / 0.07
Hemocultivo	Staphylococo Auricularis

Bioquímica	
Creatinina	0.37
Calcio	10 / 8.7 / - / 10.1
Sodio	/ - / 137 / - / 138
Potasio	/ - / 4.9 / - / 5.8
Magnesio	1.88 / 2.33 / - / 1.86
Cloro	/ - / 105 / - / 104
Bilirrubina total	/ - / 15.54 / 8.21 / - /
Bilirrubina directa	/ - / 0.32 / 0.38 / - /
Bilirrubina indirecta	/ - / 15.22 / 7.83 / - /
TGO	40.6 / - / - / - /
TPG	10 / - / - / - /

Coagulación	
Tiempo de protrombina	18.3
Tiempo de Tromboplastina Parcial	50.5
DHL	568

Diagnósticos:

- RNPT 36 semanas por Capurro
- Tiempo de vida: 37 5/7 semanas
- ICC clase funcional III-IV
- Cardiopatía compleja: atresia tricuspídea + CIV pequeño + CIA amplio
- Derrame pleural posterior leve por ecocardiograma
- Dilatación de ventrículo izquierdo
- No PCA No CoAo
- Hipertensión pulmonar leve
- Sepsis probable en tratamiento

Plan de trabajo: Junta médica

- Recibir soporte ventilatorio no invasivo CPAP
- Iniciar inotrópico EV
- Colocación de CVC por cirujano de tórax y cardiovascular
- Considerar continuar con antibioticoterapia
- Colocación de sonda orogástrica
- Balance hídrico estricto
- Continuar furosemida EV
- Hemostasia del medio interno
- Soporte oxigenatorio máximo 2-4 litros
- Considerar sildenafil según evolución

Se realiza junta médica sobre lo antes expuesto por lo que concluye que paciente requiere monitorización permanente en unidad de cuidados intensivos neonatales con manejo conjunto de neonatólogo y cardiólogo pediatra. Se pone en conocimiento a los padres sobre las conclusiones de la junta médica y la recomendación de transferencia a centro de salud de mayor complejidad resolutiva. Padres aceptan transferencia, pero paciente fallece en centro de salud de mayor complejidad.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1 Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber

El Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber se inauguró el 01 de diciembre de 1958, siendo remodelado y ampliado en 1974 cuenta actualmente con unidades completas para la atención de los pacientes como instalaciones para hospitalización, intervenciones quirúrgicas, área de observación para post operatorio, emergencia covid y no covid que cuenta con una rotonda, área donde los médicos deciden el plan de tratamiento de un paciente con mala evolución dentro de un periodo de observación de las primeras 12 horas y evaluar así la ampliación de exámenes para su alta o la posibilidad de hospitalización dando un bypass al servicio de emergencias, también cuenta con una unidad de cuidados intensivos polivalentes y coronarias, asimismo poseen equipos médicos de alta tecnología en medicina nuclear como es la cámara gamma, tomografía y resonancia magnética que aseguran una atención que cumpla con su categorización como un hospital categoría III-1 por ser un nivel III de complejidad y un nivel 1 de atención. De igual modo el hospital militar central no solo brinda servicios al personal militar, también cuenta con un programa de acción cívica en el que el nosocomio presta atención a pacientes de otros centros hospitalarios que requieran

determinado tipo de exámenes, lo cual respalda la sensibilidad social de la institución. El hospital militar central se encuentra ubicado en la avenida José Faustino Sánchez Carrión en el distrito de Jesús María, Lima-Perú.

2.2 Hospital Nacional Sergio E. Bernales

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales, el cual pertenece al ministerio de Salud MINSA. Este nosocomio fue inaugurado un 15 de agosto de 1940, y estuvo a cargo bajo la administración de la comunidad religiosa de Las hermanas Carmelitas con el nombre de Preventorio; Posteriormente, fecha 06 de mayo de 1959 cambia su nombre a Sanatorio de Collique en la cual incrementaron equipamiento para el tratamiento de enfermedades respiratorias, mejorando infraestructura física y administrativas, creando así también mayores servicios de limpieza y generales. Debido al aumento de demanda de pacientes, adopta un nuevo nivel de atención pasando, a llamarse así Hospital Infantil de Collique, pero aun carecía de centro quirúrgico. Siendo en el año 1970 se constituye como un hospital general y cambiando de nombre a Hospital base n°9. Finalmente, en el año 1982 toma el nombre de Hospital Sergio E. Bernales en memoria de Sergio Ernesto Bernales García, médico y catedrático universitario peruano. Este nosocomio se encuentra en el distrito de Comas- Collique, a la altura del kilómetro 14.5 de la avenida Túpac Amaru N° 8000 en Collique provincia Lima. Además, cuenta con un área total de 578.100,47 m², siendo de estas, 16.833,33 m² de área construidas albergando a 1351 trabajadores entre personal asistencial y administrativo la cual estadísticamente se encuentra de esta población el 14.1% personal médico y un 20,1% profesionales no médicos. Este nosocomio tiene una gran afluencia y accesibilidad directa de los distritos de Carabayllo, Comas e Independencia y de forma indirecta por los distritos de Puente Piedra, Ancón, Santa Rosa, San Martín de Porres y Los Olivos. El Hospital Sergio E. Bernales es catalogado como un hospital de alta complejidad, alta capacidad resolutive, siendo un establecimiento III-1. Perteneciendo a la red de salud de lima norte, brindando una atención integral, ambulatoria y hospitalaria altamente especializada abarcando en su mayoría

la recuperación y rehabilitación de los problemas de salud. Contando con consulta externa, emergencia, hospitalización, centro quirúrgico y unidades de cuidados intensivos.

2.3 Centro Médico Naval Cirujano mayor Santiago Távara

El Centro Médico Naval Cirujano mayor Santiago Távara pertenece a la dirección de salud de la marina, quien es el órgano técnico normativo y administrativo que planea, organiza, dirige y controla las actividades de salud de la marina y depende de la dirección general del personal de la marina. Como IPRESS altamente especializado que es cuenta con servicios de primera generación como son la sala de especialidades quirúrgicas, servicio de emergencia, consultorios externos, centro geriátrico, nefrología y oncología, además de una sala híbrida, siendo el único hospital militar en el mundo que la posee y el segundo en Latinoamérica, ésta sala cuenta con un sistema de radiología intervencionista que permite realizar estudios de imágenes complejos y al mismo tiempo desempeñar cirugías especializadas, además dispone de sofisticados y avanzados equipos de imagen como escáneres de imagen por resonancia magnética, tomografía computarizada, angiografía computarizada, mamografía tridimensional y otros equipos complementarios. Complementario a todos los servicios de atención también brinda aulas de telemedicina para asistencia especializada en telediagnóstico. Cabe mencionar que gracias a la suscripción de un convenio bilateral con la armada de los estados unidos el centro médico naval CEMENA, cuenta con investigaciones de enfermedades tropicales dedicada a estudiar enfermedades transmisibles desde hace más de 30 años. Finalmente, el Hospital naval ofrece planes solidarios de cobertura financiera para apoyar al personal naval en el momento en que lo necesite como son los programas de Onconaval y Segunda Capa y brinda apoyo en las evacuaciones aeromédicas que se suscitan los 365 días del año. El Centro Médico Naval Cirujano mayor Santiago Távara se encuentra ubicado en Av. Venezuela S/N – Bellavista – Callao.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

CASO A: PIE DIABETICO

Una causa importante de morbilidad son las úlceras del pie diabético. Aproximadamente el 25 por ciento de todas las estancias hospitalarias de los pacientes con diabetes representan las úlceras del pie diabético infectadas o isquémicas. Tienen una alta tasa de reingreso hospitalario y se asocia con un riesgo de muerte 2,5 veces mayor en comparación con los pacientes con diabetes sin úlceras en el pie. El tratamiento de las úlceras del pie diabético, incluido el cuidado de heridas locales, el uso de descarga mecánica, el tratamiento de la infección y las indicaciones de revascularización. La pérdida de la sensación protectora debido a neuropatía, úlceras o amputaciones previas, deformidad del pie que conduce a un exceso de presión (como uso de calzado, medias, etc), traumatismo externo, infección y los efectos de la isquemia crónica, generalmente debido a la arteria periférica, son factores de riesgo que pueden provocar heridas en el pie en pacientes con diabetes conllevando así a la aparición de úlceras.

CLASIFICACION DE ULCERA El primer paso en el manejo de las úlceras del pie diabético es evaluar y clasificar la úlcera.

Haciendo una evaluación clínica de la extensión y profundidad de la úlcera así como también la presencia de infección o isquemia, la cual van a determinar la naturaleza y la intensidad del tratamiento.

Una de las escalas más utilizadas para úlceras es la clasificación de Wagner, como así también la clasificación de la universidad de Texas. Clasificaciones Wagner: grado 2: úlcera profunda en tendón, músculo, cápsula articular o hueso para el tratamiento se hizo uso del algoritmo según la clasificación. El cuidado local apropiado de la herida debe lograr una reducción del área de superficie superior al 40-50% o una reducción de la profundidad de la úlcera en cuatro semanas. Las úlceras que aún no mejoran deben reevaluarse para detectar infecciones de tejidos blandos u osteomielitis en curso, alteración del flujo vascular de las extremidades y, con mayor frecuencia, la necesidad de una descarga más eficaz o un desbridamiento quirúrgico. Una vez que un paciente ha sanado una úlcera, sigue teniendo un riesgo muy alto de reulceración. Varias medidas pueden disminuir notablemente la formación de úlceras, como evitar zapatos que no calcen bien, no caminar descalzo y dejar de fumar

MANEJO DE LA INFECCION El diagnóstico de infección es clínico y generalmente es obvio cuando una úlcera contiene material purulento o hay enrojecimiento, hinchazón o calor alrededor de la úlcera. Signos de flogosis. Y se basa en las etapas de infección (grado / etapa de la herida: 2B, 3B) grado de osteomielitis si se aprecia ver el hueso en el piso de la Úlcera o si se puede detectar fácilmente al sondear la úlcera con una sonda de acero inoxidable estéril y roma. Se pueden usar radiografías en caso de tener un diagnóstico aún incierto de osteomielitis. Solicitar muestra de tejido de cultivo - mediante legrado de la herida ya que proporcionan resultados más precisos, en lugar de usar un hisopo o irrigación de la herida. Los organismos infecciosos más comunes en las naciones occidentales incluyen los cocos grampositivos aeróbicos. Otros patógenos frecuentes son los bacilos gramnegativos aerobios y los anaerobios.

Atención y desbridamiento: es importante para la cicatrización de la úlcera.

Cuando se dispone de cirujanos con experiencia en desbridamiento cortante, preferimos este método. El desbridamiento agudo, el método más utilizado, implica el uso de un bisturí o tijeras para eliminar el tejido necrótico.

El desbridamiento enzimático (aplicación tópica de enzimas proteolíticas como la colagenasa) puede ser más apropiado en casos como Enfermedad vascular extensa que no se encuentra bajo tratamiento en equipo. El desbridamiento autolítico puede ser una buena opción en pacientes con úlceras dolorosas, utilizando un apósito semioclusivo u oclusivo para cubrir la úlcera de modo que el tejido necrótico sea digerido por las enzimas normalmente presentes en el tejido de la herida. Después del desbridamiento, las úlceras deben mantenerse limpias y húmedas, pero sin exceso de líquidos. Algunos apósitos simplemente brindan protección, mientras que otros promueven la hidratación de la herida o previenen la humedad excesiva.

DESCARGA MECANICA Todas las úlceras sometidas a presión y estrés sostenido o frecuente (es decir, úlceras del talón relacionadas con la presión o úlceras medial / lateral del pie) o presión moderada repetitiva (úlceras plantares del pie) se benefician de la reducción de la presión, que se logra con descarga mecánica. Los dispositivos de descarga incluyen yesos de contacto total, andadores con yeso, modificaciones del calzado y otros dispositivos para ayudar en la deambulación. La evidencia de los ensayos aleatorios respalda el uso de yesos de contacto total y andadores con yeso no removible para aliviar la presión y mejorar la curación de las úlceras del pie diabético.

CASO B: ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

El accidente cerebrovascular, es una enfermedad que afecta a los vasos sanguíneos que riegan el cerebro. Los síntomas pueden aparecer de forma gradual o repentina. La lesión cerebral que también puede afectar gravemente al cuerpo. Se produce cuando se interrumpe el riego sanguíneo a una parte del cerebro o cuando se produce un derrame de sangre en el cerebro o alrededor de él. La gravedad de un accidente cerebrovascular depende de la

región del cerebro que haya sido afectada, la extensión del daño en las células cerebrales, la rapidez con la que el organismo logra restablecer el flujo sanguíneo a las partes lesionadas del cerebro y la rapidez con la que las zonas intactas del cerebro logran compensar, suplir o asumir las funciones que antes eran realizadas por la zona lesionada. Para el diagnóstico a parte de la sintomatología se realizan estudios de imágenes como una tomografía, resonancia magnética, dúplex carotideo para ver el flujo de sangre al cerebro, un EEG para medir la actividad eléctrica del cerebro, con el fin de saber el tipo de accidente cerebro vascular y su gravedad. Se tiene que hacer una evaluación neurológica ya que la isquemia en diferentes territorios vasculares presenta síndromes específicos.

CASO C: VIH-SIDA

El VIH-SIDA son presentaciones de diferentes momentos de la misma enfermedad, siendo el estadio SIDA el síndrome de inmunodeficiencia adquirida donde a partir del ingreso de este virus ARN a células linfocíticas se transcribirá su material genético por medio de la transcriptasa reversa para posteriormente ese ADN se integre mediante la enzima integrasa a la célula para fabricar copias del virus casi de forma ilimitada a través de la síntesis de nuevos viriones o partículas virales precursoras del virus activo y ensamblarse por medio de la enzima proteasa a otros linfocitos CD4. El poder conocer este mecanismo fisiopatológico y evolución de la enfermedad ha hecho posible desarrollar fármacos antirretrovirales que inhiban la acción de las enzimas mencionadas como es la zidovudina que es un inhibidor de la transcriptasa reversa, así como análogos de nucleosidos o no análogos de los nucleosidos e inhibidores de la proteasa. Según la norma técnica, la terapia combinante denominada terapia antiretroviral de gran actividad (TARGA) es la adecuada en toda persona con diagnóstico de infección por VIH Se debe administrar Tenofovir 300 mg (TDF)/ Emtricitabina 200 mg (FTC)/ Efavirenz 600 mg (EFV) 1 tableta de TDF/FTC/EFV, en Dosis Fija Combinada (DFC), cada 24 horas al acostarse como primer esquema de elección. también podríamos administrar Tenofovir 300 mg (TDF)/ Emtricitabina 200 mg (FTC) + Efavirenz 600 mg

(EFV) 1 tableta de TDF/FTC (DFC) + 1 tableta de EFV, cada 24 horas al acostarse. y finalmente como tercer esquema damos Tenofovir 300 m. (TDF)+ Lamivudina 150 mg (3TC) + Efavirenz 600 mg (EFV) 1 tableta de TDF + 2 tabletas de 3TC + 1 tableta de EFV, juntas cada 24 horas al acostarse. Utilizamos este esquema, cuando no se cuente con las presentaciones previas de dosis fija combinada. Lo nuevo ha sido agregar Dolutegravir de 50 mg a los esquemas alternativos. En relación al caso presentado se inicia dieta blanda amplia hiperproteica sin residuos más líquidos a voluntad, suplemento nutricional con carbohidratos, lípidos y proteínas 6 medidas divididas en 200 cc de suero de agua cada 24 horas. Trimetropin sulfametoxazol 100/800 mg cada 24 horas vía oral y reposición de líquidos con dextrosa 5% con 1 ampolla de kalium y 1 ampolla de hipersodio, todo a 15 gotas por litro. Terapia Antirretroviral: tenofovir 300mg más lamivudina 300mg más efavirenz 400 mg cada 24 horas vía oral por las noches. Ranitidina 150 mg vía oral cada 24 horas y subsalicilato de bismuto 1 cucharada cada 8 horas vía oral. Procuramos mantener el control hidroelectrolítico y de funciones vitales hasta el alta, manejo conjunto con infectología.

CASO 4: ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO

El agente causal es la Bartonella Henselae; para sospechar que estamos ante la enfermedad por arañazo de gato es fundamental preguntar en la anamnesis si el paciente tiene mascotas, si ha viajado en los últimos días y si ha tenido algún episodio que nos oriente hacia esta patología. En cuanto al caso clínico presentado, el paciente tiene sólo presentaba linfadenopatía axilar, algunos cuadros febriles y no había lesiones cutáneas como se espera encontrar, como una pápula por lo cual podemos decir que no presenta una clínica florida, sin embargo nos apoyamos en la anamnesis donde refirió que su hermana contaba con la misma linfadenopatía ubicado en región cervical y que ambos poseen un gato como mascota, es por ello que ante la sospecha pedimos la analítica necesaria y trabajo conjunto con infectología, quienes ante la duda solicitaron realizar pruebas para otros microorganismos como brucelosis, hongos, BK seriados y parasitología seriados, asimismo

realizamos punción para biopsia de tejido ganglionar y solicitamos títulos de anticuerpos séricos que se interpretaron como positivos por lo que empezamos tratamiento antibiótico y gradualmente la clínica fue disminuyendo, es importante precisar que ésta es una patología que se autolimita, sin embargo consideramos importante darle tratamiento antibiótico por la analítica, la estancia hospitalaria, la demora de los resultados y persistencia de picos febriles.

3.2 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CASO 1: RECIEN NACIDO POST TERMINO POR PARTO EUTCICO

El parto es un proceso fisiológico en el cual la gestante finaliza su embarazo a término, su inicio es espontáneo, evoluciona y termina sin complicaciones, finaliza con el alumbramiento y no implica más intervención. Todo esto se logrará a través de buenos cuidados, controles y seguimiento a la embarazada. Es proceso por el cual el feto es expulsado del útero. Requiere de contracciones efectivas y regulares que llevan a la dilatación y al borramiento del cérvix. El bebe nace espontáneamente entre las 37 y 42 semanas completas del embarazo y en posición de vértice. Los periodos del trabajo de parto son tres: Primera etapa. Es la dilatación que va desde 2 cm hasta los 10 cm o dilatación completa. Segunda etapa. Expulsivo que inicia con la dilatación completa y que se caracteriza por el pujo que ayudan a la contracción uterina a expulsar al feto. Tercera etapa. Alumbramiento o desprendimiento o expulsión de la placenta

Para ello se le realizara un tacto vaginal para comprobar la incorporación, dilatación cervical progresiva, variedad de posición de la presentación, altura de presentación, membranas y pelvis. Dentro de los factores del parto es indispensable las contracciones uterinas que deben ser medidas cada 10 minutos con intervalos cada vez más cortos. En fase activa puede llegar 3-5

contracciones cada 10 minutos. Tiene que tener una duración que vaya aumentando, en fase latente puede durar 30 a 40 segundos, pero en fase activa dura hasta unos 90 segundos y por último la intensidad de la contracción. Una vez que expulso al recién nacido pasaremos al ordeño y pinzamiento del cordón, drenaje placentario y reparación de laceración y episiotomías y pasar a puerperio inmediato a madre.

CASO 2: MASTITIS PUERPERAL

Es una inflamación de los lóbulos glandulares, siendo la infección la etiología más frecuente y es más común en los primeros tres meses de lactancia materna. Donde el pecho de la mujer se vuelve doloroso, rojo e hinchado. Los factores de riesgo incluyen antecedentes de mastitis, pezones agrietados, uso de sacaleches y drenaje deficiente de la leche. La mastitis es causada más frecuentemente por el *Staphylococcus aureus*. Dentro de las manifestaciones clínicas se evidenciará un área firme, dolorosa, hinchada y roja de la mama asociado a una temperatura mayor de 38.3°C. El tratamiento es básicamente sintomático para reducir la hinchazón y dolor con agentes inflamatorios no esteroideos y compresas frías, y vaciado completo de la mama. La terapia empírica para la mastitis lactacional debe incluir actividad contra *S. aureus*.

CASO 3 y 4: RECIEN NACIDO A TERMINO POR CESAREA

Ambas pacientes presentan características necesarias y suficientes para identificar cesárea. En ellos se diagnostica sufrimiento fetal agudo con latidos fetales disminuidos asimismo evaluamos la partograma para poder hacer la correcta disquisición y en caso de la sospecha de corioamnionitis por presentar pérdida de líquido tipo "puré de alverja" por lo cual se decide realizar cesárea. La cesárea transversa es de elección para ambas gestantes, teniendo en cuenta también el tiempo del parto y para una mejor hemostasia se performó tipo fanestil. Ambas madres fueron dadas de alta con indicación de volver por consultorio externo para retiro de puntos y asimismo para control por neonatología para sus recién nacidos en el tiempo indicado por la especialidad.

3.3 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

CASO A: ACALASIA

La acalasia es el resultado de la falta de relajación del esfínter esofágico inferior, acompañada de una pérdida de peristalsis en el esófago distal. En el enfoque diagnóstico para una sospecha de acalasia el paciente debe presentar disfagia a sólidos y líquidos, dispepsia que no responde a tratamiento de inhibidores de bomba de protones y alimentos retenidos en el esófago en la endoscopia. Pero para establecer el diagnóstico se requiere de una manometría esofágica, donde se va a evidenciar la relajación incompleta del esfínter esofágico inferior y a peristalsis en las dos terceras partes distal del esófago. De acuerdo con la Clasificación de Chicago.

CASO B: APENDICITIS

La emergencia quirúrgica abdominal más común en el mundo es el cuadro de apendicitis aguda teniendo un riesgo de vida del 8,6 por ciento en los hombres y del 6,9 por ciento en las mujeres. El manejo de este cuadro puede ser quirúrgico o no quirúrgico (uso de antibiótico terapia). En caso quirúrgico ocurre de dos maneras: puede realizarse como una cirugía abierta, (laparotomía o a cielo abierto) haciendo una incisión en el abdomen de 2 a 4 pulgadas (de 5 a 10 cm) de largo o bien, la cirugía puede realizarse a través de unas incisiones pequeñas en el abdomen (cirugía laparoscópica) la cual requerirá de instrumentos quirúrgicos especiales y una videocámara videoscopio, siendo esta última cirugía la de elección por la gran mayoría de cirujanos a razón que permite recuperarse más rápido y sanar con menos dolor y cicatrices. Puede ser mejor para los adultos mayores y las personas con obesidad, sin embargo, en caso de evidenciarse una perforación de la Apéndice, se preferirá la cirugía abierta la cual permite al cirujano limpiar la cavidad abdominal. En pacientes adultos mayores, inmunodeprimidos o con comorbilidades medicas asociadas, el tratamiento no quirúrgico presenta un mayor riesgo. la gravedad de la enfermedad puede subestimarse y el riesgo

de malignidad puede ser mayor e inesperada en el apéndice, como carcinoide y carcinoma. El abordaje laparoscópico fue superior teniendo una tasa más baja de infección en heridas, menos dolor en el primer día posoperatorio y una duración más corta en la estancia hospitalaria. El enfoque abierto fue superior sin embargo en tener una tasa más baja de abscesos intraadominales y un tiempo operatorio más corto. Una revisión sistemática separada y un análisis agrupado también encontraron que la apendicetomía laparoscópica se asocia con menos obstrucciones intestinales adhesivas a corto plazo. En el cuadro de un paciente con apendicitis aguda no perforada en un paciente estable se recomienda la apendicetomía dentro de las 12 horas, además, los pacientes deben ser ingresados en el hospital y recibir hidratación intravenosa, control del dolor y antibióticos intravenosos mientras esperan la cirugía. Los pacientes con apendicitis aguda requieren una hidratación adecuada con líquidos intravenosos, corrección de anomalías electrolíticas y antibióticos perioperatorios. Una vez que se ha tomado la decisión de realizar una operación de apendicitis aguda, el paciente debe proceder al quirófano con el menor retraso posible para minimizar la posibilidad de progresión a perforación.

El uso antibiótico profilácticos son importantes para prevenir la infección de la herida y el absceso intraabdominal después de la cirugía, sabiendo que la flora del apéndice refleja la del colon e incluye aerobios y anaerobios gramnegativos.

El uso recomendado de antibioticoterapia debe ser dosis única de cefoxitina (2 g IV) o cefotetan (2 g IV), o la combinación de cefazolina (2 g si <120 kg o 3 g si ≥120 kg IV) MÁS metronidazol (500 mg IV) o, en pacientes alérgicos a penicilinas y cefalosporinas, clindamicina MÁS uno de los siguientes: ciprofloxacina, levofloxacina, gentamicina o aztreonam.

CASO C: HERNIA INGUINAL DIRECTA

La presencia de una hernia inguinal directa no reductible tiene como manejo definitivo la intervención quirúrgica, si bien tenemos que mencionar que el

procedimiento pudo hacerse por laparoscopia, las condiciones de sala y la clínica de la paciente primaron para decidimos por una hernioplastia inguinal. A continuación, describiré el procedimiento quirúrgico: ubicamos la espina del pubis y realizamos la incisión desde la cresta iliaca anterosuperior horizontal a dos centímetros hacia la espina anterosuperior del pubis. Con ayuda del electrobisturí continuamos la incisión de las capas adiposas donde se encuentran las fascias de camper, membranosa y de scarpa, luego realizamos limpieza de la zona con separadores farabeuf para visualización de la aponeurosis del oblicuo mayor, identificando el orificio inguinal superficial y liberando la aponeurosis del oblicuo mayor del cordón inguinal con tijera curva, aperturamos el canal inguinal siguiendo las fibras del oblicuo mayor de abajo hacia arriba y liberamos el contenido del conducto inguinal (ligamento redondo) para realizar la colocación de la cinta inguinal con lo que reducimos el saco y terminamos cerrando el defecto de la pared posterior (hernia. Directa). Finalmente colocamos la malla de polipropileno (técnica de Liechtenstein) fijándola con surget continua a nivel del ligamento inguinal y reforzándola en el tendón conjunto. Finalmente realizamos la revisión de hemostasia y cierre de aponeurosis del oblicuo mayor y cierre por planos. La paciente fue dada de alta al día siguiente con indicaciones médicas y control en siete días por consultorio de cirugía con tolerancia oral y dieta blanda adecuadas y solo leve dolor solo en la zona de la herida operatoria que cedía a los analgésicos. Paciente con buen pronóstico.

CASO D: FRACTURA DE CODO POR PROYECTIL ARMA DE FUEGO

Para delimitar las lesiones como una fractura de codo tenemos en cuenta las estructuras óseas como a la parte proximal del cubito y radio y tercio distal del húmero. Las lesiones asociadas suelen ser múltiples y multifragmentarias como el caso a tratar. En primer lugar, es importante realizar un correcto lavado quirúrgico para disminuir el riesgo de infecciones, consecuentemente debemos buscar estabilizar a la articulación por ello es que se colocó un fijador externo. Si bien es posible en la última y definitiva operación hacer uso de fijadores externos articulado y colocación de placas con prótesis de codo

se decidió realizar una reconstrucción completa del olecranon con tejido óseo cadavérico desmineralizado ya que, a diferencia de otros tejidos, éste tiene la capacidad de regenerarse completamente si se proporciona un espacio adecuado. Durante su segunda hospitalización para un adecuado manejo se realiza radiografía, tomografía y electromiografía que nos muestre las condiciones de su estado prequirúrgico y poder hacer un correcto planeamiento de la colocación del aloinjerto. Al término de esta tesis el paciente fue programado para ingresar a SOP en la próxima semana.

3.4 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA Y OBSTETRICIA

CASO A: SALAM

El síndrome de aspiración meconial ocurre cuando el recién nacido aspira meconio y líquido amniótico antes o durante el parto, lo que conlleva a una dificultad respiratoria.

Dentro de las manifestaciones clínicas tenemos dificultad respiratoria con cianosis y una taquipnea marcada, lo que conlleva al uso de músculos respiratorios accesorios demostrados por retracción intercostal y esternal, disociación toracoabdominal, y quejido espiratorio.

El paciente con enfermedad grave está en riesgo de insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica. Las enfermedades respiratorias graves a menudo se asocian con la hipertensión pulmonar persistente

También se puede observar manchas de meconio al examinar al bebé. El cordón umbilical, las uñas y el vórnix pueden estar manchados de meconio.

Mayormente los bebés que son más afectados son los pequeños para la edad gestacional y nacidos post término. La prevención es el mejor enfoque ya que la atención intraparto reduce la incidencia de SALAM e incluye: Monitoreo del corazón fetal intraparto y prevención del parto postermo (>41 semanas de gestación). La atención inicial debe guiarse con los principios generales de reanimación neonatal también está incluida la intubación endotraqueal

basada en un esfuerzo respiratorio inadecuado o frecuencia cardiaca menor a 100 bpm. La oxigenoterapia, la ventilación asistida, óxido nítrico inhalado y la oxigenación de membrana extracorpórea son el manejo de apoyo SALAM. Por ende, el manejo respiratorio se centra en mantener una oxigenación y ventilación óptima. También se puede comenzar antibioticoterapia de amplio espectro, mientras llegan los resultados de cultivos.

CASO B: ITU

La ITU es una de las infecciones bacterianas más frecuentes en la infancia. Implica el crecimiento de gérmenes en el tracto urinario, asociado a sintomatología clínica. Se puede clasificar en ITU sintomática aquella que afecta al parénquima renal como la pielonefritis aguda y la que no la hace como la infección de vías bajas o cistitis. También tenemos ITU recurrentes si se producen dos o más episodios de pielonefritis o un episodio de pielonefritis y uno o más de cistitis, o tres episodios o más de cistitis durante un año. El germen más frecuentemente involucrado es la *Escherichia coli*, otros gérmenes citados son *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter spp.*, *Enterococcus spp.* y *Pseudomona spp.* El cuadro clínico varía según la edad, siendo muy inespecífico en los lactantes; los signos y síntomas característicos aparecen en niños mayores. En los lactantes, la ITU se presenta con fiebre, ictericia, rechazo alimentario, vómitos, irritabilidad, letargia, detención de crecimiento y disminución de la diuresis. Debe sospecharse ITU en todo paciente con fiebre > 38°C sin foco. En los niños mayores (en etapa verbal), se describen los síntomas de disuria, polaquiuria, cambios en la continencia urinaria, dolor abdominal o lumbar y micción disfuncional. El diagnóstico se realiza frente a una historia sugerente de ITU, asociada a un análisis de orina anormal (con leucocituria y bacteriuria) y se confirma con el urocultivo. Las indicaciones para la hospitalización y/o terapia parenteral son: Edad <2 meses, Urosepsis clínica (por ejemplo, apariencia tóxica, hipotensión, mala recarga capilar), Paciente inmunodeprimido, Vómitos o incapacidad para tolerar medicamentos orales, falta de seguimiento ambulatorio adecuado (por ejemplo, sin teléfono, vivir lejos del hospital), falta de respuesta a la terapia

ambulatoria, dentro del tratamiento antibiótico es importante el conocimiento de la frecuencia de los gérmenes y la resistencia antibiótica, a nivel local, para decidir el tratamiento empírico inicial.

CASO C: FOD

En base a la literatura definimos FOD como fiebre de origen desconocido porque el paciente presenta temperatura mayor a 38 grados durante al menos 8 días y las pruebas realizadas en relación a posibles causas infecciosas es por ello que se intentaría descargar otras etiologías como son las enfermedades del tejido conectivo y las neoplasias. Si bien es cierto que para acertar en el la etiología este paciente ha presentado resultados negativos en relación a causas infecciosas la mejor manera de establecer un tratamiento es la realización exhaustiva de la historia clínica, una nueva exploración física minuciosa y asimismo realizar pruebas de control de la analítica ya que los pacientes pediátricos son de presentación semiológica muy variable, por un lado podríamos alejarnos de una causa infecciosa ya que luego de 12 días el paciente continuaba presentado picos febriles, sin embargo eso no debe detener nuestra conducta hacia la toma de exámenes complementarios en una segunda o tercera oportunidad si así lo creemos conveniente como son hemograma, frotis de sangre periférica, VSG, PCR, perfil hepático, sedimento urinario, hemocultivos, urocultivos y serológicos para Epstein-Barr, CMV, brucella, bartonella, toxoplasmosis, hepatitis, VIH, sífilis, leptospirosis, etc. Además de saber observar el curso de la enfermedad por lo tanto es muy importante no administrar antibióticos, analgésicos o antipiréticos que encubran precisamente los signos y síntomas adicionales que contribuirían a conocer la etiología. Finalmente, cuando todo lo anterior ha sido de poca ayuda aún nos quedan otros exámenes que pueden guiarnos a otras causas como son los estudios inmunológicos como el factor reumatoideo, anticuerpos antinucleares, anti DNA, inmunoglobulinas, estudios de medula ósea, gammagraficos y el apoyo en imágenes como radiografías, tomografías tóraco-abdominal y PET-TAC. Lamentablemente en este paciente fue imposible concluir los estudios ya que los padres solicitaron alta voluntaria,

encontrándose el paciente con evolución estacionaria y aún persistiendo los picos febriles, para ser trasladado a una clínica y ampliar a otros estudios.

CASO D: CARDIOPATIAS CONGENITAS /ICC

De todas las patologías anteriormente mencionadas, ésta es la que mayor compromiso tiene el paciente no solo por lo vulnerable de su estado al ser un recién nacido sino porque pese a llegar al diagnóstico el tratamiento quirúrgico consiste en más de un ingreso a sala de operaciones y es de pronóstico reservado; a ésta condición habría que agregarle la comunicación interventricular pequeña e interauricular amplia diagnosticada por ecocardiografía lo cual comprometía al paciente dado que el flujo sanguíneo pulmonar no se limita y llega directamente al ventrículo izquierdo consecuentemente ocasiona insuficiencia cardiaca e hipertensión pulmonar. Dado como se iba comprometiendo el paciente y con manejo en UCI se decidió realizar junta médica donde se concluye que paciente requiere cuidados intensivos de cardiología neonatal por lo que es derivado a otro centro de salud, días más tarde nos informan que paciente fallece a pesar de todos los cuidados procurados.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN A LA CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Empezar el internado médico en el 2020, notamos que no hubo dificultades para realizar nuestras prácticas, se nos brindaron muchas de ellas, así también, notamos que hemos aprovechado en conocimiento a razón de la variabilidad de casos que ingresaban al hospital, sin tener restricciones para la atención de estos, teniendo así también una jornada laboral amplia. Los puntos negativos fueron pocos, como no tener un horario respetado, no había hora de salida y muchas veces no se respetaban los descansos, no tener horarios para comer ni dormir.

A partir del 26 de febrero del 2020 ante la alerta emitida por la OMS a raíz de esta nueva enfermedad, en contexto de nueva pandemia y su propagación por el mundo, se tomaron medidas a nivel mundial, la cual el Ministerio de Salud anunció que cinco hospitales de Lima se encontrarían listos para albergar pacientes sospechosos, encontrándose entre ellos el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, estando preparados para este nuevo mal que aquejaría el país.

El 15 de octubre del 2020, se reiniciaron las actividades (el internado) pero con restricciones para la atención de pacientes en las diferentes áreas y servicios durante varios meses, así también, teniendo limitaciones en el horario de práctica.

Es preciso recalcar fue la entrega de equipos de protección y remuneración las cuales no fueron cumplidos de manera tardía e ineficiente, asumiendo muchos de nosotros responsabilidades que no nos correspondía, sin embargo, por temas de cuidar salud personal, lo hicimos

CONCLUSIONES

Uno de los objetivos del internado medico es integrar el conocimiento teórico obtenido en los 6 años de estudio a la práctica clínica con el fin de un diagnostico precoz y un adecuado tratamiento.

Este internado medico ha sido distinto a diferencia de los anteriores ya que se presentó una crisis de salud a nivel mundial con repercusiones tanto a las entidades privadas como públicas. Por ende, hubo una limitación para realizar un adecuado desempeño, con las máximas enseñanzas y el aprendizaje oportuno, pero que a pesar de esto se obtuvo los mayores conocimientos y experiencia para nosotros.

Con relación a los casos clínicos, en el área de medicina interna hemos aprendido el adecuado manejo de la atención primaria, reconociendo adecuadamente el diagnóstico y manejo principalmente los tratados en este trabajo como pie diabético, accidente cerebro vascular, VIH, fiebre de origen desconocido, entre otros.

En el área de ginecológica se aprendió el parto normal, destacando del mismo cada parte del proceso que se lleva a cabo y cuáles son los indicadores del momento del parto. también a diagnosticar y tratar una mastitis puerperal, así como cuales son las indicaciones para un parto por cesárea, entre otros casos más vistos en el servicio.

En el área de cirugía, para nosotras fue una de las áreas más bonitas, ya que pudimos hacer suturas, entremos a sala de operaciones y nos dejaron

participar de algunos procedimientos como una hernia inguinal, apendicitis que hemos descrito en los casos clínicos, entre otros.

Y, por último, en el área de pediatría pudimos interactuar con niños lo que nos hizo entender la relevancia de la atención de la salud en todos los niveles etarios, donde se aprendió a tratar oportunamente una ITU, un síndrome febril de etiología a determinar. En el caso de Neonatología la recepción del recién nacido, evaluación, el examen físico, cuáles son los pasos para seguir si presenta distrés respiratorio por diversos motivos como SALAM, membrana hialina, hipertensión pulmonar, entre otros casos.

RECOMENDACIONES

La sugerencia es para nuestros futuros colegas quienes deben servirse de los valiosos meses que dura el internado, aprender tanto lo bueno como de lo malo en relación con el manejo de las patologías y de desarrollar una buena relación médico-paciente. Uno de los ambientes en los que más van a aprender es en emergencias, donde se tiene el primer contacto con el paciente y en cuanto mayor número pacientes ingresen mejor desempeño obtendrán, la afluencia de pacientes no sinónimo de carga laboral sino todo lo contrario siempre es igual a mayor conocimiento y experiencia que en nuestro camino hemos sabido apreciar.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Rodríguez, J. D. G., & Fernández, L.M. R. (n.d.). INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN LA INFANCIA. Consultado el 1 de mayo de 2021 en Aeped.es sitio web:
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/07_infeccion_vias_urinarias.pdf
2. Martínez Nimatuj I, Ibarra Amarica J. Enfermedad por arañazo de gato. FMC – Form Médica Contin Aten Primaria. 2006; 13(9):566-7
3. UpToDate. (n.d.). Consultado el 26 de abril de 2021 desde Uptodate.com sitio web:
https://www.uptodate.com/contents/lactationalmastitis?search=mastitis%20&source=search_result&selectedTitle=1~76&usage_type=default&display_rank=1
4. Achalasia: Patogénesis, manifestaciones clínicas y diagnósticos autor:Stuart J Spechler, MDEditor de secciones:Nicholas J Talley, MD, Phsubeditor:Kristen M Robson, MD, MBA, FACG
5. Mouratian DM, Villalba CN. INSUFICIENCIA CARDIACA EN PERDIATRIA [Internet]. Org.ar. [cited 2021 May 1]. Available from:
https://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2019/xxvi_2_189.pdf
6. Gd, C.C., López, S. J., Fernández, C.B., Álvarez, C. F., & A., I. F. (n.d.). Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque

diagnóstico y terapéutico. Consultado el 1 de mayo de 2021 en Aeped.es sitio web:

<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/30.pdf>

7. Gob.pe. [cited 2021 May 1]. Available from:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4479.pdf>
8. Palacio-Villegas JC, Villa-Bandera JH. Heridas por arma de fuego en miembro superior [Internet]. Medigraphic.com. [cited 2021 May 1]. Available from:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot2011/ot113-4d.pdf>
9. Escosa-García L, Baquero-Artigao F, Méndez-Echevaría A. Fiebre de origen desconocido [Internet]. Pediatriaintegral.es. [cited 2021 May 1]. Available from: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii01/02/15-21%20Fiebre%20desconocida.pdf>
10. Frado S, del Rio R, Naquira N. Atresia tricuspidea. Rev Chil Pediatr [Internet]. 1960 [cited 2021 May 1]; 31(9). Available from: <https://www.msmanuals.com/espe/professional/pediatr%C3%ADa/anomal%C3%ADas-cardiovascularescong%C3%A9nitas/atresia-tricusp%C3%ADdea>
11. De la duración de los diferentes periodos y fases del trabajo de parto tiene por propósito la identificación precoz de las alteraciones en la evolución del mismo., L. D. (n.d.). DEFINICIÓN DE TRABAJO DE PARTO. Retrieved May 1, 2021, from Gov.co website:
http://gpc.minsalud.gov.co/herramientas/doc_implementacion/Hojas_Evidencia/1.Hoja%20de%20evidencia%20Definicion%20de%20parto.pdf
12. Esperar, Q. (n.d.). Las etapas del trabajo de parto y el nacimiento. Retrieved May 1, 2021, from Uwmedicine.org website:
<https://www.uwmedicine.org/sites/stevie/files/2018-11/Stages-LaborBirth-Spanish.pdf>
13. Manejo de úlceras diabéticas en los pies Autores:David G Armstrong, DPM, MD, PhDRichard J de Asla, MDEditores de sección:John F Eidt,

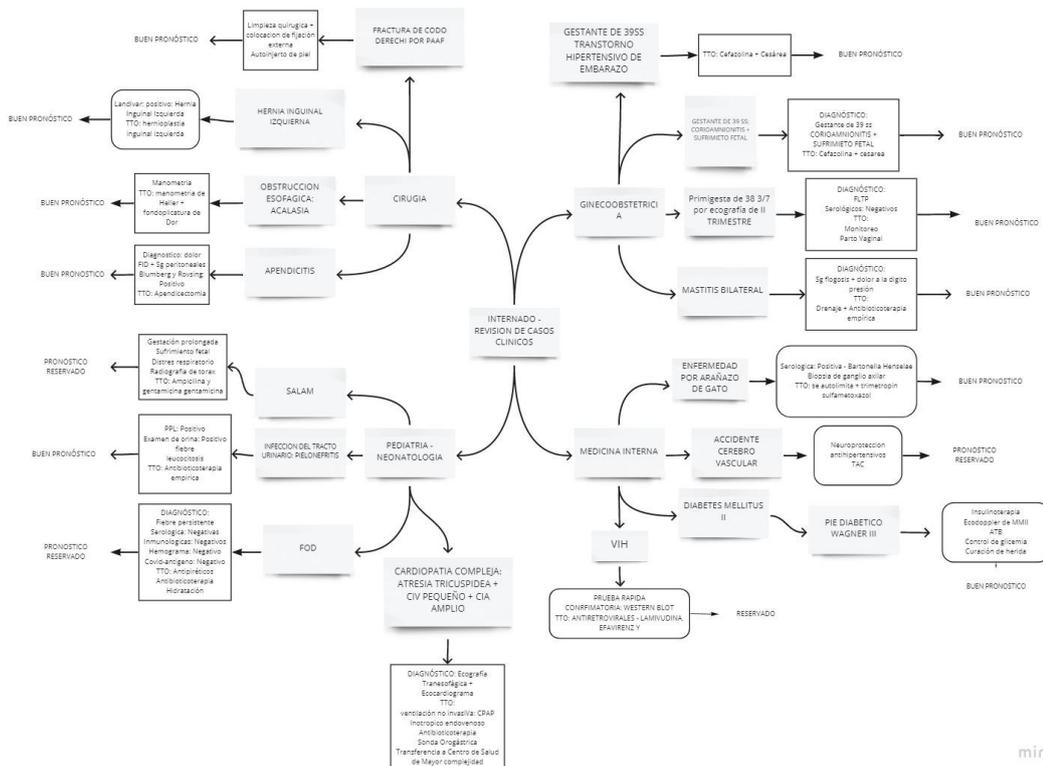
MD Joseph L Mills, Sr, MD David M Nathaan, MD Subeditor: Kathryn A Collins, MD, PhD, FACS

- 14.** Manejo de la apendicitis aguda en adultos Autores: Douglas Smink, MD, MPH David I Soybel, MD Editor de secciones: Martin Weiser, MD Subeditor: Wenliang Chen, MD, Doctorado
- 15.** Evaluación inicial y manejo del accidente cerebrovascular agudo Autores: Jamily Oliveira Filho, MD, MS, PhD Michael T Mullen, MD Editores de sección: Scott E Kasner, MD Jonathan A Edlow, MD, FACEP Subeditor: John F Dashe, MD, Doctorado
- 16.** Mastitis lactacional autor: J Michael Dixon, MD Editores de sección: Anees B Chagpar, MD, MSc, MA, MPH, MBA, FACS, FRCS(C) Daniel J Sexton, MD Editores adjuntos: Elinor L Baron, MD, DTMH Kristen Eckler, MD, FACOG
- 17.** Síndrome de aspiración de meconio: Fisiopatología, manifestaciones clínicas y diagnóstico autor: José A García-Prats, MD Editor de secciones: Richard Martin, MD Subeditor: Melanie S Kim, MD

ANEXOS

1. ANEXO

FLUJOGRAMA REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS DURANTE EL INTERNADO MÉDICO EN LOS HOSPITALES MILITAR CENTRAL, CENTRO MÉDICO NAVAL CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA Y SERGIO E. BERNALES EN EL PERIODO 2020-2021



miro