

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO EN EL HOSPITAL
CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
MANUEL RAÍ MOSCOSO ZEGARRA**

**ASESORA
SHIRLEY ROSSMERY QUISPE PANTA**

**LIMA - PERÚ
2024**



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

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA
HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO EN EL HOSPITAL
CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
MANUEL RAÍ MOSCOSO ZEGARRA**

**ASESORA
MC SHIRLEY ROSSMERY QUISPE PANTA**

LIMA-PERÚ

2024

JURADO

Presidente: FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

Miembro: JOHANDI DELGADO QUISPE

DEDICATORIA

A mis padres y hermano, que fueron testigo de la dificultad que abarca esta hermosa carrera de medicina humana y me han acompañado incondicionalmente en todo este camino brindándome aliento para seguir; también, a mis queridas hijas Mariana, Eva, Luna y a mi pequeño Silver; sin duda, son parte de este logro.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor, la médica Shirley Rossmery Quispe Panta, quien fue clave para la realización de este trabajo.

A los médicos asistentes, que fueron parte de mi educación en el Internado Médico.

A mis cointernos que me acompañaron en el internado, por su apoyo, ánimos y motivación, y lograron que esta etapa sea una experiencia inigualable.

ÍNDICE

PORTADA	i
JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación en Ginecología y Obstetricia	1
1.2 Rotación en Pediatría	6
1.3 Rotación en Medicina Interna	10
1.4 Rotación en Cirugía General	13
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	19
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	21
1. Rotación en Ginecología y Obstetricia	21
2. Rotación en Pediatría	22
3. Rotación en Medicina Interna	24
4. Rotación en Cirugía General	26
Caso 7: Gangrena de Fournier	26
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	29
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES	32
FUENTES DE INFORMACIÓN	33
ANEXOS	37

RESUMEN

Objetivo: Capacitar a los internos de medicina realizando prácticas de ciertas actividades médicas básicas que se realizará en un futuro próximo como médico general. **Materiales y métodos:** La población del estudio fueron los pacientes que acudían al Hospital Carlos Lanfranco La hoz, y es un estudio descriptivo. **Resultados:** En la rotación de Ginecología y Obstétrica se atendieron a paciente femenina de 32 años, con enfermedad pélvica inflamación (EPI); y paciente femenina de 25 años con aborto incompleto. En la rotación de pediatría se atendieron a paciente masculino de 10 meses con enfermedad de bronquiolitis; y paciente femenino de 6 años con crisis asmática moderada. Luego, en la rotación de medicina interna se llegó atender a paciente varón de 63 años con crisis hiperglucémica, y una paciente mujer de 28 años con intoxicación por benzodiacepinas. Finalmente, se realizó la rotación en cirugía general, se atendieron a paciente varón de 38 años con gangrena de Fournier; y paciente mujer de 17 años con problemas de apendicitis aguda. **Conclusión:** El internado medico nos ha enseñado a trabajar en equipo y desenvolvemos de la mejor manera ante cualquier circunstancia o problema de salud que puede aquejar el paciente.

Palabras clave: Estudio descriptivo, Internos de medicina, Carlos Lanfranco La Hoz

ABSTRACT

Objective: Train medical interns by practicing certain basic medical activities that will be carried out in the near future as a general practitioner.

Materials and methods: The study population was patients who attended the Carlos Lanfanco La hoz hospital, and it is a descriptive study. **Results:**

In the Gynecology and Obstetrics rotation, a 32-year-old female patient with pelvic inflammation disease (PID) was treated; and 25-year-old female patient with incomplete abortion. In the pediatrics rotation, a 10-month-old male patient with bronchiolitis disease was treated; and a 6-year-old female patient with a moderate asthma attack. Later, in the internal medicine rotation, a 63-year-old male patient with hyperglycemic crisis was treated, and a 28-year-old female patient with benzodiazepine poisoning. Finally, rotation was carried out in general surgery, a 38-year-old male patient with Fournier's gangrene was treated; and a 17-year-old female patient with acute appendicitis problems. **Conclusions:** The medical internship has taught us to work as a team and function in the best way in the face of any circumstance or health problem that the patient may experience.

Keywords: Descriptive study, internal medicine, Carlos Lanfranco La Hoz

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2023-2024

AUTOR

MANUEL RAÍ MANUEL RAÍ

RECuento DE PALABRAS

8590 Words

RECuento DE CARACTERES

47047 Characters

RECuento DE PÁGINAS

51 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

740.3KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 8, 2024 9:07 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 8, 2024 9:08 AM GMT-5

● **13% de similitud general**

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

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



DRA. SHIRLEY ROSSMERY QUISPE PANTA
Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-9170-2805>
DNI: 45253636

INTRODUCCIÓN

El internado médico se considera la etapa final de la carrera medicina humana, donde cada estudiante emplea sus conocimientos prácticos y teóricos de manera directa con los pacientes al nivel hospitalario, logrados a lo largo de seis años de estudios académicos.

En este año los internos de medicina ocupan las siguientes actividades que están incluidas la realización de historia clínica, un minucioso examen físico para así realizar un plan de trabajo correcto. De igual manera, se ocupa de las evoluciones diarias de cada paciente hospitalizado y de diversos procedimientos que el mismo servicio demanda. Al término del internado, tendrá la capacidad resolver diferentes problemas clínicos o quirúrgicos que aquejan al paciente. Todo este conjunto de actividades o prácticas están guiadas por tutores de sedes hospitalarias correspondiente a cada de las 4 áreas por las que el interno de medicina rota durante el periodo de tiempo de 2 meses cada uno (1).

Hace 4 años, el internado de medicina humana se realizada en un periodo de tiempo de 12 meses, el cual tuvo una permanencia por cada servicio (Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía General) de 3 meses cada uno en todas sedes hospitalarias tanto del Ministerio de salud (Minsa) como el Seguro social de salud (EsSalud) (2).

Tiene como objetivo principal capacitar a los internos de medicina realizando prácticas de ciertas actividades médicas básicas que se realizará en un futuro próximo como médico general, debido que la mayoría realiza el servicio rural urbano marginal de salud (SERUMS) por el cual tendrán como labor la realización de procedimientos y brindar diagnósticos acertados sin apoyo (3).

La formación médica, llamado internado médico, comenzó en 1 de abril del 2023 hasta el 31 de enero de 2024, el cual fue asignado las plazas hospitalarias por orden de mérito y localidad ya sea Lima Norte, Lima Sur,

Lima Centro y Lima Este. Las prácticas preprofesionales fueron realizadas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz por un periodo de tiempo de 8 meses, acompañado de 2 meses de prácticas en el primer nivel de atención en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La correcta formación de pregrado del médico general en la facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres inicia con ciencias básicas durante los tres primeros años; posterior a ello, la sección de clínica médica hasta el término de los seis años de estudio. Y por último en esta formación, está constituido por el internado médico, realizado en el 7.º año de la carrera en mención.

El internado médico, el estudiante de medicina pone a cabo los conocimientos teóricos y prácticos logrados durante en la etapa universitaria, todo esto servirá en la formación integral del futuro médico. En esta maravillosa etapa, el alumno lo afronta con mucha responsabilidad, madurez y seriedad porque a su cargo están los pacientes que son personas y, en consecuencia, existe una responsabilidad legal. Toda actividad a cargo del médico asistente correspondiente de cada servicio de la institución perteneciente.

Se ha distribuido toda esta etapa del internado médico en cuatro áreas primordiales para el desarrollo durante el Servicio Rural Urbano (SERUMS), los cuales fueron Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Cirugía General.

1.1 Rotación en Ginecología y Obstetricia

El servicio de Ginecología y Obstetricia fue la primera rotación que cursó el autor que abarcó desde el 1 de abril de 2023 hasta el 31 de mayo de 2023. Está conformado por el área de Centro Obstétrico, Alojamiento Conjunto, SOP y Emergencia. Dentro de las horas académicas estaban incluidas la realización de exposiciones a cargo por los residentes y algunos especialistas, quienes trataban temas que enriquecían el conocimiento del estudiante. Durante el servicio de Emergencia, estaban a cargo del médico asistente quienes consideraban las opiniones y conocimientos de los médicos en proceso de formación (internos de medicina). Además, de la recolección de datos de la paciente y plasmarlo en la historia clínica. Por

otro lado, en el área de alojamiento conjunto estaba conformado por los residentes, compartían actividades con las licenciadas de obstetricia e internas de obstetricia como la toma de funciones vitales a las gestantes y las evoluciones diarias. En centro obstétrico, las actividades como la atención de partos eran compartidas entre los internos de medicina y las internas de obstetricia, quienes estuvieron en constante vigilancia y orientación de los médicos asistentes.

Caso clínico n.º 1

Anamnesis

Paciente de sexo femenino de 32 años referida del centro materno de Ancón, que ingresa al nosocomio por presentar dolor (9/10) en la región pélvica, fiebre cuantificada de 39.2 °C, portador del implante subdérmico desde hace un año, refiere no presentar secreción ni sangrado vaginal. Tiempo de enfermedad: Hace aprox. una semana.

Antecedentes

- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: niega
- Familiares: papá (diabetes *mellitus* tipo II), mamá (niega).
- Obstétricos: Menarquia (15 años), IRS (17 años), andria (2), MAC (implante subdérmico), FUR (hace 18 días), fórmula obstétrica (G0P0).

Funciones vitales

- PA: 117/86 mmHg
- FR: 21x´
- FC: 123 x´
- Temperatura: 38.9°C
- SatO2: 97 %

Examen físico

- Piel y faneras: Tibia / Húmedo / Elástica, llenado capilar <2 seg, no palidez. Sin alteraciones.
- Mamas: Blandas, no dolorosas, no se palpan masas.

- T y P: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.
- AP: RCR, buena intensidad, no presencia de soplos audibles.
- ABD: B / D, RHA (+), doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio y fosa iliaca derecha. No signos peritoneales.
- TV: No presencia de secreciones, dolor a la movilización de cérvix.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-). Sin alteraciones.
- SNC: Glasgow 15/15.

Diagnostico presuntivo

- Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)

Exámenes de laboratorio

Hemograma completo

- Hb: 9.8 g/dL, HTO: 29 %
- Leu: 17.300/mm³
- Plaquetas: 290.000/mm³

Bioquímico

- Glc: 97 mg/dl
- Ex. de orina: 100 leu x campo

Exámenes serológicos

- Hepatitis B: Negativo
- VDRL: Negativo
- VIH: Negativo

Exámenes de imágenes

- Ecografía: Presencia de ovario izquierdo con aumento de volumen. Ovario derecho mide aprox 70x60x40 mm, no borde definidos.

Plan de trabajo

- CIna 0.9 % 1000cc → 70 gotas por min VE
- Clindamicina 600 mg EV → cada 8 h x 2 días.
- Gentamicina 160 mg EV → cada 8 h x 2 días
- Ketoprofeno 100 mg EV → cada 8 h x 2 días

Posteriormente

- Doxiciclina 100 mg VO → 1 tab. Cada 12 h x 2 semanas
- Clindamicina 300 mg VO → 1 tab. Cada 6 h x 2 semanas

Caso clínico n.º 2

Anamnesis

Paciente de sexo femenino de 25 años, quien acude al área de emergencia acompañado de su pareja refiriendo dolor a nivel pélvico (8/10), tipo cólico con abundante presencia de sangrado vagina. Además, de presencia escasa de coágulos sanguíneos. Tiene como tiempo de enfermedad de 4 horas previo al ingreso.

Antecedentes

- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: niega
- Familiares: papá y mamá (niega).
- Obstétricos: Menarquia (14 años), IRS (16 años), Andria (4), MAC (Niega), FUR (hace 1 mes), Fórmula Obstétrica (G0P0), presencia de embarazo de 4 semanas.

Funciones vitales

- PA: 99/69 mmHg
- FR: 19x'
- FC: 109 x'
- Temperatura: 36.9°C
- SatO2: 98 %

Examen físico

- P y F: Tibia/Húmedo/Elastica, llenado capilar <2 seg.. Palidez en mucosas (+/+++)
- Mamas: Blandas, No dolorosas, no se palpan masas.
- T y P: Buena amplexación, MV pasa en AHT.
- AC: RCR regular intensidad.

- ABD: B/D, RHA (+), doloroso a nivel de hipogastrio. No signos peritoneales.
- TV: Loquios hemáticos de regular cantidad, no mal olor, sangrado vaginal activo.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-). Sin alteraciones.
- SNC: Glasgow 15/15.

Diagnóstico presuntivo

- Aborto incompleto

Exámenes de laboratorio

Hemograma completo

- Hb: 11.9 g/dL
- Leu: 14.200/mm³
- Plaquetas: 200.000/mm³

Bioquímico

- Glc: 105 mg/dl

Examen de orina

- 2 - 4 leu/campo
- Hematíes: 30/campo

Exámenes serológicos

- Hepatitis B: Negativo
- VDRL: Negativo
- VIH: Negativo

Exámenes de imágenes

- Ecografía transvaginal: Presencia de útero abierto de 9 cm aprox. Visualización de estructura hiperecogénicas (restos Endo uterinos).

Plan de trabajo

- Paciente hospitalizado para procedimiento de AMEU.
- CIna 0.9 % 1000cc → 50 gotas x min EV

- Misoprostol 400 mcg (vía vaginal) → 3 horas antes del procedimiento.
- Paracetamol 500 mg VO → 1 tab cada 8 h x 3 días.
- Doxiciclina 100 mg VO → 1 tab cada 8 h x 5 días
- Se explica signos y síntomas de alarma.
- Alta médica con indicaciones.

Examen de anatomía patológica

- Útero +/- 8 cm, restos endouterinos +/- 40 cc, sin mal olor. Sangrado escaso.

1.2 Rotación en Pediatría

En el marco de 1 de junio del 2023 hasta el 31 de julio del 2023, continuó la segunda rotación por el servicio de pediatría. Dentro de horas académicas, hubo exposiciones brindadas por los internos de medicina y complementadas por los médicos residentes. Este servicio está constituido por el área de sala de partos el cual abarcaba la evaluación inmediata del recién nacido. El área de alojamiento conjunto está conformada por la evaluación integral tanto del recién nacido como de la madre. Por el lado del área de emergencia, estaba a cargo de los médicos asistentes, en el caso de los internos se encargaban de la realización de HC y un adecuado y minucioso examen físico.

Caso clínico n.º 3

Anamnesis

Paciente de sexo masculino de 10 meses es traído al área de emergencia por madre quien refiere que su menor hijo presentó, hace +/- 4 días, tos seca acompañado de sensación de alza térmica. La madre menciona que acudió a consultorio particular, al 3er día, en la cual le dieron como tratamiento amoxicilina y paracetamol. Al 2do día presentó fiebre cuantificada de 39.1°C asociado a dificultad respiratoria, motivo por el cual fue traído al nosocomio.

Antecedentes

- Generales: lactancia materna durante <6 meses; posteriormente, alimentación complementaria >6 meses
- Patológicos: Niega
- Quirúrgicos: Niega
- Hospitalizaciones: Niega
- Niega antecedentes de nebulización.

Funciones vitales

- Peso: 11 kilos
- FR: 37x'
- FC: 122 x'
- Temperatura: 38.1°C
- SatO2: 95 %

Examen físico

- P y F: Tibia/Húmedo/Elástica, llenado capilar <2 seg, leve palidez (+/+++).
- T y P: MV pasa disminuido en AHT, presencia de sibilancias escasos y subcrépitos. Tiraje subcostal.
- AC: RCR, buena intensidad.
- ABD: B/D, RHA (+). No signos peritoneales.
- SNC: Despierto, poco activo, reacciona a estímulos.

Diagnostico presuntivo

- Bronquiolitis

Exámenes de laboratorio

Hemograma completo

- Hb: 11.8 g/dL
- HCT: 34 %
- Leu: 6.100/mm³

Prueba antígeno para COVID del paciente: Negativo

Prueba antígeno para COVID de la madre: Negativo

Plan de trabajo

- Paciente hospitalizado
- Alimentación completa + lactancia a libre demanda.
- Hidratación mediante:
Dextrosa 5 % 1000cc + ClNa 20 % 40cc + KCl 20 % 10cc → 30cc x hora.
- Ciclos de nebulización.
- Metamizol 250 mg → PRN a T° >38°C
- Limpieza de secreciones en fosas nasales con cloruro de sodio al 9 % a libre demanda.
- Posición semisentada.
- O2 suplementario si SatO2 <92 %
- Monitoreo de patrón respiratorio
- Control estricto de funciones vitales
- Seguimiento constante

Caso clínico n.º 4

Anamnesis

Paciente de sexo femenino de 6 años, acude al área de emergencia acompañada de padre quien refiere que su menor hija presentar fiebre cuantificada de 39.4°C, presencia de vómitos (4 episodios) acompañado de dificultad al respirar desde hace 5 días.

Antecedentes

- Patológicos: Niega
- Quirúrgicos: Niega
- Familiares: Niega
- Hospitalizaciones: Niega

Funciones vitales

- FR: 29x'

- FC: 132x'
- Temperatura: 37.8°C
- SatO2: 95 %

Examen físico

- P y F: Tibia/Húmedo/Elástica, llenado capilar <2 segundos.
- T y P: MV pasa disminuido en AHT, presencia de sibilancias a la inspiración y espiración acompañado de tirajes subcostales.
- AC: RCR, no presencia de soplos audibles.
- ABD: B/D, RHA (+). No signos peritoneales.
- SNC: Despierto, reactivo a estímulos.

Diagnóstico presuntivo

- Crisis asmática moderada.

Exámenes de laboratorio

Hemograma completo

- Hb: 12.3 g/dL
- HTO: 36 %
- Leu: 8.100/mm³

Plan de trabajo

- Nebulización con Salbutamol en 44 cc en suero fisiológico → 10 gotas cada 20 min x 3 veces
- Dexametasona 8mg IM STAT
- Rx de tórax
- Reevaluación con resultados

A la reevaluación, se evidenció leve mejora, teniendo como SatO2 en 98 %, no presencia de tirajes subcostales y con ánimo mejorado. Se deriva al área de observación para una evaluación posterior a las 24 horas.

Exámenes de imágenes

- Rx de tórax: Se identifica superinflación de pulmones y leve aumento de marcas lineales en zona para hilar.

Se recomienda esperar cumpla las 24 horas para luego dar de alta bajo indicaciones médicas.

1.3 Rotación en Medicina Interna

La tercera rotación estuvo a cargo de Medicina Interna, estuvo incluida el servicio de tópicos de emergencia, observación y hospitalización. Fue desarrollado entre el 1 de agosto del 2023 hasta el 30 de setiembre del 2023. En emergencia, el interno de medicina realizaba una correcta anamnesis y examen físico para el llenado adecuado de la historia clínica, así el médico asistente pueda realizar un correcto tratamiento, apoyado de los conocimientos de teoría de los estudiantes. Tanto en el área de observación como hospitalización estaba a cargo de los médicos residentes, quienes derivaban funciones a los internos como las evoluciones correctas de cada paciente, solicitar interconsultas con otros servicios y exámenes de laboratorio en caso lo requiera.

Caso clínico N°5

Anamnesis

Paciente varón de 63 años, acude al nosocomio acompañado de esposa, quien refiere malestar general, disminución de apetito, incremento de sensación de sed, presencia de mareos, visión borrosa, cefalea. Niega sensación de alza térmica y vómitos.

Antecedentes

- Patológicos: Diabetes mellitus tipo II (hace 10 años), HBP (hace 5 años).
- Familiares: Padre (cáncer de próstata) y madre (niega).

Funciones vitales

- PA: 130/75 mmHg
- FC: 115x´
- FR: 22 x´
- SatO2: 95 %
- Temperatura: 36.6 °C

Examen físico

- P y F: Tibia/Húmedo /Elástica, llenado capilar <2 segundos. Leve Palidez (+/+++)
- T y P: Buena amplexación, MV pasa en AHT.
- AC: RCR, no presencia de soplos.
- ABD: B/D, RHA (+). No signos peritoneales.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-). Sin alteraciones.
- SNC: Glasgow 15/15.

Diagnostico presuntivo

Crisis hiperglucémica

- D/C cetoacidosis diabética

Exámenes de laboratorios

Glc: 440 mg/dL

AGA

- PH = 7.40
- Na = 130 mEq/l
- K = 3.5 mEq/l
- pCO₂ = 38 mmHg
- HCO₃ = 25 mEq/L

Plan de trabajo

- CINA 0.9 % 1000cc EV → repetir 2 veces
600 ml → 80 gotas x minuto
400 ml → 30 gotas x minuto
- Insulina NPH 20 UI
- Examen de glucosa basal

Caso clínico N°6

Anamnesis

Paciente mujer de 28 años quien es traída por su pareja, comunica que había consumido 30 tab, entre ellas alprazolam de 0.5 mg y clonazepam de 2 mg. No menciona la cantidad exacta de cada una. Durante en el transcurso de camino a emergencia presentó somnolencia extrema, náuseas y vómitos (no refiere el número de veces).

Antecedentes

- Patológicos: Depresión mayor (no menciona tratamiento).
- Quirúrgicos: Apendicitis (13 años)
- Familiares: Madre (diabetes e Hipertensión arterial)

Funciones vitales

- PA: 125/73 mmHg
- FC: 75x´
- FR: 15x´
- SatO2: 93 %
- Temperatura: 36.3 °C

Examen físico

- P y F: Tibia/Húmeda/Elástica, palidez (++/+++).
- T y P: MV pasa bien en AHT, no tirajes.
- AC: RCR de regular intensidad, no soplos audibles.
- ABD: B/D, RHA (+), no se palpan masas.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-). Conservado.
- SNC: EG. 14/15.

Impresión diagnóstica

- Intoxicación por benzodiazepinas
- Gesto suicida
- Depresión mayor por historia clínica

Plan de trabajo

- Lavado gástrico
- Omeprazol 40 mg EV → c/24 horas

- Hidratación → NaCl 9 % 1000cc (30 gotas/min)
- Cabecera 30° grados
- Flumazenil 0, 5 mg: o 0,2 mg EV STAT o 0,5 mg EV cada 1 minuto x 3 veces
- Control de FV y observación de signos de alarma
- Solicitar hemograma completo, exámenes bioquímicos, perfil hepático.
- Interconsultas con Psiquiatría, trabajadora social y psicología
- Ingres a hospitalización
- Vigilancia estricta
- Reevaluación con resultados de exámenes laboratoriales.
- Seguimiento con especialidades solicitados.

1.4 Rotación en Cirugía General

Como último servicio de rotación en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz fue cirugía general el cual abarcó desde el 1 de diciembre del 2023 hasta el 31 de enero del 2024. Este servicio está constituido por el área de tópicos de emergencia y hospitalización. Ambas áreas estaban a cargo de médicos residentes y médicos asistentes. Por el lado de emergencias, el interno de medicina se encargaba de realizar una adecuada anamnesis y examen físico para luego presentar dicho caso al médico asistente para que así puedan tomar la mejor decisión médica con el paciente, ya sea una intervención quirúrgica de emergencia o una programación tomando en cuenta la disponibilidad de sala de operación. Y dentro del área de hospitalización, el interno realizaba la correcta evolución de los pacientes hospitalizados que era presentado diariamente a los médicos asistentes en el pase de visita, también de solicitar interconsultas y algún examen de laboratorio si lo requiriese.

Caso clínico n.º 7

Anamnesis

Paciente varón de 38 años, acude al hospital acompañado de familiar presentando lesión con secreción purulenta, presencia de mal olor en

pliegue inter glúteo. En consecuencia, se automedicó con amoxicilina y paracetamol. Además, incremento de volumen en zona de testículos, con un dolor (9/10) a nivel de epigastrio; acompañado de fiebre cuantificada de 38.5°C hace 3 días; también comentó que su lesión tiene un tiempo de enfermedad de 4 meses previo al ingreso hospitalario.

Antecedentes

- Patológico: Diabetes mellitus tipo II (8 años), Hipertensión arterial (6 años).
- Quirúrgicos: Niega
- Familiares: Niega

Funciones vitales

- PA: 150/92 mmHg
- FC: 96x´
- FR: 19x´
- Temperatura: 38.5°C
- SatO2:98 %

Examen físico

- P y F: Tibia/Húmeda/Elastica, sin alteraciones.
- T y P: Amplexación conservada. MV pasa en AHT.
- AC: RCR, de buena intensidad.
- ABD: B/D, RHA (+), doloroso en hipogastrio y ambas fosas iliacas. No signos peritoneales.
- Genitourinario: Presencia de flogosis en ambos testículos, incremento de volumen notable, presencia de necrosis en escroto, se evidencia exudado purulento en úlcera de aprox. 9 x 14 cm localizado pliegue interglúteo.
- SNC: Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica

- Gangrena de Fournier

Exámenes auxiliares

Hemograma

- Leucocitos= 16.7 x 10 mm
- Plaqueta= 165 000 /uL,
- Hb = 14 g/dl
- HTO = 39 %

Bioquímico

- Glc = 279
- Urea = 26
- PCR: 75 mg/L

R = 5 min

Tiempo de sangría =2 min

Exámenes serológicos

- VIH: Negativo
- VDRL: Negativo
- Hepatitis B: Negativo

Exámenes de imágenes

- TAC: Se evidencia edema en escroto. A nivel inguinal hay presencia de aumento de tamaño de ganglios linfáticos.

Plan de trabajo

- Dieta hipoglúcida.
- Cefotaxima 2g EV → cada 6 h
- Metronidazol 500mg EV → cada 6 h
- Omeprazol 40 mg EV → cada 24 h
- Insulina NPH 12 UI SC → cada 12h
- Prueba de HGT cada 8 h.
- Control de FV.
- Programar a SOP
- Cultivo de secreción

Procedimiento

- Desbridamiento
- Tratamiento post operatorio
- Tramadol 50 ml EV → cada 8 h
- Control de FV

Caso clínico n.º 8

Anamnesis

Paciente mujer de 17 años, ingresa al área de emergencia con familiar. Comunica que su hija presenta dolor en FID (8/10); desde hace 8 días el dolor persiste a pesar del uso de medicamentos recetados por farmacia. Al no notar mejoría acuden al nosocomio. Además, mencionaron que tienen test de embarazo cualitativo que tuvo como resultado negativo. Además, la menor refiere disminución del apetito y no deposiciones (hace 4 días). Niega cefalea y otras molestias.

Antecedentes

- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: niega
- Familiares: papá y mamá (niega).
- Obstétricos: Menarquia (13 años), IRS (16 años), Andria (1), MAC (Niega), FUR (hace 2 semanas), Fórmula Obstétrica (G0P0).

Funciones vitales

- PA: 100/60 mmHg
- FC: 80x´
- FR: 18x´
- Temperatura: 37.3°C
- SatO2: 97 %

Examen físico

- P y F: Tibia/Hidratada/Elástica, sin alteraciones.

- ABD: B/D, RHA (+), doloroso a la palpación a nivel de FID e hipogastrio, Mc Burney (+), Rovsing (+). Presencia de masa de aprox. 5 x 4 cm localizado en FID.

Impresión diagnóstica

Apendicitis aguda

- D/C plastrón apendicular
- D/C patología ginecológica

Exámenes auxiliares

Hemograma completo

- Hb: 13 g/dl,
- HTC: 39 %
- Leu: 15,000
- PLT: 350,000,

Bioquímico

- Glc: 101 mg/dL
- PCR: 2.7,

Exámenes de imágenes

- Eco. abdominal: Se evidencia masa concéntrica hiperecogénica y anecogénica con medidas de 40 x 30 x 36 mm.
- Se le solicitó TEM abdominal. Se tuvo como resultado masa inflamatoria con asas en FID (en imagen heterogénea).

Diagnóstico definitivo

- Apendicitis aguda

Por dicha causa se procedió a hospitalizarla prepararla a SOP.

Plan de trabajo

- NPO
- NaCl 0.9 % 1000 cc
- Ceftriaxona 1gr EV → cada 12 horas

- Metronidazol 500 gr EV → cada 8 horas
- Metamizol 1gr EV → cada 8 horas
- Ranitidina 50 gr EV → cada 8 horas
- Control de FV

Posterior al tratamiento profiláctico, en SOP se le realizó apendicectomía laparoscópica encontrando apéndice cecal aprox. 7 x 2 cm con supuración, base indemne rodeada de asas. Se evidenció inconformidad entre el hallazgo intraoperatorio y la TEM abdominal, cabe la posibilidad que el examen tomográfico no fue tomada correctamente. En consecuencia, que no se encontró signos de plastrón apendicular.

Procedimiento:

- Incisión trans umbilical neumoperitoneo semiabierto.
- Colocación de trocánter.
- Liberación de apéndice cecal.
- Puntos laparoscópicos bien afrontados.
- La paciente tolera operación y pasa a URPA.

1er día de postoperatorio: se evidenció buena evolución, escaso dolor en zona operatorio, no signos de flogosis.

Se cumple criterios para el alta médica (tolera vía oral, afebril durante 48 horas, deambulación). En consecuencia, a los 3 días se decidió darle de alta con medicación de ATB y analgésicos.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

La vivencia médica, se realizó en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, que se encuentra ubicado en el distrito de Puente Piedra - Lima. Se inauguró el 17 de septiembre de 1971; iniciando sus labores con las siguientes especialidades como: Medicina, Pediatría, Ginecología - Obstetricia, Cirugía y Odontología.

Hace cinco años, aproximadamente, el hospital comenzó a incrementarse de pacientes, y es por ello por lo que se llegó a ampliar tres pabellones más como: el centro obstétrico, hospitalización y el área de neonatología.

A través del tiempo el hospital Carlos Lanfranco La Hoz incrementó nuevos servicios como: Observación de Pediatría, Obstetricia, Cirugía y Medicina, la Unidad de Cuidado Intensivos (UCI), Trauma Shock, Radiología.

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, además de ofrecer atención médica a los pobladores del distrito de Puente Piedra, también lo hace para zonas aledañas, ya que cuenta con 200 camas para el área de Hospitalización, 40 consultorios externos, cuenta una unidad de trauma shock, cuidados intensivos (UCI) para los adultos y también para paciente pediátricos y neonatos, y cuatro salas quirúrgicas.

Es considerado como el hospital adecuado para la realización del internado médico por muchas universidades a nivel local y nacional, entre particulares y nacionales; una de ellas es la Universidad de San Martín de Porres, ya que es un hospital muy reconocido de categoría II-2 y también cuenta con docentes calificados.

En el servicio de Ginecología y Obstetricia, se llegó a cubrir con el área de emergencia, debido a la demanda para atención. Al ingresar tenía que pasar el área de tópico de emergencia y eran atendidos por médico

asistente, apoyado por el médico residente, licenciadas de obstetricia e internos de medicina.

En el servicio de Pediatría y Neonatología encontramos tres sectores: sala de partos, alojamiento conjunto, hospitalización y tópico de emergencia. Las pacientes entran a la sala de partos y realizan la atención inmediata del recién nacido, luego entran al área de alojamiento conjunto donde se evalúa al recién nacido y a la madre hasta el momento del alta médica y está a cargo del médico asistente y en la parte de hospitalización es cuando el neonato llegar una complicación para un monitoreo y seguimiento más detallado y en emergencia se llega recibir a pacientes con alto riesgo.

En el servicio de Medicina Interna cuenta con tres sectores: tópico de emergencia, observación y hospitalización. Los pacientes entran al área de emergencia por problemas de mayor complejidad que deben ser atendidas de manera inmediata y se solicita exámenes auxiliares (laboratorio e imágenes), interconsultas con otros servicios si el caso lo requiere; en observación y hospitalización se realizaba un monitoreo constante a cargo del médico asistente, médico residente y la licenciada en enfermería, debido a que el paciente puede llegar a tener altas probabilidades de complicaciones irreversibles y/o muerte.

El servicio de Cirugía General cuenta con dos áreas. Tópico de Emergencia incluido Trauma Shock Y Hospitalización. Los pacientes que ingresaban a emergencia se llegaban a clasificar de acuerdo a su lesión y/o enfermedad; de acuerdo a lo mencionado se realizaba ciertas actividades médicas (heridas para suturar), evaluación para la identificación de apendicitis y colecistitis; y en hospitalización se llegaba evaluar a los pacientes preoperatorios y posoperatorio.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

1. Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso 1: Enfermedad pélvica inflamatoria

Esta enfermedad inflamatoria pélvica es considerada como una de las infecciones más comunes que abarca las mujeres en edad reproductiva. Están incluidas daños al endometrio, miometrio, trompas de Falopio, los ovarios, parametrios y el peritoneo pélvico. Entre los agentes que están involucrados tenemos al *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* (4).

En cuestión del diagnóstico tardío aumenta el riesgo de las secuelas inflamatorias, entre estas están incluidas a la infertilidad, embarazo ectópico y el dolor pélvico crónico. Tenemos como población que están incluidas a pacientes <25 años, personas con parejas sexuales nuevas o múltiples, relaciones sexuales sin protección, edad joven que inicio su vida sexual o algún antecedente de ITS (5).

Básicamente el diagnóstico de EPI es de manera clínica, apoyado de exámenes auxiliares y estudios más invasivos (se usa en caso tengan mayores complicaciones). Se establecieron en criterios como lo son el dolor a la movilización cervical, dolor a la movilización uterina. Se agregaron otros criterios como fiebre $>38^{\circ}\text{C}$ o leucorrea purulenta. Y cuestión a exámenes auxiliares o de imágenes son la ecografía y la laparoscopia (muestra salpingitis, peritonitis) (6).

En el tratamiento no debe ser suspendido hasta tener mayor detalle en las pruebas de ITS, debido que si se retrasa la paciente tendrá un mayor riesgo de infertilidad o posible embarazo ectópico. El médico tratante elegirá antibióticos de amplio espectro que cubra *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* flora vaginal, en las cuales debe estar incluido los anaerobios (doxiciclina y ampicilina) hasta culminar los 14 días de tratamiento, aun así el cultivo endocervical sea negativo.

acordes a la necesidad de atención hospitalaria. Pacientes tendrán un correcto seguimiento dentro de las 48 a 72 horas posteriores a la alta médica brindada con el médico especialista (5).

Caso 2: Aborto incompleto

El aborto incompleto está catalogado como una de emergencia obstétricas con un grado alto de demanda a nivel mundial. Esto es la pérdida parcial de productos de la concepción alrededor de las <20 semanas de embarazo. Dentro de las sintomatología o signos tenemos al sangrado vaginal asociado de dolor y calambres en la zona inferior del abdomen (7).

Al presentarse este caso, usualmente queda ciertos restos en zona de cavidad uterina. En consecuencia, es de suma importancia realizar una limpieza de la cavidad uterina para así remover los restos de tejidos o materiales porque todo esto provocaría complicaciones como alguna infección. Existen dos mecanismos de limpieza que depende del tiempo de gestación. El AMEU se realiza cuando ya tuvo el aborto en un plazo máximo de 12 semanas y posterior a este tiempo se realizará un legrado uterino. El tratamiento a seguir en el caso clínico presentando, luego de realizar el procedimiento AMEU, luego se le administra un tratamiento profiláctico con Doxiciclina debido que este fármaco es de amplio espectro y da frente a microorganismos grampositivos y gramnegativos. Además de paracetamol para el control adecuado del dolor (8).

2. Rotación en Pediatría

Caso 3: Bronquiolitis

Esta patología es una infección de tracto respiratorio que llega a afectar a niños pequeños y a bebés; llegando a causar acumulación, irritación e hinchazón de moco en las vías respiratorias (bronquiolos) de los pulmones. Los síntomas se llegan a presentar como un resfriado común, pasando los días llegan a empeorar causando tos y sibilancia (9).

La causa de bronquiolitis es un virus sincitial respiratorio, también pueden intervenir otros virus como: El virus parainfluenza, el virus de la influenza

(gripe); también la bronquiolitis puede ser causada por bacterias. Los brotes de infección por el virus aparecen durante los meses más fríos del año a niños (10).

Se llega diagnosticar con un examen físico y antecedentes médicos del menor, luego se llega a realizar diferentes exámenes para excluir enfermedades.

El diagnóstico de bronquiolitis ya que se procede en niños menores de 2 años su sistema respiratorio es alto de tres a cinco años de duración; en algunos casos se pueden incrementar de esfuerzo respiratorio: aleteo nasal, retracciones torácicas, taquipnea. Hay que considerar también que en niños menores de 2 años con síntomas de rinitis aguda de 3 a 5 días. Los lactantes menos de 6 meses con bronquiolitis no presentan signos auscultatorios torácicos; pero si, apnea. También tenemos como síntomas la fiebre ($T^{\circ} < 39^{\circ}C$) y dificultad para alimentarse (9).

El tratamiento para la bronquiolitis es con oxígeno e hidratación, ciclos de nebulización y un monitoreo del patrón respiratorio de manera estricta.

Caso 4: Crisis asmática moderada

Una crisis de asma puede ser un episodio repentino o progresivo al momento de respirar, acompañado de disnea, tos o sensación de atrapamiento u opresión torácico. Existen factores como la exposición a pólenes, ácaros epitelio de las mascotas, todos estos denominados alérgenos. Otros factores o agentes actúan como un agravante donde pueden ser los fármacos, antibióticos, etc. (11).

Como manifestación clínica no hay algo específico debido que tiene mucha variabilidad en cada persona y pueden estar o no presentes en periodos de larga data de no presentar algún episodio de crisis. Entre los síntomas más comunes tenemos a la tos seca presente por las noches, y por el grado de

severidad pueden presentarse taquipnea, tirajes subcostales intercostales, presencia de sibilancias, crepitantes y el dolor tipo opresivo a nivel torácico.

Para la clasificación en la severidad del asma puede ser: intermitente, persistente (leve, moderado y grave) (anexo 1) (12).

Como manejo al presentarse una crisis el objetivo es que no ocurra alguna obstrucción del transcurso del flujo de aire. Primero se administra O₂ para la mantención de la saturación de O₂ >94 %; también, de agonistas selectivos de los receptores beta₂ adrenérgicos de acción corta (SABA), además del uso de glucocorticoides orales o de manera endovenosa. Para casos de crisis moderadas a graves también puede usarse los anticolinérgicos (anexo 2) (13).

3. Rotación en Medicina Interna

Caso 5: Crisis hiperglucémicas

En diabetes *mellitus*, las crisis hiperglicémicas son unas de las complicaciones agudas que llega a poner en riesgo la vida de los pacientes. Dentro de estas encontramos a la cetoacidosis diabética, los estados hiperglicémico hiperosmolar y los estados mixtos (14).

Las emergencias hiperglicémicas requieren un directo ingreso a cuidados intensivos. Podemos encontrar algoritmo para conocer las diferencias entre un estado hiperglicémico no cetósico y el estado cetoacidótico (ANEXO 3) (15).

Una de las condiciones que pueden llevar a una cetoacidosis diabética es el primer episodio de estado diabético, también la adherencia disminuida al tratamiento diabético, infecciones a nivel respiratorio o urinario, un episodio de pancreatitis, posibles traumas. Además, podemos encontrar que algunos medicamentos pueden desarrollar dicha patología como son los glucocorticoides, betabloqueadores y tiazidas (16).

Algunos estudios nos mencionan que el desarrollo de hiperglucemia y cetoácidos conlleva a una situación proinflamatoria. Usualmente, esta patología provoca polidipsia, poliuria, debilidad muscular, pérdida de peso, dolor abdominal difuso. En casos graves, tenemos a la letargia, estupor,

disminución de peso o hasta algún compromiso con las vías respiratorias (anexo 4) (15).

Como tratamiento el objetivo es optimizar el volumen y los niveles de glucosa. Tenemos como tiempo para una adecuada y precoz resolución 10 a 18 horas, pero depende del grado de severidad del paciente (17). Dentro del tratamiento tenemos a la insulino terapia, esto se inicia posteriormente de haber hidratado al paciente y una precoz identificación de los niveles de potasio para así definir la reposición electrolítica. Todo esto se aplica solo si no se llegó a controlar la hiperglucemia inicialmente. Dicho manejo está compuesto por una vía EV a dosis de 0.1 UI /kg/horas diluidas en ClNa, con minucioso monitoreo de glucosa c/hora. (objetivo: <300mg/dl); si se logra el objetivo se debe reducir la infusión de 0.01-0.05 UI/kg/hora para evitar una hipoglicemia (18).

Finalmente, los casos de crisis hiperglicémicas o las emergencias hiperglicémicas se pueden prevenir si el paciente tiene en consideración los cuidados clínicos requeridos, a todo esto, debe estar acompañado la correcta estilo de vida que debe tener el paciente.

Caso 6: Intoxicación por benzodiacepinas

Las benzodiacepinas son parte del grupo de fármacos que se usan para el manejo de tratamiento de trastorno de ansiedad e insomnio, ya sea como agente hipnótico o ansiolítico. Sin embargo, es considerado por lo descrito anteriormente como depresor del Sistema Nervioso Central (19).

Teniendo en cuenta el caso clínico mostrado anteriormente, el pariente del familiar refirió que el paciente ingirió una cantidad considerable de tabletas (30 unidades) entre los dos medicamentos (alprazolam y clonazepam). En efecto, debemos tener conocimiento sobre la cantidad que se adjudica como intoxicación: alprazolam es 15 tabletas que equivale a 10 mg; y en clonazepam es 16 tabletas, a 20 mg (20).

Dado lo mencionado, dicho paciente comienza a presentar síntomas como lo son la somnolencia, hiporreflexia, ataxia y nistagmos. El tratamiento para este caso está basado en una minuciosa anamnesis, dependiendo del

grado de conciencia, secuencia de ABCD, y todo puede ir acompañado de exámenes de laboratorio. Dentro de la primera hora, el paso a seguir es al correcto lavado gástrico para poder lograr la inducción del vómito, continuado de la administración del antídoto que es este caso es Flumazenil. Además, controlar estrictamente las funciones vitales y vigilancia ante algún trastorno que puede presentar como complicación (21).

4. Rotación en Cirugía General

Caso 7: Gangrena de Fournier

La gangrena de Fournier es una fascitis necrosante que es progresiva, que afecta principalmente las regiones perianal, perineal, abdominal o genital. Llegando a conducir a una trombosis de los vasos subcutáneos y la piel de la región del periné. Esto llega a afectar más a los hombres que a las mujeres y oscilan entre los 30 y 60 años. Es una enfermedad poco frecuente ya que, se estima de 1,6 casos por 100 000 hombres.

La gangrena de Fournier es una emergencia quirúrgica, que afecta a pacientes con enfermedades crónicas de diabetes (mal controlados), inmunodeprimidos y cardíacas; se llega a requerir un manejo agresivo y oportuno. Esta infección es causada por múltiples organismos llegando a incluir a las anaerobias y aerobias, *Bacteroides fragilis* y *Escherichia coli*; ellas liberan enzimas que causan necrosis tisular (22).

El diagnóstico es clínico es de forma histológica al llegar a determinar que existe fascitis necrosante, ya que se basa en diferentes características como la sensibilidad en lugares específicos y lesiones en la zona genital. Se le realiza una radiografía para poder detectar enfisema subcutáneo y también la tomografía computarizada es importante porque llega a incluir engrosamiento fascial asimétrico, colecciones de líquido, enfisema subcutáneo y formación de absceso (anexo 5) (22).

El tratamiento de esta enfermedad se requiere de un desbridamiento quirúrgico de manera progresiva y agresiva que abarque los tejidos que han sido narcotizados, complementado con una administración de antibióticos de amplio espectro, entre estos tenemos los carbapenems (imipenem-cilastatina, meropenem, ertapenem), tigeciclina o piperacilina-tazobactam. Estos medicamentos se llegan a recomendar su administración porque cubre el espectro antibacteriano debido a su menor toxicidad en ámbito renal (23).

También es importante ver las funciones vitales en los pacientes ya que, pueden tener problemas respiratorios o insuficiencias renales.

En la parte desbridamiento quirúrgico es llegar a evitar la progresión de la infección, es controlar la infección local, a nivel del ano es dejar un puente de piel para evitar que el ano llegue a flotar (22).

Caso 8: Apendicitis aguda

Es denominado apendicitis aguda a la inflamación del apéndice vermiforme, se deriva en el intestino medio con el intestino delgado, el ciego, el colon ascendente y la mitad derecha del colon transverso, todas estas estructuras a su vez irrigadas por la arteria mesentérica superior (24). El apéndice en los adultos tiene forma tabular ciega. que mide aprox. 9 cm de longitud. La apendicitis aguda se caracteriza por la presencia de la obstrucción del lumen apendicular teniendo como consecuencia una hiperplasia, linfoides, tumores y fecalitos. Esto favorece el crecimiento bacteriano y la secreción de moco, llegando a generar el aumento de la presión y la distensión intraluminales, llegando a desencadenar la producción de edema e isquémico. llegando a producir una apendicitis gangrenosa. Con antibióticos y sin cirugía la tasa de mortalidad de apendicitis es >50 %; Con cirugía temprana la tasa de mortalidad es <1 % y la recuperación total; cuando hay complicaciones (formación de absceso, peritonitis o rotura) el pronóstico llega empeorar (24).

Los síntomas que presenta esta patología es dolor en zona de epigastrio o zona periumbilical, seguido de la presencia de vómitos y abundante náuseas, luego de unas horas el dolor se localiza en el cuadrante inferior derecho y este aumenta cada vez que hay tos y cualquier movimiento que se llega a presentar. Hay variaciones de síntomas y signos de apendicitis en >50 % en pacientes, el dolor no se llega a localizar sobre todos niños y embarazadas; el dolor puede ser difuso en casos raros hasta ausente (25).

Para poder diagnosticar la apendicitis aguda se hace una evaluación clínica, también se realiza una ecografía abdominal, y para profundizar se hace una tomografía computarizada abdominal. Se puede recurrir a laparoscopia, así como también como tratamiento. Por lo general los estudios de laboratorio se llegan a mostrar leucocitos (12.000-15.000/mcL [12,00 a 15,00 x 10⁶/L]) (anexo 6).

La apendicitis aguda tiene como tratamiento la apendicectomía abierta o laparoscópica, el tratamiento consiste en que el especialista llega a extraer el apéndice estando o no perforado. Luego, debe ser procedido con el antibiótico cefalosporinas de tercera generación vía intravenosa, siempre en cuando el apéndice no ha sido perforado no requiere más antibióticos y si llega a perforarse debe continuar por cuatro días más (24).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

En semanas previas al inicio del internado médico, el área de salud ocupacional del hospital Carlos Lanfranco La Hoz brindó capacitaciones para el adecuado desenvolvimiento y medidas de protección a seguir en cada servicio de rotación teniendo como objetivo cuidar la salud del paciente y del personal médico.

Se llegó a iniciar el internado médico el 1 de abril de 2023, comenzando las rotaciones en el servicio de Ginecología y Obstetricia, continuando con Pediatría, Medicina Interna y finalmente Cirugía General, culminando el 31 de enero del 2024. En resumen, el internado médico tuvo una duración de 2 meses en cada servicio.

En esta etapa se permite desarrollar y ser parte de funciones, realizando la redacción de HC, HIS, recetas, exámenes de imagen y laboratoriales.

El ingreso del interno de medicina empieza a partir de las 5:00 a. m. en el servicio correspondiente, se realiza la evaluación, observación y seguimiento de cada paciente, posteriormente está prevista una visita médica con el médico asistente, médico residente e interno de medicina. Tenía como objetivo evaluar al paciente si tuvo mejora con el tratamiento preestablecido, y de no ser así discutir otra alternativa a seguir; y en el mejor de los casos brindar alta médica.

El médico residente identificaba el compromiso, interés y seriedad, por cada caso médico que se llegaba a presentar, de cada interno de medicina por lo cual este brindaba mayor apoyo para perfeccionar la parte teórica y práctica.

El internado médico permitió al estudiante de medicina revalidar sus conocimientos teóricos y prácticos mediante casos médicos reales, lo cual era clave para el desarrollo integral del futuro profesional. Sin embargo, fuimos testigos de la realidad que atraviesa el sector de salud en nuestro

país, como la carencia de medicamentos, instrumentos médicos para ciertos exámenes laboratoriales o de imágenes. En consecuencia, el propio paciente debía hacerse cargo de los gastos requeridos y esto en algunos casos lo llevaba al abandono del tratamiento sugerido lo cual en un futuro próximo provocaba complicaciones de mayor grado y/o muerte.

CONCLUSIONES

1. Esta etapa para muchos es considerada el último escalón de la carrera de Medicina Humana. Sin embargo, esto apenas comienza. Siempre hay que ser autocrítico y reconocer que el médico no lo sabe todo. Tenemos que alimentarnos en conocimientos a lo largo de la vida profesional por el bien personal y del paciente.
2. El internado médico nos ha enseñado a trabajar en equipo y desenvolvemos de la mejor manera ante cualquier circunstancia o problema de salud que puede aquejar al paciente. También, pasar 10 meses tanto hospitalarios como en un centro de salud de menor nivel, nos permitió poder aprender a relacionarnos con personal de otras áreas, además del sector salud.
3. La relación entre médico y el paciente es primordial en todo nivel de atención de salud y en este periodo que es el internado médico nos ha ayudado a desarrollar capacidades comunicativas, pero sobre todo a ser empáticos con los pacientes.
4. Los tutores de cada área nos ayudaron a incrementar nuestros conocimientos estimulándonos a investigar y exponer sobre muchas enfermedades frecuentes y poco comunes que podemos apreciar en cada servicio ya sea Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna o Cirugía General.
5. Finalmente, tanto personal como para todos los internos en todas las áreas, nos llevamos como aprendizaje que la voluntad del personal de salud está muy por encima de todo el déficit que puede tener cada establecimiento de salud en nuestro país.

RECOMENDACIONES

1. Para los internos que vivirán esta etapa, ya sea en hospital o centro de salud de menor nivel, como recomendación es tener muy presente los conceptos adquiridos durante los 6 años académicos brindados por la universidad debido que en todo momento estarán a prueba mediante preguntas de diferentes temas.
2. Recomendamos a nuestra casa de estudio, llegue a implementar el tiempo de duración (meses) del internado médico para una adecuada formación académica del estudiante de medicina.
3. Es de suma importancia se implemente más personal de salud y tengan una mejor infraestructura en todos los servicios que cuenta el hospital, debido es notorio el desorden que existe en el área de emergencia y hospitalización.
4. Para culminar, a los nuevos internos de medicina se les sugiere compromiso, aptitud, responsabilidad y mucho empeño con cada caso que pueda presentarse ya que cada paciente es un mundo diferente.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Martínez-Vernaza S, Soto Chávez MJ, Mckinley E, Gualtero Trujillo S. Neumonía adquirida en la comunidad: una revisión narrativa. Univ. Médica [Internet]. 2018 [citado el 5 de abril de 2023];59(4):1–10. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S201108392018000400093.
2. Tapia Villanueva RM, Núñez Tapia RM, Syr Salas Perea R, Rodríguez-Orozco AR. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano. Educ médica super (Impresa) [Internet]. 2007 [consultado el 10 de marzo del 2024];21(4):0–0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412007000400005&lng=es
3. Vista de El lado oscuro de la inteligencia artificial generativa en educación médica: ¿Debemos preocuparnos? [Internet]. Unam.mx. [consultado el 10 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://riem.facmed.unam.mx/index.php/riem/article/view/1295/1494>
4. Baquedano Mainar L, Lamarca Ballesteros M, Puig Ferrer F, Ruiz Conde MA. Enfermedad inflamatoria pélvica: un reto en el diagnóstico y tratamiento precoz. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2014 [citado el 12 de marzo de 2024];79(2):115–20. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000200009
5. Curry A, Williams T, Penny ML. Pelvic inflammatory disease: Diagnosis, management, and prevention. afp [Internet]. 2019 [citado el 12 de marzo de 2024];100(6):357–64. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/0915/p357.html>
6. Santana Suárez MA, Suárez Suárez B, Ocón Padrón L, Seara Fernández S. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria. Clin Invest Ginecol Obstet [Internet]. 2018;45(4):157–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2017.04.001>

7. Redinger A, Nguyen H. Incomplete Abortions. StatPearls Publishing; 2022.
8. Lillo PS. Aborto incompleto: qué es, riesgos y tratamiento [Internet]. Ser Padres. 2023 [citado el 12 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.serpadres.es/embarazo/14305.html>
9. De Vida y Cuidado Integral PM de SDG de IE en SD de IPC. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis en niños menores de dos años. 2019 [citado el 14 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.minsa.gob.pe/handle/MINSA/81438>
10. Bronquiolitis [Internet]. Stanfordchildrens.org. [citado el 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=bronchiolitis-90-P06022>
11. Asensi Monzó M. Crisis de asma. Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2017 [citado el 14 de marzo de 2024];19:17–25. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000300002
12. Plaza V, Alobid I, Álvarez C, Blanco M, Ferreira J, García G, et al. Guía española para el manejo del asma (GEMA) versión 5.1. Aspectos destacados y controversias. Arco Bronconeumol [Internet]. 2022;58(2):150–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2021.05.010>
13. Directiva: J. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), 3ª Edición, 2019 [Internet]. Seup.org. [citado el 14 de marzo de 2024]. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/Indice.pdf
14. Reyna-Medina M, Vázquez-de Anda G, Vicente-Cruz D, García-Monroy J, Campos-Hernández A. Crisis hiperglicémicas y el suministro de atención mediante telepresencia robótica en el Hospital General de Tejupilco. Med Investig [Internet]. 2013 [citado el 14 de marzo de 2024];1(2):80–5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-articulo-crisis-hiperglicemicas-el-suministro-atencion-X2214310613085557>
15. Castrillon Spitia JD, Londoño Montes J, Jaramillo Patiño J, Garrido Hernández C, Bermúdez Cardona DC, Machado Alba JE. Descripción

- Manejo de la hiperglicemia en un hospital de primer nivel de atención. Rev médica Risaralda [Internet]. 2021 [citado el 14 de marzo de 2024];27(1):56–63. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672021000100056
16. Dhatariya KK. Defining and characterising diabetic ketoacidosis in adults. Diabetes Res Clin Pract [Internet]. 2019 [citado el 14 de marzo de 2024];155(107797):107797. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31344382/>
17. Dorado H, Pablo J. Cetoacidosis diabética: evaluación y tratamiento. Rev Soc Boliv Pediatr [Internet]. 2015 [citado el 14 de marzo de 2024];54(1):18–23. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-0675201500010000
18. Castrillon Spitia JD, Londoño Montes J, Jaramillo Patiño J, Garrido Hernández C, Bermúdez Cardona DC, Machado Alba JE. Descripción Manejo de la hiperglicemia en un hospital de primer nivel de atención. Rev médica Risaralda [Internet]. 2021 [citado el 16 de marzo de 2024];27(1):56–63. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672021000100056
19. Correa Alfaro FA, García Hernández MN. Uso recreativo de benzodicepinas en la población joven. Ene [Internet]. 2019 [citado el 14 de marzo de 2024];13(1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2019000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. Super User. CLONAZEPAM - Víctor Navarro [Internet]. Informacionpsiquiatria.com. [citado el 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://informacionpsiquiatria.com/c/clonazepam>
21. Moreno-Urgencias y Emergencias EP. Toxicología del ACLS 2020 (por AHA) - Urgencias y emergencias® [Internet]. Urgencias y emergencias®. Elena Plaza Moreno - Urgencias y Emergencias; 2021 [citado el 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.urgenciasyemergen.com/toxicologia-del-acls-2020/>

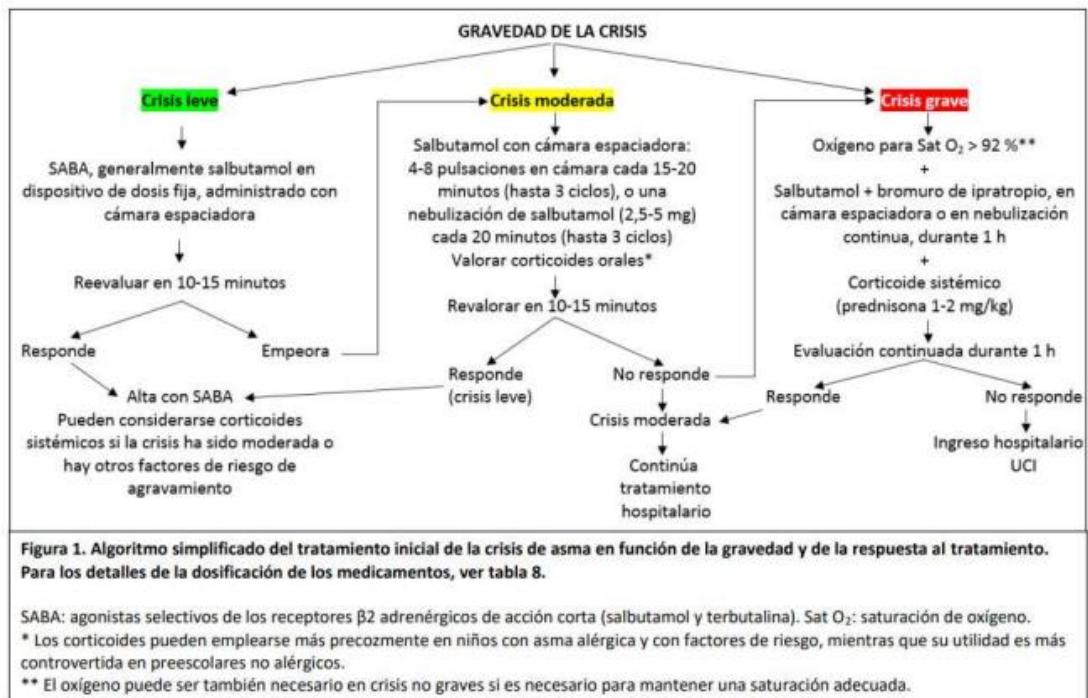
22. Vista de Conceptos para la identificación y abordaje de la gangrena de Fournier [Internet]. Revistacirugia.org. [citado el 12 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/930/1823>
23. Jimeno J, Díaz De Brito V, Parés D. Tratamiento antibiótico en la gangrena de Fournier. Cir Esp [Internet]. 2010;88(5):347–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2010.06.009>
24. Fallas González J. Apendicitis Aguda. Med Leg Costa Rica [Internet]. 2012 [citado el 14 de marzo de 2024];29(1):83–90. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152012000100010
25. Ansari P. Apendicitis [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-gastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterolog%C3%ADa-quir%C3%BArgica/apendicitis>

ANEXOS

Anexo 1

tumba	intermitente	persistente		
		nivel	Moderada	Tumba
Necesidades mínimas de tratamiento para mantener el control	Escalon 1	escalon 2	Escalón 3 o Escalón 4	Escalón 5 o Escalón 6

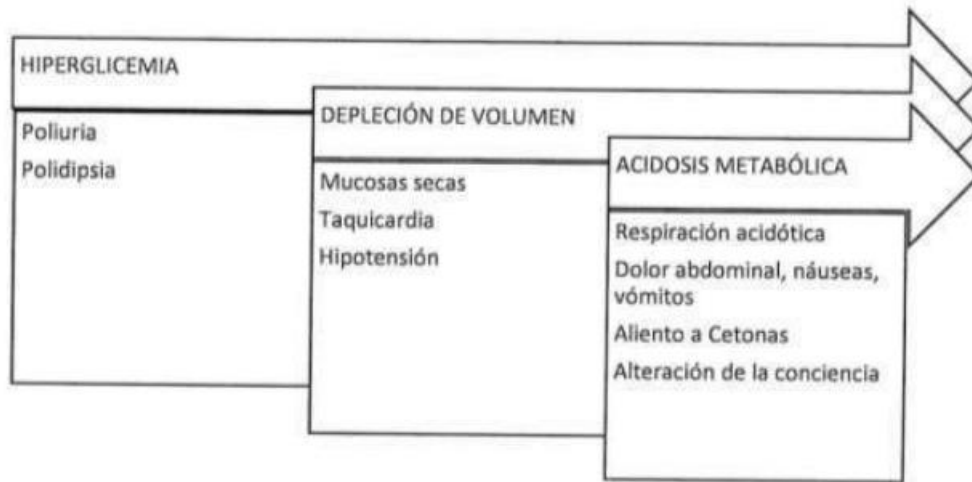
Anexo 2



Anexo 3



Anexo 4



Anexo 5

Tabla 1 - Índice de Fournier								
Variables	Valores anormales altos					Valores anormales bajos		
	+ 4	+ 3	+ 2	+ 1	0	+ 1	+ 2	
Temperatura (°C)	> 41	39-40,9	-	38,5-35,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	
Frecuencia cardíaca (lat/min)	> 180	140-179	110-139	-	70-109	-	56-68	
Frecuencia respiratoria (resp/min)	> 50	35-49	-	25-34	12-24	10-11	6-9	
Na ⁺ sérico	> 180	160-179	155-159	150-154	130-149	-	120-129	
K ⁺ sérico	> 7	6-6,9	-	5,5-5,9	3,5-5,4	3-3,4	2,5-2,9	
Creatinina sérica	> 3,5	2-3,4	1,5-1,9	-	0,6-1,4	-	< 0,6	
Hematocrito	> 60	-	50-59	46-49,4	30-45,9	-	20-29,9	
Leucocitos	> 40	-	20-39	15-19,9	9-14,9	-	1-2,9	
Bicarbonato sérico	> 52	41-51,9	-	32-40,9	22-31,9	-	18-21,9	

Anexo 6

