



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL DEL PERÚ Y HOSPITAL
SAN JUAN DE LURIGANCHO 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR
YARITZA ALESSANDRA RAMOS PACAHUALA
MARÍA JOSÉ RÉATEGUI ALCÁNTARA**

ASESOR

FERNANDO MIGUEL RUNZER COLMENARES

LIMA - PERÚ

2023



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL DEL PERÚ Y HOSPITAL
SAN JUAN DE LURIGANCHO 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

**YARITZA ALESSANDRA RAMOS PACAHUALA
MARÍA JOSÉ RÉATEGUI ALCÁNTARA**

ASESOR

DR. FERNANDO MIGUEL RUNZER COLMENARES

LIMA - PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dra. Karim Elizabeth Ugarte Rejavinsky

Miembro: Dr. Cynthia Legna Huby Muñoz

Miembro: Dr. Maria Elena Castro Vallejo

DEDICATORIA

Le dedicamos este trabajo a nuestras familias, que nos apoyaron a lo largo de toda la carrera, sobre todo en el último año de la carrera, el internado.

Por su apoyo incondicional al estudiar una carrera tan larga como es Medicina Humana.

Ramos Pacahuala Yaritza
Reátegui Alcántara María José

ÍNDICE

	Págs.
ÍNDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: TRAYECTO PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	34
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	36
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	56
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	59
FUENTES DE INFORMACIÓN	60

RESUMEN

El internado médico es una etapa clave en la educación de un estudiante de medicina en Perú al terminar sus años de carrera. Debido a la interurrencia por la pandemia del COVID-19 se cambiaron las políticas de pasantías médicas ya que los hospitales que antes podían recibir alumnos por 10 meses completos, pasaron a recibirlos por solo 5 meses, por lo tanto, los meses restantes se complementan realizando rotaciones en Centros de Salud de diversas categorías. El internado médico representa un año de formación clínica intensiva en hospitales y centros de salud bajo la supervisión de residentes de los distintos servicios hospitalarios y médicos especialistas, donde los estudiantes tienen la oportunidad de aplicar y desarrollar los conocimientos y habilidades adquiridos durante sus estudios universitarios.

Para un estudiante peruano, el internado médico es una fase de aprendizaje práctico donde obtiene experiencia de primera mano en el tratamiento y cuidado de pacientes en un entorno clínico real. Es una oportunidad para enfrentar situaciones médicas complejas, tomar decisiones clínicas importantes y aprender a trabajar en equipo con otros profesionales de la salud.

La capacitación médica también es una carga de trabajo intensa con largas horas de hospital, turnos de noche y fines de semana de trabajo, lo que puede ser un desafío físico y mental para los estudiantes. Sin embargo, también les permite desarrollar habilidades organizativas, de gestión del tiempo y de toma de decisiones bajo presión, que serán valiosas para su futura práctica médica.

En este trabajo se presentarán casos clínicos de diferentes rotaciones asignadas como Cirugía, Medicina Interna, Gineco-Obstetricia y Pediatría.

Al finalizar su pasantía médica, los estudiantes peruanos reciben un certificado que les permite ejercer la medicina de forma independiente, un hito importante en su formación profesional y los prepara para continuar su carrera médica ya sea especializándose en un campo específico. en medicina o práctica clínica general.

Palabras clave: Rotación, Internado Médico, Sedes Hospitalarias, Enfermedades, Casos Clínicos.

ABSTRACT

A medical internship is a key stage in the education of a medical student in Peru at the end of their university years in the medical school.

Due to the occurrence of the COVID-19 pandemic, medical internship policies have been changed, as hospitals could accumulate interns. Therefore, a first-level medical center was opened where interns had the opportunity to complete a five-month rotation in the medical center and the remaining five months in a hospital.

The medical internship represents a year of intensive clinical training in hospitals and health centers under the supervision of residents of various hospital services and medical specialists, where students have the opportunity to apply and develop the knowledge and skills acquired during their university studies.

For a Peruvian student, the medical internship is a phase of practical learning where they gain first-hand experience in the treatment and care of patients in a real clinical environment. It is an opportunity to face complex medical situations, make important clinical decisions, and learn to work in a team with other health professionals. Medical training is also an intense workload with long hours at the hospital, night shifts, and weekend work, which can be a physical and mental challenge for students.

However, it also allows them to develop organizational skills, time management, and decision-making skills under pressure, which will be valuable for their future medical practice. In this work, clinical cases from different assigned rotations such as Surgery, Internal Medicine, Gynecology-Obstetrics, and Pediatrics will be presented. At the end of their medical internship, Peruvian students receive a certificate that allows them to practice medicine independently, an important milestone in their professional development and prepares them to continue their medical career either by specializing in a specific field of medicine or general clinical practice.

Keywords: Rotation, Medical Internship, Hospital Sites, Diseases, Clinical Cases.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DEL
PERÚ Y HOSPITAL SAN JUAN DE LURI

AUTOR

YARITZA RAMOS PACAHUALA

RECuento DE PALABRAS

17401 Words

RECuento DE CARACTERES

99592 Characters

RECuento DE PÁGINAS

62 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

96.8KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 14, 2023 12:20 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 14, 2023 12:22 PM GMT-5

● **12% de similitud general**

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

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% 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



DR. FERNANDO MIGUEL RUNZER COLMENARES

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4045-0260>

INTRODUCCIÓN

El internado corresponde al séptimo año de la carrera de Medicina Humana, por lo tanto, es una etapa fundamental en la formación de cualquier profesional de la salud, ya que permite poner en práctica todos los conocimientos adquiridos durante su carrera en una forma integral (1).

Sin embargo, la llegada de la pandemia de COVID-19 transformó la forma en que se llevaba a cabo esta etapa formativa. Años previos a la pandemia el internado era una etapa netamente hospitalaria, donde se realizaban todas las diferentes rotaciones en un mismo hospital. Debido a la pandemia, esto tuvo que cambiar, llevando una modalidad de cinco meses en un hospital y cinco meses en un centro de salud. Esto ha significado el enfrentar una serie de desafíos sin precedentes, que van desde la falta de recursos materiales y humanos hasta la necesidad de adaptarse a nuevas formas de trabajo (2).

El planteamiento del problema radica en cómo se ha visto afectada la formación de los internos en un contexto de pandemia. La crisis sanitaria ha generado una serie de limitaciones en el proceso de aprendizaje (2). Sin embargo, no todo ha sido negativo, al tener que complementar el internado con centros de salud, se pudo tener prácticas y ver de primera mano cómo es el 1er nivel de atención de los pacientes, algo interesante ya que los estudiantes de último año de medicina no veían esta parte sino hasta culminar la carrera e ir al SERUMS.

Los objetivos de este informe es servir de testimonio sobre los casos médicos observados durante el último año de la carrera que tuvo como desafíos los remanentes y última etapa de la pandemia de COVID-19, demostrar cómo se evaluaron los pacientes en las diversas rotaciones que se realizaron por los servicios de Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Ginecología-Obstetricia.

Sin embargo, este informe tiene algunas limitaciones. En primer lugar, debido a la naturaleza dinámica de la pandemia, algunos de los desafíos y soluciones presentadas podrían cambiar en el futuro (3). En segundo lugar, este informe no pretende ser una revisión exhaustiva de toda la literatura disponible sobre el tema, sino más bien una reflexión sobre la experiencia de los internos de medicina en este momento particular.

La justificación de este informe se basa en la importancia de asegurar una formación de calidad para los futuros profesionales de la salud, especialmente en momentos de crisis sanitaria.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

Iniciaremos el trabajo mostrando cada caso de las 4 rotaciones que se realizaron. Se explicarán 4 casos por especialidad, describiendo la anamnesis, el examen físico, se indicarán los exámenes auxiliares a solicitar si el caso amerita, llegando por fin al diagnóstico para finalizar en el tratamiento y evolución de cada paciente.

1.1 Rotación en Gineco-Obstetricia

Sobre la especialidad de Gineco-Obstetricia, el servicio se maneja en diferentes áreas. La primera área era la de emergencias, lugar donde se atendían diferentes patologías como hemorragias en gestantes, recepción de gestantes que iniciaban trabajo de parto, entre otros. Se encontraban las áreas de hospitalización donde estaban divididas las patologías de ginecología de las de obstetricia. La área de hospitalización de obstetricia se complementa de la área de ARO que sus siglas significaban Alto Riesgo Obstétrico, área que se encargaba exclusivamente el residente y donde los internos solo podíamos apoyar. Exclusivamente para las gestantes existía la sala de dilatación, lugar donde se encontraban las gestantes que estaban en fase de trabajo activa que más adelante pasarían a sala de partos, lugar donde se atenderá el parto.

Caso clínico n° 1: Enfermedad Inflamatoria Pélvica

Anamnesis: Paciente M.C.H de 27 años, de sexo femenino, acude al servicio de urgencias del hospital por presentar dolor abdominal, intenso (EVA 7/10) de tipo hincada que aumentó al tener relaciones sexuales. Paciente refiere inicio de síntomas 7 días antes del ingreso a urgencias, con un dolor constante pero con EVA 5/10. Refiere sensación de alza térmica desde hace 2 días, el cual estuvo tratando con automedicación con paracetamol de manera irregular. Al ampliar la anamnesis la paciente refiere flujo vaginal anormal de coloración verde amarillenta, no recuerda inicio de este.

Antecedentes familiares y/o personales:

Antecedentes familiares: Paciente no recuerda.

Antecedentes personales: No alergias. Niega cirugías previas. Infección del tracto urinario inferior hace 4 años con tratamiento ambulatorio completo, sin ningún otro antecedente patológico. Menarquia: 14 años. Ciclos menstruales regulares. IRS: 15 años. Andria: 8. MAC: Actualmente usuaria de DIU desde hace 3 semanas con pareja inestable.G0P0000.

Examen Físico:

Funciones Vitales: T°: 38.5 °C. P/A: 110/70 mmHg. FC: 110 x'. FR: 25 x'. SAT: 98 %.

Aspecto general: AREG, AREN, AREH.

Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2". Mucosas hidratadas.

TCSC: No presencia de edemas, no se palpan tumoraciones.

Tórax y pulmones: Simétrico, amplexación conservada, no uso de musculatura accesoria. Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no presencia de ruidos agregados.

Cardiovascular: RCR de BI , no soplos audibles.

Abdomen: Plano, blando excepto en hipogastrio y en fosa iliaca izquierda. RHA presentes. McBurney (-), Blumberg (-). No se palpan masas. GU: PPL (-). PRU (-). Especuloscopia: Presencia de flujo amarillento verdoso, paredes vaginales eritematosas. Dolor a la movilización cervical. Signo del candelabro (+).

Locomotor: Moviliza extremidades.

SNC: Despierta, LOTE. Glasgow 15/15. No hay signos meníngeos ni de focalizaciones.

Plan de manejo:

Se solicitan exámenes de laboratorio como un hemograma donde se observa leucocitosis de 16 000 células/mm³, con neutrofilia. VSG elevado. Se solicitó además examen de orina el cual fue negativo y cultivo de secreción vaginal, positivo para el crecimiento de *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*.

Se inició tratamiento antibiótico empírico con Ceftriaxona 250 mg IM en monodosis + Doxiciclina 100mg VO cada 12 horas por 14 días + Metronidazol 500 mg VO cada 12 horas por 14 días.

Paracetamol 500 mg cada 8 horas por 3 días.

Reevaluación por consultorio externo en 72 horas para evolución.

Diagnóstico: Enfermedad Inflamatoria Pélvica I

Caso clínico n° 2: Distopia genital

Anamnesis: Paciente V.A.G mujer de 65 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo 2. Refiere incapacidad para retener orina desde hace meses. Acude a consulta de ginecología por presentar sensación de bulto en la región genital. No refiere ardor o cualquier tipo de dolor a la hora de la micción.

Antecedentes familiares: Madre hipertensa. Padre diabético de larga data.

Antecedentes personales: No alergias. Apendicectomía laparoscópica hace 15 años, no complicaciones. Hipertensión arterial en tratamiento farmacológico regular con losartán. Diabetes tipo 2 en tratamiento con metformina y glibenclamida regular. Menarquia: 10 años. Menopausia: hace 18 años. IRS: 20 años. Andria: 2. No es sexualmente activa.G8P7107.

Ampliación de anamnesis: Indagando más en los antecedentes patológicos de la paciente, refiere estreñimiento de larga data.

Examen Físico:

Funciones Vitales: T°: 37.2 °C. P/A: 140/80 mmHg. FC: 100 x'. FR: 19 x'. SAT: 99 %. Peso: 73 kg. Estatura: 1.55m. IMC: 30 kg/m2.

Aspecto general: AREG, AREN, AREH.

Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2". Mucosas hidratadas.

TCSC: No presencia de edemas, no se palpan tumoraciones.

Tórax y pulmones: Simétrico, amplexación conservada, no uso de musculatura accesoria. Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no presencia de ruidos agregados.

Cardiovascular: RCR de BI , no soplos audibles.

Abdomen: Globuloso, blando y depresible. Sin dolor a la palpación superficial o profunda.

GU: Tumoración protruyente del área genital, prolapso vaginal grado III, edema y laceración de mucosa vaginal. Cistocele.

SNC: Despierta, LOTEP. Glasgow 15/15.

Plan de manejo:

Habiendo realizado una buena anamnesis e indagación de antecedentes patológicos, el diagnóstico es claro por ello no requirió exámenes.

En primera instancia se planteó tratamiento quirúrgico como opción para el prolapso genital. Sin embargo debido a los antecedentes del paciente así como las comorbilidades no se planteó como una opción adecuada. Se decidió tener un manejo conservador y escalonado. Iniciando con una reducción de peso y educación nutricional para tratar y evitar el estreñimiento como factor promotor de riesgo, se recomienda el no cargar peso y ejercicios de Kegel, además del uso de pesarios intravaginales para reeducación de piso pélvico.

Se recomienda seguimiento periodico por consulta para evaluar mejoría o cambio de tratamiento.

Impresión diagnóstica: Prolapso genital III

Caso clínico n° 3 Embarazo Ectópico

Anamnesis: Paciente J.G.Q mujer de 32 años, sin antecedentes médicos relevantes, acude a urgencias por presentar dolor abdominal agudo intenso latente en fosa iliaca derecha EVA 8/10 y sangrado vaginal.

Antecedentes familiares: Ningún antecedente relevante.

Antecedentes personales: No alergias. No antecedentes quirúrgicos. Menarquia: 12 años. Ciclos menstruales irregulares. IRS: 17 años. Andria: 5. Sexualmente activa con pareja estable. MAC: Anticonceptivos orales combinados, tratamiento irregular. G0P0000.

Refiere atraso menstrual de más de una semana, no refiere fecha exacta.

Examen físico:

Funciones Vitales: T°: 36.9 °C. P/A: 100/60 mmHg. FC: 110 x'. FR: 19 x'. SAT: 97 %. Peso: 60 kg. Estatura: 1.65 m.

Aspecto general: AMEG, AREN, AREH.

Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2". Mucosas hidratadas.

TCSC: No presencia de edemas, no se palpan tumoraciones.

Tórax y pulmones: Simétrico, amplexación conservada, no uso de musculatura accesoria. Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no presencia de ruidos agregados.

Cardiovascular: RCR de BI , no soplos audibles.

Abdomen: Doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda. Masa palpable dolorosa en FII. Abdomen en tabla, signos de irritación peritoneal.

GU: No se observa hemorragia genital. Se observan manchas de sangre en ropa interior. No hay otras alteraciones.

SNC: Despierta. LOTEPE. Glasgow 15/15.

Para iniciar el abordaje de este caso se inició solicitando exámenes de laboratorio. BHCG cuantitativa con resultado positivo. Hemograma con leucocitos de 11000 células/mm³ no desviación a la izquierda, hemoglobina de 10 g/dL VSG elevado. Se realiza ecografía intravaginal donde se observa útero vacío. Se observa masa compleja anexial en trompa de Falopio izquierda, líquido en saco de Douglas y hemoperitoneo. El dolor abdominal intenso y el sangrado vaginal sugieren la posibilidad de un embarazo ectópico.

Al ser una rotura de embarazo ectópico se declara una emergencia médica, se planteó intervención quirúrgica para la extirpación del embrión y la reparación de la trompa afectada. Se realizó laparotomía exploratoria en la que se confirmó la presencia de un embarazo ectópico roto y se procedió a realizar una salpingostomía.

Impresión diagnóstica: Embarazo ectópico complicado.

Caso clínico n° 4 Hemorragia Postparto

Este caso es un caso interesante porque se trata de una puérpera inmediata por parto vaginal de un producto macrosómico, hospitalizada en el área de Obstetricia,

estable tanto durante como inmediatamente postparto que en las primeras horas de su hospitalización presenta una hemorragia postparto.

Anamnesis: Paciente Y.R.P mujer de 38 años, puérpera inmediata, sin antecedentes médicos relevantes. Al momento se encontraba hospitalizada en el área de Obstetricia.

Antecedentes familiares: Ningún antecedente relevante.

Antecedentes personales: No alergias. No antecedentes quirúrgicos. Menarquia: 11. Ciclos menstruales regulares. G4P3104. Parto vaginal hace 4 horas. Peso de última gestación: 4.460 kg, sin complicaciones, se realizó episiotomía mediolateral. Estable a la hora de traslado al área de hospitalización.

Examen físico:

Funciones Vitales: T°: 36.9 °C. P/A: 90/60 mmHg. FC: 120 x'. SAT: 98 %. Peso: 65 kg. Estatura: 1.70 m.

Aspecto general: AMEG, AREN, AREH.

Piel: Palidez, ligera frialdad. Llenado capilar ≤ 2 ".

TCSC: No presencia de edemas.

Tórax y pulmones: Simétrico, amplexación conservada, no uso de musculatura accesoria. Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no presencia de ruidos agregados.

Cardiovascular: RCR de BI , no soplos audibles.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación. Fondo uterino 4 cm por encima de cicatriz umbilical y firme.

GU: Sangrado vaginal profuso, presencia de abundantes coágulos.

SNC: Obnubilado. No colaboradora.

El presente caso es una emergencia obstétrica. Debido al antecedente de parto vaginal y sobre todo de un producto macrosómico, añadiendo el examen físico con signos vitales inestables observados en la presión arterial y frecuencia cardiaca, así como la palpación de fondo útero por encima del límite normal para una puérpera y así como alteración del sensorio, nos indicarían una hemorragia postparto. Al tratarse de una emergencia, se necesitó de una rápida acción terapéutica para detener la

hemorragia. Empezamos evaluando el ABC e iniciamos el monitoreo materno. Creamos acceso endovenoso para mantener volumen, iniciamos bolos de fluidos para mantener una PA > 100/50 mmHg. Al ver que es un caso de atonía uterina se administran uterotónicos, el primero de ellos, la oxitocina 10 UI IM a la vez que se realiza un taponamiento uterino. Se inician masajes uterinos de compresiones bimanuales por 1 hora y indica sonda Foley para el vaciamiento vesical. Restablecidas las funciones vitales, se observa mejoría del sensorio. Continúan los masajes uterinos por 1 hora más. Se mantiene monitoreo de puérpera por las próximas horas donde no vuelve a presentar cambios.

Impresión diagnóstica: Atonía Uterina.

1.2 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Un componente esencial de su formación clínica durante su último año de la escuela de medicina en Perú es la rotación de medicina interna.

La rotación de medicina interna ofrece al interno la oportunidad de adquirir habilidades clínicas avanzadas y un enfoque exhaustivo para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades en pacientes adultos. Esto incluye la evaluación de pacientes con trastornos médicos agudos y a largo plazo, la interpretación de resultados de laboratorio y exploraciones por imagen, la prescripción de fármacos y la realización de tareas clínicas fundamentales.

El tratamiento de diversos trastornos médicos, como enfermedades cardiovasculares, pulmonares, gastrointestinales, endocrinas, renales y neurológicas, entre otras, puede ser competencia del médico interno peruano. Además, podría ayudar en el tratamiento de personas que padecen trastornos autoinmunes, metabólicos o infecciosos.

El interno también tiene la oportunidad de colaborar con otros profesionales médicos durante la rotación de medicina interna, incluyendo enfermeras, técnicos de laboratorio y especialistas, y participar en reuniones clínicas, discusiones de casos y sesiones de enseñanza para avanzar en sus conocimientos y habilidades clínicas.

Caso clínico n° 1: Hipoglucemia

Anamnesis: Mujer de 69 años fue llevada en silla de ruedas al departamento de emergencias por su hija porque tenía problemas para comunicarse, ya que al encontrarse con ella, no lograba entender lo que ella decía. Familiar refiere que la paciente estaba consciente y lúcida por la mañana antes de salir al trabajo, pero cuando su hija regresó por la tarde, descubrió que su madre estaba somnolienta y se mostraba confundida, agitada e irritable. HGT de entrada: 50 mg/dL.

Antecedentes familiares y/o personales: Hipertensión arterial y diabetes *mellitus* tipo 2, ambos identificados hace cuatro años y actualmente se encuentra en tratamiento con metformina, glibenclamida y losartán, tiene también antecedente de cirugía previa por apendicitis aguda hace 15 años.

Examen físico:

Funciones vitales: FC: 103 latidos por minuto. FR: 25 respiraciones por minuto. P/A: 170/90 mmHg. T: 37.6 °C.

Estado general: Aparentemente regular, con hidratación y estado nutricional en nivel regular.

Piel y mucosas tibias, elásticas y húmedas, con llenado capilar menor a 2 segundos.

Boca: Mucosa oral hidratada, ausencia de algunas piezas dentarias.

Cardiovascular: se auscultan ruidos cardiacos rítmicos y no hay presencia de soplos audibles.

Respiratorio: se escucha murmullo vesicular adecuado en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados.

Abdomen: Blando, depresible y no doloroso, con presencia de ruidos hidroaéreos y timpanismo conservado. Se observa una cicatriz en el cuadrante inferior derecho por apendicectomía previa.

Genitourinario: Micción espontánea, PPL (-) y PRU (-).

Locomotor: se evidencia debilidad generalizada en extremidades.

Neurológico: la paciente presenta confusión, leve depresión del sensorio con una escala de Glasgow de 12/15, pupilas isocóricas, céntricas, reactivas a la luz y acomodación. Se encuentra desorientada sólo en cuanto al tiempo.

El médico conversa con la familiar y recomienda que compre caramelos o dé de comer a la paciente una bebida azucarada de manera inmediata y mientras tanto envía una orden de laboratorio para realizar exámenes de hemograma completo, creatinina, glucosa, análisis de gases arteriales, electrolitos y urea.

Impresión diagnóstica: Hipoglucemia - Diabetes *Mellitus* tipo 2.

Caso clínico N° 2: Pancreatitis aguda

Anamnesis: Paciente de 25 años de edad, sexo femenino, fue trasladada al hospital porque experimentaba un fuerte dolor en forma de "cinturón" (EVA: 9/10), que predomina en hipocondrio izquierdo y derecho. La paciente refirió además cinco episodios de vómitos líquidos, náuseas y escalofríos

Antecedentes familiares y personales: La paciente fue operada de colecistitis litiásica hace 3 años. Niega cualquier otro antecedente relevante.

Examen físico:

Funciones vitales: T°: 37,4°C de temperatura corporal, P/A: 100/80 mmHg de tensión arterial, FC: 65 latidos por minuto de frecuencia cardiaca, 22 respiraciones por minuto de frecuencia respiratoria y 97% de saturación de oxígeno.

El estado general del paciente estaba conservado, no obstante, se evidencia la fascie dolorosa. No hay indicios de ictericia, palidez, cianosis ni diaforesis, y la piel está caliente, húmeda y elástica. No hay soplos y los ruidos cardíacos son regulares. El abdomen es blando y depresible, se evidencia a la palpación superficial y profundo dolor en lo hipocondrio.

Los genitales y el aparato urinario no muestran anomalías. y finalmente la paciente tiene una puntuación de Glasgow de 15/15, el estado neurológico de la paciente es normal.

Plan de trabajo: Se colocó una vía intravenosa para. Se procedió a la administración intravenosa de dimenhidrinato 50 mg e hioscina 20 mg. En el servicio de emergencia solicitaron un hemograma completo, enzimas pancreáticas, perfil de coagulación y ecografía abdominal superior. Los resultados de las pruebas de laboratorio indicaron niveles elevados de amilasa y lipasa, mientras que la ecografía abdominal demostró un aumento del meteorismo intestinal. Debido al intenso malestar, se interrumpió la alimentación oral y se administraron rápidamente metamizol 2 g. y omeprazol 40 mg por vía intravenosa. La paciente respondió bien al tratamiento farmacológico, que consistió en la administración intravenosa de ceftriaxona 2 g cada 24 horas e hidratación electrolítica. El estado de la paciente mejoró durante los días siguientes.

Impresión diagnóstica: Pancreatitis aguda

Caso clínico n° 3: Infección del tracto urinario

Anamnesis: Paciente de 31 años, sexo femenino presentó síntomas de polaquiuria, poliuria y urgencia urinaria, paciente comenta que presentaba orina con mal olor y mucho ardor. Además, el paciente se queja de cefalea y malestar general durante un día. La paciente ha tomado 100 mg de fenazopiridina sin mejoría. Niega haber tenido infecciones del tracto urinario en el pasado, aunque hace dos años se le practicó una colecistectomía y es alérgica al metamizol.

Examen físico:

Las funciones vitales dentro de los límites normales, sin hallazgos anormales en el tórax o los pulmones, y sin soplos en el sistema cardiovascular.

Al examen urogenital encontramos los puntorenouretelares positivos, resto del examen sin alteraciones

Se le solicita a la paciente un uroanálisis donde se encontró leucocitos 25 - 30 x campo, hematíes 2-3 x campo, gérmenes abundantes, resultado un examen patológico.

Plan de trabajo: Incluye manejo ambulatorio con continuidad en la dieta completa de la paciente, prescripción de fenazopiridina 100 mg vía oral cada 8 horas durante 3 días, y nitrofurantoina 100 mg vía oral cada 12 horas durante 7 días. Además, se brindan medidas de prevención de infecciones urinarias y se cita a la paciente para seguimiento en una semana.

Impresión diagnóstica: Infección del tracto urinario

Caso clínico N° 4: Accidente isquémico transitorio

Anamnesis: Paciente varón de 74 años que fue llevado al departamento de emergencias tras experimentar un periodo de inconsciencia de una hora de duración, hipersalivación e incontinencia fecal. El paciente estaba confuso cuando se despertó por primera vez, y su habla era arrastrada (disartria). También tenía cefalea. El hijo del paciente dijo que su padre se había caído espontáneamente con anterioridad, recuperándose rápidamente.

Antecedentes personales: Diabetes *mellitus* hace 8 años, en control con metformina 850 mg cada 24 horas, también el paciente fue diagnosticado hace 10 años con hipertensión arterial, en tratamiento losartan de 20 mg cada 24 horas, no obstante, el paciente toma su medicamento de manera irregular.

A lo largo de la exploración física, los signos vitales estaban conservados, se observó que el paciente se encontraba en un estado general estable. No había signos visibles de ictericia, palidez, cianosis o diaforesis en la piel. El sistema respiratorio y cardiovascular no presentaban anormalidades, y el abdomen estaba blando y no doloroso a la palpación, no obstante continuaba presentando letargia y disartria.

Plan de trabajo: Se solicitó una tomografía computarizada (TC) cerebral basándose en los síntomas y el historial médico de la paciente para descartar un ictus isquémico o hemorrágico. Sin embargo, la TC no reveló ningún daño en el cerebro u otras estructuras. Tras consultar con un experto en neurología, el paciente se recuperó y se diagnosticó un accidente isquémico transitorio. El paciente recibió medidas preventivas, y a los familiares se les brindó instrucciones sobre qué hacer en caso de que se produjeran más episodios de este tipo.

En conclusión, se ha diagnosticado al paciente un accidente isquémico transitorio y se ha puesto en marcha un tratamiento adecuado y una estrategia preventiva.

1.3. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

La rotación de cirugía general mide nuestras capacidades para realizar un examen completo y manejo de enfermedades o lesiones que requieren intervención quirúrgica para ser resueltas o mejorar clínicamente.

Caso clínico n° 1: Apendicitis aguda

Anamnesis: Paciente de 32 años, de sexo masculino acude al servicio de urgencias del hospital por dolor abdominal intenso en cuadrante inferior derecho. El dolor comenzó hace 24 horas, como un dolor vago y constante, pero en las últimas horas se ha vuelto más intenso y agudo, y se localizaba a predominio de fosa iliaca derecha (EVA: 8/10), asociado a náuseas y vómitos, y disminución del apetito. Presenta temperatura de 37,8 °C y dificultad para moverse a causa del dolor. Paciente refiere que dolor al inicio se localizaba a nivel periumbilical y fue migrando hacia la posición actual.

Antecedentes familiares y/o personales: Niega antecedentes médicos familiares y personales de importancia. Niega alergias

Examen Físico:

Funciones vitales: T°: 38 °C. P/A: 110/70 mmHg. FC: 100 x'. FR: 20x'. SAT: 98%

Aspecto general: Paciente con AREG, AREN, AREH. Facie de dolor.

Piel: T/H/E, LLC <2", no se evidencia cianosis, no signos de ictericia. Mucosas húmedas

TCSC: Cantidad y distribución adecuadas, no hay presencia de edemas, no se palpan tumoraciones.

Tórax y pulmones: Amplexación conservada, simétrica, MV pasa bien por ACP.
No uso de musculatura accesoria, no ruidos agregados

Cardiovascular: RCR de BI, normofonéticos , no soplos audibles

Abdomen: plano , leve resistencia a la palpación, RHA (+) disminuidos en tono e intensidad. Dolorosa a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha. No se evidencia masas ni hernias, McBurney (+). Se observa dolor a la descompresión brusca: Blumberg (+/-).

Locomotor: Moviliza extremidades sin dificultad o dolor. Fuerza conservada, ROT (+).

SNC: Despierto, LOTEPE. Glasgow 15/15. No hay signos meníngeos ni de focalizaciones.

Plan de manejo:

Se prescribió un gramo de metamizol y 500 mg de dimenhidrinato EV STAT junto con una vía intravenosa a través de la cual se administró NaCl al 0,9% a razón de 20 gotas por minuto. Para evaluar al paciente y prepararlo para la cirugía, se le pone en NPO. El recuento de glóbulos blancos había aumentado a 14 500 células/mm³.

Los resultados de la radiografía abdominal no revelaron signos de obstrucción o perforación intestinal. También se requería examen de PCR, orina, serología para ITS y ecografía abdominal. Al recibir los resultados de las pruebas de laboratorio se encontró hemoglobina (13 gr/dL) y PCR (1,2 mg/dL). Los resultados de las pruebas de serología fueron negativos para VIH, sífilis y VHB.

En la ecografía se evidenció aumento de tamaño de la pared apendicular, se prepara al paciente para cirugía administrándole Ceftriaxona 2 g cada 24 horas y Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas.

Se realizó una apendicectomía laparoscópica donde se encontró el apéndice en posición retrocecal y no se observaron otras complicaciones. El paciente tolera adecuadamente el postoperatorio, la vía oral, por lo tanto fue dado de alta a las 24 horas de la cirugía.

Impresión diagnóstica: Apendicitis aguda

Caso clínico n° 2: Obstrucción intestinal

Anamnesis: Paciente varón de 42 años acudió al servicio de urgencias para ser intervenido por presentar dolor abdominal (EVA: 7/10) y distensión severa que se asocia a vómitos biliosos y náuseas. Él refería que había presentando 9 semanas antes de su ingreso estreñimiento y no defecar durante 3 días antes. Acompañando a su cuadro clínico también presentó intolerancias a líquidos y alimentos.

Antecedentes familiares y/o personales: Madre con hipertensión arterial , paciente tuvo una apendicectomía hace 11 años. Niega alergias

Examen Físico:

Funciones vitales: T°: 36 °C. P/A: 120/90 mmHg. FC: 102 x'. FR: 21x'. SAT: 96%
Piel y faneras: Tibia, elástica, mucosas secas, palidez (+/++), no se evidencian edemas.

Tórax y pulmones: Amplexación simétrica, el murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no hay uso de musculatura accesoria ,no se auscultan ruidos agregados.

Cardiovascular: A la auscultación ruidos cardiacos normofonéticos, de adecuada intensidad , no se aprecian soplos.

Abdomen: Se evidencia un abdomen globuloso, predominio de TSCS, muy distendido, timpánico, se evidencia dolor a la palpación superficial y profunda, ruidos hidroaéreos incrementados. Mcburney (-), Blumberg (-), Murphy (-). Además, se evidencia cicatriz mediana infraumbilical de la cirugía previa.

Sistema Nervioso Central: Despierto, LOTEP, Glasgow: 14/15, no presenta signos meníngeos ni de focalización.

Se le solicitó una serie de exámenes auxiliares como radiografía simple de abdomen de pie y decúbito donde se evidencia distensión de asas intestinales con presencia de niveles hidroaéreos y en región distal se aprecia ausencia de aire.

En los resultados de laboratorio observamos un Hemograma: 11.5000 células/mm³ de leucocitos. Segmentados 74%. Hemoglobina: 12.4.

En cuanto a los electrolitos, los resultados dieron un potasio de 3.5 mEq/L, Cloro 104 mEq/L, Sodio 138 mEq/L, Calcio 8.7 mEq/L por lo que se procede a optar por las medidas de manejo como poner en NPO al paciente + colocación de sonda nasogástrica a gravedad, se evaluó un manejo conservador, luego se administró NaCl 0.9% 1000cc + Dextrosa al 5% 1000 + NaCl 20% 2 amp + KCl 20% 1 amp y Ciprofloxacino 400 mg vía endovenosa cada 12 horas, el uso de Metronidazol 500 mg endovenoso cada 8 horas acompañado de Omeprazol 40 mg EV c/24 horas, metoclopramida 10 mg endovenoso cada 8 horas y finalmente el uso de un enema evacuante cada 12 horas a la par del control de funciones vitales y balance hidroelectrolítico.

Impresión diagnóstica: Obstrucción intestinal por bridas y adherencias

Caso clínico n° 3: Colecistitis crónica calculosa

Anamnesis: Paciente de 42 años, sexo femenino acude al hospital manifestando mucho dolor abdominal en el lado derecho del abdomen, refiere que el dolor se manifiesta como tipo colico a nivel de epigastrio y en hipocondrio derecho desde hace 6 meses, en ocasiones paciente dice que toma medicamentos para calmar el dolor (no especifica nombre), y finalmente agrega que este cuadro clínico se acompaña de vómitos, leve ictericia y nauseas.

Antecedentes familiares y/o personales: Obesidad, madre con DM2, padre con HTA, niega alergias.

Examen Físico:

Peso:70 kg Talla: 1.52cm IMC: 30.3

Funciones Vitales: T°: 37.5 °C. P/A: 110/90. FC: 94x'. FR: 21x'. SAT:97 %.

Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar <2'', ictericia (+/+++).

Tórax y pulmones: Amplexación adecuada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no presencia de ruidos agregados, no uso de musculatura intercostal, ni accesoria.

Cardiovascular: A la auscultación ruidos cardiacos normofonéticos, de adecuada intensidad, no se auscultan soplos audibles.

Abdomen: globoso, ligeramente resistente a la palpación, predominio de TSCS, RHA(+), dolor a la palpación en HCD (superficial y profunda) , Murphy(+).

Sistema Nervioso Central: Despierta, conecta con entorno, Glasgow: 15/15, no presenta signos meníngeos ni de focalización.

Plan de trabajo: El paciente fue hospitalizado y recibió Metamizol 1 g y Dimenhidrinato 500 mg parenteral más solución salina al 0,9 %. Se solicitó hemograma completo, ecografía, uroanálisis, transaminasas y bilirrubina. Los resultados obtenidos mostraron un patrón obstructivo, presencia de cálculos en la vesícula biliar y engrosamiento de la pared de la vesícula biliar observado en la ecografía abdominal. La paciente fue programada para una colecistectomía laparoscópica en la cual fue una operación exitosa y la paciente fue dada de alta del hospital 2 días después de la operación dado a que no se presentó ninguna complicación pre o postquirúrgica.

Caso clínico n° 4: Hernia inguinal

Anamnesis: Paciente de 23 años, sexo masculino , que acude al servicio de emergencia, con tiempo enfermedad de 5 horas, donde refiere que en la zona inguinal derecha presenta un intenso dolor (EVA: 8/10), al tocarse evidencia una tumoración la cual no es reductible, este dolor se irradia hacia genitales. Paciente hace 5 meses refiere que tumoración era reductible y no presentaba molestia, pero a medida que realiza sus labores diarias con carga peso y al realizar esfuerzos físicos, el dolor ha ido aumentando y la tumoración aumentó de tamaño considerable.

Antecedentes familiares y/o personales: Sin antecedentes médicos relevantes, niega alergias.

Examen Físico:

Funciones Vitales: FC: 82x'. FR: 21x'. PA: 130/90 mmHg. T: 36.4 °C.

Piel y mucosas: mucosas tibias, elástica, hidratada con llenado capilar < 2", no ictericia, no edemas.

Cardiovascular: Ruidos Cardiacos Rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Respiratorio: MV pasa por ambos HT, no ruidos agregados.

Abdomen: plano, blando, depresible, RHA (+).

Genitourinario: Micción espontánea, PPL (-), PRUI (-).

Región inguinal derecha: Se evidencia una tumoración de aproximadamente 4 x 5 cm, muy dolorosa a la palpación, de aspecto color rosa, tibia, que no se reduce manualmente.

Neurológico: Conecta con entorno, despierto, LOTEP, escala de Glasgow 15/15.

Plan de trabajo:

Debido al fuerte dolor que presenta el paciente, antes de solicitar exámenes, se administra 1 ampolla de Tramadol subcutáneo.

Las pruebas solicitadas fueron principalmente preoperatorias, porque no se esperaba que el intestino sufriera necrosis. En este caso se solicitó: hemograma completo, urea, creatinina, serológicos (VIH, Hepatitis B) análisis de orina completo y ECG, entre otros. Una vez que los resultados estén disponibles, se realizó una IC a medicina interna para la evaluación del paciente y ver si es apto para el tratamiento quirúrgico o no, y tener de conocimientos que indicaciones en el cuidado del paciente hay que tener en este momento.

Una vez que el diagnóstico de hernia inguinal indirecta se confirma mediante la clínica y la ecografía, y la medicina interna confirma que el paciente es apto para la intervención, se realiza una hernioplastia de emergencia.

Al día siguiente de la intervención, el paciente no refiere molestia alguna, al examen de la herida operatoria, presentaba puntos de sutura bien afrontados, no signos de flogosis, no secreciones. Paciente con una evolución favorable se optó a dar el alta con algunas indicaciones para el manejo del dolor solo si en caso lo presentará para terminar su tratamiento antibiótico ya que el primer día se trató con Cefazolina 1 gr c/24 horas, y para el alta se le indica Cefuroxima 500 mg cada 12 horas por 4 días, para completar cobertura.

Impresión diagnóstica: Hernia inguinal indirecta

1.4. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Consiste en rotar por las áreas de hospitalización pediátrica dividida de la zona de hospitalización neonatal, así como el área de emergencias pediátricas y el área de

neonatología que tenía como extensión la area de atencion inmediata en sala de partos, así como en sala de operación para las cesáreas que ameritaran.

Caso clínico n° 1: Bronquiolitis

Anamnesis: Paciente J.R.P. de 5 meses de edad, de sexo masculino, es traído a emergencia por sus padres por presencia de fiebre no cuantificada y tos desde hace 3 días, así como rinitis y episodios de tos no productiva que han ido en aumento hasta episodio de dificultad respiratoria, motivo por el cual lo traen al área de emergencia.

Antecedentes familiares y/o personales:

Antecedentes familiares: Madre asmática. Hermano con dermatitis atópica.

Antecedentes personales: No alergias. No operaciones anteriores. Padres refieren episodio de resfriado previo 5 días previos al ingreso a emergencias.

Paciente con vacunas al día.

Examen Físico:

Funciones Vitales: T°: 38.5 °C. FC: 120 x'. FR: 40 x'. SAT: 93 %.

Aspecto general: AREG, AREN, AREH.

Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2". Mucosas hidratadas.

TCSC: No presencia de edemas, no se palpan tumoraciones.

Tórax y pulmones: Simétrico, amplexación disminuida con uso de musculatura accesoria subcostal y supraclavicular así como aleteo nasal. Murmullo vesicular pasa disminuidos por ambos hemitórax, sibilancias bilaterales y subcrepitantes.

Cardiovascular: RCR de BI , no soplos audibles.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación.

SNC: Despierto, activo y reactivo. No signos meníngeos.

Plan de manejo: Se solicitó rayos X de tórax donde se observó tórax hiperinsuflado, costillas aplanadas, no presencia de infiltrado o zonas de consolidación. Además de eso se solicitó hemograma completo que mostró leucocitosis de 14.000 células/mm³ y recuento de plaquetas normal. El análisis de gases en sangre arterial mostró hipoxemia con un pH normal.

Basado en la presentación clínica y los resultados de laboratorio, se diagnosticó bronquiolitis aguda. El paciente fue hospitalizado y recibió oxígeno suplementario,

nebulizaciones con solución salina hipertónica y líquidos intravenosos. Se administró paracetamol vía oral y se evitó el uso de antibióticos ya que el caso no ameritaba. El paciente respondió favorablemente al tratamiento y fue dado de alta después de 5 días de hospitalización. Se le aconsejó a la madre evitar el contacto con otras personas enfermas y lavarse las manos con frecuencia para prevenir la propagación de la enfermedad. Se proporcionó a la madre información sobre los signos y síntomas de empeoramiento que requieren atención médica urgente.

Impresión diagnóstica: Bronquiolitis

Caso clínico n° 2: Asma

Anamnesis: Paciente L. G. de 8 años de género femenino con un peso de 32 kg y altura de 1.32 m. Es traída a emergencia por dificultad respiratoria y tos persistente desde hace 3 días que fue aumentando hasta hace 1 hora que la paciente se encontraba jugando cuando se agudizó la patología.

Antecedentes familiares y/o personales:

Antecedentes familiares: Padre asmático, abuelo asmático. Madre con rinitis crónica.

Antecedentes personales: Alergia al polvo. No operaciones anteriores. Refieren episodio parecido hace 1 año que remitió espontáneamente. Bronquiolitis a los 2 meses.

Examen Físico:

Funciones Vitales: T°: 37 °C. FC: 120 x'. FR: 30 x'. SAT: 95 %.

Aspecto general: AREG, AREN, AREH.

Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2". Mucosas hidratadas.

TCSC: No presencia de edemas, no se palpan tumoraciones.

Tórax y pulmones: Simétrico, amplexación disminuida con uso de musculatura accesoria subcostal, supraclavicular e intercostal. Murmullo vesicular pasa disminuidos por ambos hemitórax, sibilancias bilaterales solos a la inspiración.

Cardiovascular: RCR de BI, no soplos audibles.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación.

SNC: Despierto, activo y reactivo. No signos meníngeos.

Se tiene como impresión diagnóstica asma, si evaluamos según la escala de Bierman, Pierson y Tal se pudo evaluar con una clasificación de leve de 5 puntos. Se administra B2 agonistas de acción corta, salbutamol inhalado cada 4 horas para control de síntomas agudos. Uso de corticoides inhalados a diario para control de síntomas crónicos. Medición regular de la función pulmonar y ajuste del tratamiento según los resultados. Evitar los desencadenantes conocidos de los síntomas de asma, como el humo de tabaco, los alérgenos y los irritantes respiratorios. Control regular con el médico tratante para evaluar la respuesta al tratamiento y hacer ajustes según sea necesario. Se programó una cita de seguimiento en 2 semanas para evaluar la respuesta al tratamiento y ajustar si es necesario.

Impresión diagnóstica: Asma bronquial.

Caso clínico n° 3: Parálisis de Erb-Duchenne

Anamnesis: Paciente RN masculino nacido por parto vaginal, a término, sin complicaciones durante el trabajo de parto. Durante la atención inmediata se evaluó al paciente donde se evidenció fractura de clavícula derecha generada durante el parto.

Examen físico:

Funciones Vitales: T°: 36.9 °C. FC: 140 x'. FR: 40 x'. SAT: 97 %.

Aspecto general: AREG, AREN, AREH. APGAR: 9-9. Capurro: 38 semanas.

Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2". Mucosas hidratadas.

Tórax y pulmones: Simétrico. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax.

No hay ruidos agregados.

Cardiovascular: RCR de BI, no soplos audibles.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación.

Locomotor: Asimetría en movimiento de extremidades superiores. MMSS derecho en extensión, aducción y rotación interna. Sensación de click en 1/3 medio en clavícula derecha. Falta de movimientos espontáneos y una postura de "mano en garra". El tono muscular y los reflejos eran normales en las extremidades inferiores. Reflejo de Moro asimétrico.

SNC: Despierto, activo y reactivo. No signos meníngeos.

Se sospechó de parálisis del plexo braquial derecho debido a la fractura de clavícula durante el parto, lo que fue confirmado por medio de una electromiografía y radiografía del área afectada. Se diagnosticó con parálisis de Erb Duchenne. Se inició un tratamiento conservador de inmovilización del miembro afectado para la creación espontánea de callo óseo así como en fisioterapia. La fisioterapia incluye ejercicios de fortalecimiento y estiramiento para mejorar la función del brazo derecho. La terapia ocupacional se centró en mejorar la coordinación mano-ojo y la destreza manual del brazo afectado. Se realizó seguimiento gracias al equipo multidisciplinario, incluyendo un especialista en rehabilitación, un terapeuta ocupacional y un fisioterapeuta, durante los primeros meses de vida. Se observó mejora gradual en la fuerza y el rango de movimiento del brazo derecho, así como una mejoría en la postura de la mano. Se recomendó seguir con la fisioterapia de forma regular en el hogar. La fractura de clavícula durante el parto puede ser la causa subyacente de la parálisis de Erb Duchenne en recién nacidos.

Impresión Diagnóstica: Parálisis de Erb-Duchenne.

Caso clínico n° 4: Policitemia

Anamnesis: Paciente recién nacido masculino de 38 semanas de gestación, producto de embarazo no controlado. En su 1er día de vida a la evaluación presenta cianosis, dificultad respiratoria y letargo en las últimas horas.

Antecedentes familiares: La madre de la paciente no asistió a controles prenatales y no recibió atención médica durante el embarazo. No hay antecedentes familiares relevantes.

Antecedentes personales: No complicaciones durante el trabajo de parto. APGAR: 9-9. Capurro: 37 semanas. Se realizó atención inmediata del RN, corte de cordón precoz así como contacto y lactancia precoz.

Examen físico:

Funciones Vitales: T°: 37.3 °C. FC: 140 x'. FR: 40 x'. SAT: 97 %. P/A: 70/40 mmHg. Peso: 3.400 g.

Aspecto general: AREG, AREN, AREH. APGAR: 9-9. Capurro: 38 semanas.
Piel: Caliente y seca. Coloración rojiza al nacimiento así como ligera tonalidad cianótica en extremidades inferiores.
Tórax y pulmones: Simétrico. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No hay ruidos agregados. Uso de musculatura accesoria.
Cardiovascular: RCR de BI, soplo sistólico
Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación. Hepatomegalia.
Locomotor: Reactivo a estímulos.
SNC: Letárgico.

Se solicitan exámenes de laboratorio: Hemoglobina: 23.1 g/dL, hematocrito: 70%, recuento de glóbulos rojos: 8.5 millones/mm³. Gases arteriales: pH 7.32, PaO₂ 68 mmHg, PaCO₂ 50 mmHg, HCO₃ 24 mEq/L. Además, se realizaron otros exámenes complementarios para descartar otras causas de la policitemia secundaria, como ecografía abdominal para descartar tumor productor de eritropoyetina y prueba de coagulación para evaluar la presencia de trastorno de coagulación. Ambos exámenes resultaron negativos. En base a estos hallazgos, se estableció el diagnóstico de policitemia vera en el recién nacido y se inició el tratamiento de exanguinotransfusión para reducir la viscosidad de la sangre y mejorar el flujo sanguíneo. También se le administra oxígeno suplementario y se realiza un seguimiento cuidadoso de sus signos vitales. El paciente muestra favorable evolución clínica significativa después del tratamiento. Los signos de cianosis, así como la sintomatología de distrés respiratorio, desaparecen, además, los niveles de hematocrito y hemoglobina disminuyen a niveles normales. Por lo cual, se indicó alta del hospital después de 7 días y seguimiento a largo plazo para detectar posibles complicaciones.

Impresión diagnóstica: Policitemia

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Nosotras realizamos el internado médico en diferentes hospitales con dinámicas completamente diferentes por pertenecer no solo a diferentes servicios prestadores de salud, también por el área geográfica donde se ubican y la variedad de pacientes. Fueron el Hospital Militar Central Luis Arias Schreiber y el Hospital San Juan de Lurigancho donde empezamos el internado médico en diferentes fechas. Las Fuerzas Armadas empezaron el 1 de mayo del 2022 y los hospitales del MINSA iniciaron el 1 de junio del 2022 culminando la rotación hospitalaria el 30 de octubre del 2022 para seguir a la siguiente parte del internado, el primer nivel de atención.

El hospital San Juan de Lurigancho se encuentra ubicado en el distrito del mismo nombre y funciona como establecimiento de salud desde el 22 de febrero de 1976. El hospital consta de cinco unidades y la capacidad de diez servicios: Consulta Externa y Hospitalización, Medicina, Cirugía y Anestesiología, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Odontología, Enfermería, Emergencia, Apoyo al Diagnóstico y Apoyo al Tratamiento. Desde el 2005 mediante el R.D.N° 297-DG-DESP-DISA-III-LN-2005, se le reconoce como Hospital II-1, brindando las cuatro especialidades básicas con 75 camas de hospitalización y 09 de observación, para una población asignada de 104,303 habitantes y una demanda de 1 millón de habitantes del distrito por ser el único nosocomio de la zona (4).

El Hospital Militar Central fue inaugurado el 1 de diciembre de 1958 cuenta con complejas unidades de atención y es catalogado como hospital de categoría III-1. Se ubica en el distrito de Jesus Maria. El HMC no solo brinda atención a personal militar, también atiende casos especiales a través de programas de sensibilización social. Este hospital muestra una gran variedad de especialidades desde medicina interna, nefrología, neumología, neurología, oncología medica, reumatología, cirugía general, cirugía plástica, neurocirugía, oftalmología, otorrinolaringología, traumatología-ortopedia, urología, ginecología y medicina física y rehabilitación (5).

Durante el internado médico, los estudiantes trabajan en estrecha colaboración con médicos especialistas y residentes en una variedad de servicios hospitalarios. Las

labores de los internos de medicina humana varían según el servicio y la institución en la que se encuentren, pero generalmente incluyen tomar la historia clínica y realizar exámenes físicos a los pacientes, interpretar resultados de pruebas de diagnóstico, formular diagnósticos y planes de tratamiento, y realizar procedimientos médicos básicos bajo supervisión.

Además de estas tareas clínicas, los internos de medicina humana también tienen la responsabilidad de trabajar en equipo con otros profesionales de la salud, como enfermeras, terapeutas y trabajadores sociales, para brindar atención integral al paciente. También pueden participar en actividades de investigación, presentaciones de casos clínicos y discusiones de lecturas médicas. Aunque el internado médico puede ser una carga de trabajo intensa, con largas horas en el hospital y turnos nocturnos, los estudiantes aprenden a desarrollar habilidades de organización y gestión del tiempo, así como a tomar decisiones bajo presión, que serán valiosas en su futura práctica médica.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3. 1. ROTACIÓN DE GINECO- OBSTETRICIA

Caso clínico nº 1

En la actualidad, la enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) sigue siendo un problema de gran importancia clínica importante. A pesar de los avances en las técnicas de imagen, el diagnóstico de la EPI es en gran parte clínico y la sospecha por parte del médico es fundamental ya que se basa en el examen físico así como anamnesis y antecedentes personales. Es importante abordar este tema y traer sobre la mesa la importancia de este ya que sigue manteniéndose una alta prevalencia en pacientes jóvenes sexualmente activas y las repercusiones que puede tener en su salud reproductiva (6).

Los agentes patógenos que comúnmente se asocian a esta enfermedad son la *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*, siendo la de mayor incidencia la primera, se llega a aislar en medios de cultivo hasta en un 60% de los casos. De hecho, se estima que entre el 8 - 20 % de las mujeres infectadas por esta bacteria que no llegan a tener un tratamiento a tiempo, acabarán desarrollando EPI. Los agentes patógenos ingresan a la pelvis principalmente por los conductos ascendentes, principalmente mediante las relaciones sexuales, estos, ingresan a la vagina de la mujer, cruzan el cuello uterino hacia el útero y a través de las trompas de Falopio hacia la cavidad pélvica, lo que puede causar procesos inflamatorios (cervicitis, endometritis, salpingitis) y creación de complicaciones como absceso tubo-ovárico y peritonitis, terminando en un tratamiento quirúrgico (7).

La clínica en un paciente con EPI lleva un patrón, la mayoría de los pacientes presentan sintomatología leve, las formas graves son las de mayor preocupación ya que pueden llegar a ser potencialmente mortales, pero suelen ser formas raras y poco comunes. Los principales patrones son los de dolor pélvico, siendo este el principal síntoma que suele presentarse en la zona baja abdominal, bilateral, constante y duradero. En estudios se ha visto que la infección por *Neisseria* suele ser más complicada que por *Chlamydia* sin embargo esta última suele ser mayor daño a nivel tubárico residual. El sangrado uterino anormal (SUA) puede llegar a ser postcoital, entre ciclos menstruales o metrorragia. En pacientes jóvenes con SUA, es un deber

el descartar EPI. La leucorrea no ocurre en todos los casos, solo en el 50% de estos, suele ser purulenta. La dispareunia también es común así como la fiebre que puede presentarse como febrícula (6).

El tratamiento debe darse a cualquier paciente joven en edad fértil, sobre todo para aquellas que presentan dolor pélvico y con la presencia de criterios como sensibilidad a la movilización cervical o anexos. Es importante iniciar prontamente un esquema antibiótico para prevención de secuelas a largo plazo como infertilidad o dolor pélvico crónico. Es por esto que es necesario tener un esquema empírico que cumpla una cobertura de amplio espectro para los patógenos más comunes como los presentados arriba. Como tratamiento se indica Doxiciclina 100 mg VO c/12hrs con o sin Metronidazol 500 mg VO c/12hrs a completar por dos semanas (8).

Existen casos especiales donde se incluyen a las gestantes con esa patología ya que tienen un alto riesgo de complicación del embarazo llevando a un posible aborto, corioamnionitis o parto prematuro, es por esto que es de gran importancia su internamiento para asegurar el inicio inmediato de antibióticos. Sin embargo no puede pasar por alto que no se puede administrar Doxiciclina y quinolonas en gestantes por lo que el esquema de tratamiento cambia (9).

Caso clínico n° 2

La anatomía del suelo pélvico es una complicada unidad anatómica y a la vez funcional ubicada en la parte inferior de la cavidad pélvica. No solo mantienen la bipedestación, presión intra abdominal así como el sostener los órganos pélvicos, también cumplen una función durante el trabajo de parto. El prolapso vaginal se define el descenso parcial de una parte o de todos los órganos pélvicos a través de la vagina como la uretra, vejiga, útero y/o recto (10).

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es de las indicaciones quirúrgicas más comunes en el área de ginecología, se llegó a estimar que un 14% de las histerectomías que se realizan tiene como causa patológica el POP (11).

Se realiza un proceso sistematizado para llegar al diagnóstico. Primero se hace la evaluación de los síntomas, destacando el principal que será confirmado por el examen físico evidenciando la zona lesionada. Es por esto que este primer paso es fundamental ya que debe ser completo, muchos síntomas pueden ser el reflejo de lesiones en zonas variadas que podrían afectar por ella la homeostasis del piso pelviano. Se debe evaluar el daño de diferentes ligamentos como el uretral externo y pubouretral en el compartimiento anterior. En el compartimiento medio se debe examinar el elevador del ano, así como la fascia pubocervical. Por último en el compartimiento posterior se examinará el ligamento cardinal, anillo cervical, el uterosacro, fascia rectovaginal y cuna perineal. Al final analizaremos las posibles opciones de corrección, realizando una corrección simulada que busca reacomodar la estructura devuelta a su lugar de origen a evaluar la función normal o si es que hubiera desaparición de los síntomas para poder indicar cuál sería el manejo adecuado de elección (12).

Existe la clasificación POP-Q muy utilizada y de gran importancia cuando hablamos de la patología de distopia genital que ayuda a evitar el común uso de cistocele o rectocele. De esta forma clasifica la lesión usando puntos de referencia en la pared vaginal (Aa y Ba) dos puntos en la pared vaginal posterior (Ap y Bp), un punto relacionado al cérvix (C), un punto en relación al fórnix posterior (D) y longitud vaginal total (tv), hiato genital (gh) y la total del cuerpo perineal (pb). Estos valores asignados se utilizan en una cuadrícula para realizar un buen registro. Después de registrarlos se define qué estadio de descenso de los compartimientos: anterior, apical o posterior, serán 0 cuando haya descenso. I cuando el descenso sea 1 cm por encima del himen, II cuando sea +/- 1 cm del himen, III cuando sea más de 1 cm del himen pero que el descenso no sea mayor de 2 cm, IV cuando es una protrusión completa y total. Esta clasificación estandariza la clasificación y para llegar a mejorar la evaluación de estos casos (10).

El manejo de POP puede ser tanto quirúrgico como conservador, pero esto dependerá del grado de POP-Q, edad de la paciente, deseo de gestar y cómo afectará su calidad de vida. El tratamiento conservador se aplica para los casos en que se desea minimizar los factores de riesgo. Se aconseja la baja de peso en casos de sobrepeso o obesidad. Puede utilizarse tratamiento hormonal local si es que no está

contraindicado. Se utilizan sobre todo ejercicios que fortalezca el piso pélvico como los ejercicios de Kegel en especial para estadio I-II y en algunos casos III, pero que igualmente se recomiendan para rehabilitación. Otro instrumento son los pesarios y se aconseja su uso con tópicos y antisépticos vaginales así como una revisión y supervisión periódica (13).

Caso clínico n° 3

El embarazo ectópico (EE) se define como cuando un óvulo fertilizado se implanta fuera del revestimiento del útero. En las últimas décadas, la incidencia ha aumentado al 1-2%, aunque esta cifra se ha estabilizado en los últimos años. Esto se debe principalmente a 3 determinantes: aumento de los factores de riesgo, el mayor uso de tecnologías de inseminación artificial y el uso de métodos de diagnóstico más sensibles y específicos que permiten detectar casos que de otro modo pasarían desapercibidos (14).

Alrededor del 95% de los EE ocurre en la trompa de Falopio. Las formas no tubáricas de embarazo ectópico incluyen el embarazo cervical (0,1 %), el embarazo ovárico (0,5 %), el embarazo abdominal (1,3 %), el embarazo cornual (3 %), el embarazo intraligamentoso (0,1 %) (15).

Históricamente, la tríada de dolor, sangrado vaginal y amenorrea se ha utilizado para diagnosticar los embarazos ectópicos. Estos síntomas, con o sin desmayo, dolor en el hombro y shock, por lo general conducen a la cirugía. Ahora, la anamnesis y la exploración física por sí solas rara vez conducen al diagnóstico para la exclusión de la EE. Un tercio de las mujeres con esta patología no presentan signos clínicos y más del 10% son asintomáticas. Los síntomas llegan a ser inespecíficos y difíciles de distinguir de otros trastornos ginecológicos, gastrointestinales y urinarios, como apendicitis, salpingitis, ruptura del cuerpo lúteo, aborto o torsión de anexos. La cantidad de sangrado asociado con la EE varía. El dolor abdominal a menudo está ausente o se detecta tarde, probablemente debido a la detección temprana del embarazo con pruebas de embarazo comerciales y el fácil acceso a la ecografía vaginal (TVS). Los síntomas menos comunes del EE incluyen náuseas, vómitos y diarrea. Con una rotura de PE, es posible que haya distensión abdominal, dolor, peritonitis y shock hemorrágico. Se debe considerar que el diagnóstico de embarazo

ectópico en todas las mujeres en edad fértil que presenten un inicio repentino de dolor abdominal (16).

Existe el tratamiento expectante, médico y quirúrgico. En el caso presentado se requiere del manejo quirúrgico como primera línea ya que presentaba inestabilidad hemodinámica, abdomen agudo así como tumor anexial y un BHCG (+). Como contraindicaciones tendríamos en el caso de un embarazo heterotópico o alguna patología tubárica con indicación de fertilización in vitro. Se puede realizar dos procedimientos, una salpingectomía o una salpingostomía y puede ser tanto laparoscopia o por laparotomía siendo siempre la primera la preferible. Posterior a la cirugía se han registrado tasas de embarazo intrauterino de 61 % en los casos de salpingostomía contra los casos de salpingectomía con 56,2 %.

Al decidir a qué procedimiento se somete la paciente, se debe querer lograr un equilibrio entre la recuperación inicial y fertilidad a posteriori. Además, siempre se debe revisar el anexo contralateral en pacientes que deseen tener hijos, ya que su reposición es determinante para la elección del tipo de operación. La salpingectomía implica la extracción de un segmento de la trompa comprometida y es el tipo de cirugía de elección en casos en que el anexo contralateral está indemne. La salpingectomía se refiere a un corte lineal solo para extraer el producto ectópico con preservación de la trompa (17).

Caso clínico n° 4

La hemorragia postparto es una complicación obstétrica muy grave y una de las principales causas de mortalidad materna en todo el mundo. Para su diagnóstico, se considera una pérdida de sangre mayor a 500 ml en un parto vaginal y 1000 ml en una cesárea. La hemorragia postparto temprana se presenta en las primeras 24 horas después del parto y es la más peligrosa. Las causas de esta complicación incluyen la atonía uterina, trauma o rotura, retención de productos de la concepción y trastornos de la coagulación, siendo la atonía uterina la causa más común. El diagnóstico se realiza mediante una evaluación clínica y el tratamiento debe incluir medidas de soporte vital general y otras terapias específicas dependiendo de la causa subyacente. En la mayoría de los casos, la hemorragia postparto es prevenible si se

sigue una estrategia adecuada de prevención activa y sistemática en la etapa de nacimiento en todos los partos (18).

La frecuencia de la atonía uterina (AU) es de 1 de cada 20 partos y produce el 80 % de los casos de hemorragia postparto y causa el 50 % de muertes maternas. Solo en Perú, en el 2018, se reportó que la atonía uterina es la 2da causa de muerte directa en poco menos de 20 %. La AU es la incapacidad transitoria del útero de contraerse y mantenerse contraído en las primeras 24 horas postparto. El tratamiento depende del estado en que tan comprometido se encuentra la paciente viendo el estado hemodinámico y puede ser médico o quirúrgico que hasta puede llegar a comprometerse con histerectomía (19).

El tratamiento que se basa en un manejo activo de la hemorragia postparto por atonía uterina consiste en el uso de uterotónicos principalmente la oxitocina entre 10 UI IV o 5 UI IM, además se realiza la tracción controlada del cordón umbilical, hay que tener en cuenta que no debe efectuarse tracción del cordón sin la compresión del fondo uterino. En algunos casos se puede realizar el masaje uterino postparto. Sin embargo en caso de persistir la HPP se volverá aplicar entre 20-4 UI a 60 gotas por minuto, en caso el sangrado no se detenga se puede pasar a uterotónicos de segunda línea como ergometrina o metilergometrina intramuscular y de administración lenta. En el caso que los fármacos no detengan la hemorragia, se pasará a la acción manual realizando compresión bimanual uterina o taponamiento intrauterino (20).

3.2. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico n° 1

La hipoglucemia resulta ser un problema clínico de manera poco frecuente en pacientes que no reciben tratamiento para la diabetes mellitus. Puede producirse durante el ayuno o después de comer. Si la incidencia de hipoglucemia se produce de forma espontánea y en presencia de personal médico, normalmente se pueden utilizar análisis de sangre adecuados para determinar el diagnóstico en cualquier circunstancia, independientemente del motivo (21).

El enfoque diagnóstico consiste en recrear las circunstancias en las que se anticipará una hipoglucemia, si se produce enfermedad hipoglucémica, si el paciente no presenta síntomas cuando se le examina. La prueba más conocida y probablemente la más precisa para determinar la hipoglucemia que se produce en condiciones de privación de alimentos es un ayuno supervisado prolongado, que puede durar hasta 72 horas. No obstante, el enfoque estimulante ideal para las personas con hipoglucemia posprandial es una prueba de comidas mixtas (21).

En una persona sin diabetes cuando existe la presencia de un trastorno hipoglicémico no se debe hacer la sospecha únicamente sobre la concentración de glucosa en plasma baja porque esta observación, aunque útil, no llega a ser diagnóstica y, en determinadas situaciones, puede ser engañosa. Sólo los pacientes con la tríada de Whipple establecida necesitan ser evaluados y tratados por hipoglucemia (22).

En la tríada de Whipple se incluyen los siguientes: Signos y síntomas de hipoglucemia, cuando se presentan síntomas, una concentración baja de glucosa en plasma determinada con precisión (sin utilizar un medidor de glucosa doméstico) y el alivio de los síntomas tras un aumento de la glucosa plasmática (23).

En el caso clínico, la paciente, paciente, que está consciente y puede tragar, debe consumir primero azúcar, en este ejemplo, una bebida azucarada o gaseosa. Se le realiza control de glucosa después de que la enfermera le haya administrado al mismo tiempo 4 ampollas de dextrosa al 33%.

A muchos pacientes se les ha determinado en diferentes casos niveles bajos de glucosa en plasma, con o sin síntomas, lo que justifica siempre una evaluación exhaustiva. El diagnóstico de hipoglucemia se confirma cuando los resultados de la prueba de control de la glucosa tras ingerir la bebida indican un valor de 76 mg/dl, que cumple la tríada de Whipple (glucemia inferior a 70 mg/dl, síntomas clínicos y reversión con dextrosa). Al realizar el alta a la paciente se le indica continuar con su tratamiento de metformina 850mg V.O, 3 veces al día después de sus comidas y losartán, no obstante se le suspendió la glibenclamida, y que acuda a sus controles en consultorio de endocrinología (24).

Caso clínico n° 2

Una de las principales afecciones gastrointestinales que dan lugar a ingresos hospitalarios es la pancreatitis aguda, una enfermedad inflamatoria del páncreas (25). Etiología y factores de riesgo: La obstrucción de la vesícula biliar es la causa más frecuente de pancreatitis aguda, seguida de la ingesta de alcohol y/o pancreatitis provocada por medicamentos o accidente (25).

Signos y síntomas clínicos El dolor de cinturón es un término utilizado para describir uno de los principales síntomas persistentes de la pancreatitis. Este dolor es intenso y se irradia a la zona lumbar. Además, este malestar coexiste frecuentemente con síntomas vegetativos como náuseas, vómitos y fiebre (26) .

Los ejes esenciales para el diagnóstico de la pancreatitis aguda son una anamnesis y una exploración física minuciosa. Malestar abdominal difuso, náuseas, vómitos, distensión abdominal, fiebre y dificultad respiratoria son algunos de los síntomas más típicos y compatibles. Además, es crucial conocer los factores de riesgo de la patología para buscar procedimientos complementarios como la tomografía computarizada (27).

Terapia: Debido al desborde de enzimas pancreáticas que resulta de la terapia, el paciente debe entrar en estado de NPO. Además, el paciente debe requerir control analgésico y reanimación con líquidos (27) .

Caso clínico n° 3

Debido a la anatomía de la uretra femenina, las infecciones urinarias son un motivo frecuente de consulta en atención primaria, sobre todo en las mujeres. El 50% de las mujeres sufrirá una infección urinaria en algún momento de su vida(28)

Las infecciones urinarias se presentan de diversas formas y pueden dividirse en dos categorías: pielonefritis, que afecta al aparato urinario superior, y cistitis, que afecta al aparato urinario inferior. La escasa limpieza urogenital es uno de los principales

factores de riesgo de estas infecciones, ya que a menudo permite que las bacterias de la flora fecal y vaginal entren en el espacio periuretral y asciendan (29).

En el caso de que exista una sospecha clínica evidente de infección urinaria y los resultados del uroanálisis muestran la presencia de leucocitos en la orina elevados junto con nitritos o sin ellos, se debería pensar en iniciar de inmediato el tratamiento con antibióticos empíricos. Es importante que los antibióticos empíricos prescritos se basen en los patrones de sensibilidad y resistencia a los antibióticos que son comunes en la zona geográfica donde se encuentra el paciente y guiados a la mano de un urocultivo (30).

En el caso de esta paciente, se trató de una cistitis no complicada, ya que era su primer episodio y no mostraba signos de una infección del tracto urinario alto. Es importante utilizar los antibióticos de manera adecuada y racional para evitar la aparición de gérmenes resistentes. Los antibióticos de primera línea para una cistitis no complicada incluyen nitrofurantoína, fosfomicina y cotrimoxazol, siempre y cuando no haya hipersensibilidad a estos medicamentos. En caso de contraindicación, se pueden utilizar amoxicilina + ácido clavulánico y/o cefalexina (31).

En caso de no ser posible utilizar estos, como último recurso se puede emplear ciprofloxacino, aunque es importante tener en cuenta que están emergiendo cepas resistentes a este antibiótico debido a su uso inapropiado.

Caso clínico n° 4

Definición: Un accidente isquémico transitorio (AIT) es una urgencia médica que tiene lugar cuando se produce un deterioro neurológico momentáneo como consecuencia de la reducción del riego sanguíneo a una zona concreta del cerebro. Suele durar menos de una hora y se considera una peligrosa señal de advertencia de un posible ictus isquémico; el riesgo es mayor en las primeras 48 horas posteriores a su aparición (32).

Etiología y factores de riesgo: La obesidad, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y el consumo de alcohol son algunos de los factores de riesgo de sufrir un AIT.

Además, aumenta la probabilidad de volver a sufrir un ictus o un accidente isquémico transitorio (AIT) en el futuro (33).

Clínica: La exploración física puede revelar problemas focales y lingüísticos, que son los signos más típicos del AIT. Esto podría incluir problemas de audición, dificultad para tragar, movimientos inusuales de la lengua y parálisis unilateral de las extremidades (34).

Diagnóstico: Es crucial establecer el origen vascular de los síntomas para identificar un AIT. Para ello pueden realizarse pruebas de infarto agudo o de reducción del flujo sanguíneo en el cerebro. Las recomendaciones de la AHA/ASA de 2009 también recomiendan la neuroimagen, siendo la RM la técnica más aconsejada (35).

Manejo: El objetivo principal del tratamiento del AIT es reducir el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular o un AIT recurrente. Se ha demostrado que una combinación de dieta, ejercicio, antiagregantes plaquetarios, estatinas y tratamiento antihipertensivo puede reducir el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular posterior en un 80-90%. Tras un AIT, es fundamental buscar tratamiento rápidamente para reducir el riesgo de nuevos accidentes cerebrovasculares (36).

3.3. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Caso clínico n° 1

Una de las urgencias quirúrgicas más frecuentes para los cirujanos generales es la apendicitis aguda, con un riesgo de por vida de hasta el 8%. La apendicitis aguda debe diagnosticarse lo antes posible, ya que un retraso en el diagnóstico podría empeorar la morbilidad y la muerte del paciente. Hay variedad de escalas y puntuaciones sugeridas, como la puntuación de Alvarado, la puntuación de Alvarado modificada, la puntuación AIR (Appendicitis Inflammatory Response) y la puntuación RIPASA, que pueden ayudar en el diagnóstico (37).

Existe una escala muy conocida y utilizada en todo el mundo, así como en nuestro país, es la escala de Alvarado, creada en 1986. Esta escala se basa principalmente

en indicadores clínicos, como migración del dolor o cronología de Murphy, anorexia, náuseas y vómitos, así como en síntomas, como dolor en la fosa ilíaca derecha, rebote positivo, fiebre y pruebas de laboratorio, como aumento de leucocitos y desviación a la izquierda. Podemos establecer un diagnóstico clínico básico de apendicitis aguda con el uso de estos criterios clínicos y de laboratorio (38).

Durante las rotaciones en el hospital es importante tener claro cuales son las patologías que puedan ser diagnósticos diferenciales ,como la gastroenteritis, que también puede presentar síntomas similares como dolor abdominal, vómitos y fiebre, pero la diarrea es una característica prominente que nos indicaría una gastroenteritis aguda. Otra patología importante que es muy común en emergencia es la ITU y puede manifestarse síntomas similares como náuseas, fiebre y dolor abdominal, pero el dolor abdominal se localiza principalmente en flancos y/o región suprapúbica en lugar de la fosa iliaca derecha. Los cólicos renales también pueden simular una apendicitis aguda debido a que presentan dolor abdominal localizado en el cuadrante inferior derecho, pero el inicio del dolor es súbito, a diferencia del curso insidioso y progresivo de la apendicitis aguda. No debemos olvidar descartar siempre en cuanto al sexo femenino las patologías ginecológicas como torsión ovárica, quiste anexial, embarazo ectópico e incluso enfermedad inflamatoria pélvica (39).

En el caso de la paciente que fue evaluada por el cirujano asistente, se sometió a una apendicectomía laparoscópica y se encontró un apéndice retrocecal con base apendicular en buen estado. No se presentó alguna complicación durante ni luego de la cirugía y la paciente fue dada de alta.

Caso clínico n° 2

La obstrucción intestinal puede deberse a factores funcionales o mecánicos. En alrededor del 80% de los casos, la obstrucción es de naturaleza mecánica, y en los pacientes que se han sometido a una intervención quirúrgica previa, las bridas y adherencias postoperatorias son las principales responsables. Durante una exploración física suelen descubrirse síntomas como dolor abdominal tipo cólico y vago , difuso , generalizado o persistente, donde se puede acompañar con náuseas, vómitos, distensión abdominal y alteraciones en el patrón de eyección y flatulencia. En los pacientes con una fuerte sospecha de obstrucción, la radiografía abdominal

de pie es la prueba de elección para el primer diagnóstico, y la tomografía se utiliza para conocer mejor el tipo, la gravedad y el posible origen de la obstrucción (40).

El tratamiento inicial consiste en comprobar los signos vitales, mantener al paciente en reposo gástrico, colocar una vía intravenosa, comprobar el nivel de hidratación del paciente, administrar líquidos por vía intravenosa, solicitar pruebas complementarias como hemogramas completos y electrolitos, e iniciar una terapia antibiótica si las pruebas de laboratorio revelan signos de infección. También se coloca una sonda nasogástrica por gravedad para realizar una descompresión gástrica. Pueden adoptarse cuidados conservadores durante 48 horas para dar al estado la oportunidad de mejorar en situaciones en las que no es necesaria una intervención quirúrgica inmediata, como cuando no hay sepsis, peritonitis, perforación o isquemia (41).

El paciente en cuestión fue tratado inicialmente de forma conservadora, pero debido al deterioro del cuadro clínico, se realizó una laparoscopia diagnóstica con adhesiolisis de los bordes y adherencias dentro de las 48 horas de observación. No se presentaron complicaciones antes y después de la cirugía, luego de 4 días presentando mejoría clínica, nuestro paciente fue dado de alta.

Caso clínico n° 3

La colecistitis crónica en muchas ocasiones suele ser secundaria a litiasis vesicular y puede presentar episodios previos de colecistitis aguda (en ocasiones leves). La lesión puede comenzar como una modesta infiltración de células inflamatorias crónicas o evolucionar hacia una fibrosis de la vesícula biliar con disminución de tamaño. El término "vesícula biliar de porcelana" describe la extensa calcificación de la vesícula biliar provocada por la fibrosis (42).

En cuanto a la clínica, en muchos casos es asintomático en su mayoría, pero el dolor abdominal agudo es constante en el hipocondrio derecho, generalmente irradiado a la espalda, muchas veces acompañado de náuseas, vómitos y SAT, con una duración de más de 5 horas. El diagnóstico se integra a través de entrevista, examen físico, estudios de imagen y examen clínico. El ultrasonido es la primera opción entre los métodos de imagen (43).

En cuanto al manejo, el tratamiento de la colecistitis es quirúrgico, que requiere la extirpación de la vesícula biliar para evitar obstrucciones que puedan causar síntomas, y protección con analgésicos y antibióticos, no obstante en múltiples casos por los cuales se decide el tipo de abordaje quirúrgico cae en la disponibilidad de la tecnología, el uso de material quirúrgico, y sobre todo la experiencia y habilidades adquiridas de los cirujanos. Evaluar qué complicaciones de la colecistitis puedan aparecer y los posibles beneficios de uno con respecto al otro, lo que individualiza a cada paciente (43).

Caso clínico n° 4

Una vez que la clínica y la ecografía han determinado que el paciente tiene una hernia inguinal indirecta y Medicina Interna ha determinado que el paciente está lo suficientemente bien para la intervención, pasamos a la hernioplastia.

El procedimiento consiste en insertar una malla en el punto donde protruye el intestino, para mantenerlo en su lugar y así no vuelva a salir. Esta intervención se realizó mediante la técnica Transabdominal Preperitoneal, que es más popular porque se realiza por laparoscopia, lo que supone menos aperturas y una estancia hospitalaria más corta, pero también depende mucho de la técnica utilizada por el cirujano. No se presentó ninguna intercorrencia, sangrado ínfimo sin mayor problema, por lo cual, después de llevarlo a URPA, pacientes luego de unas horas paso a piso de hospitalización (44).

El paciente fue examinado al día siguiente de la intervención y no mostró signos de dolor o alguna otra molestia. No había indicios de irritación en la herida operatoria y se evidencian puntos de sutura bien afrontados. Se tomó la decisión de dar el alta al paciente con instrucciones y analgesia condicional en caso de molestias, ya que habían transcurrido más de 24 horas desde la cirugía sin ningún problema. Además, se le indicó que finalizara el tratamiento antibiótico que había iniciado, que incluía Cefazolina 1 g cada 24 horas ya que lo consumió el primer día y para su alta se dio Cefuroxima 500 mg cada 12 horas durante 4 días para garantizar una cobertura total.

3.4 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Caso clínico nº 1: Bronquiolitis

La bronquiolitis viral es una enfermedad común en todo el mundo que afecta a lactantes y niños pequeños. Es una causa significativa de hospitalización en la infancia. La fisiopatología subyacente es la inflamación de las vías aéreas pequeñas (bronquiolos). La infección de las células epiteliales bronquiolar y ciliadas produce un aumento de la secreción de moco, muerte celular y descamación, seguido de un infiltrado linfocítico peribronquiolar y edema submucoso. Esta combinación de detritus, así como edema produce una obstrucción de las vías aéreas distales. Durante la espiración, el estrechamiento dinámico adicional produce disminución desproporcionada del flujo de aire y atrapamiento de aire. El esfuerzo de la respiración aumenta debido al aumento del volumen pulmonar al final de la espiración y a la disminución de la elasticidad pulmonar. La recuperación de las células epiteliales pulmonares ocurre después de 3-4 días, pero los cilios no se regeneran hasta aproximadamente dos semanas. El resto es eliminado por los macrófagos (45).

El síndrome clínico de bronquiolitis suele comenzar con una infección del tracto respiratorio superior que se manifiesta como fiebre y rinitis. Después de 2-3 días, se hace visible la afectación de las vías respiratorias inferiores, aumentando la tos y la dificultad para respirar. La apnea es una complicación común que ocurre hasta en un 20%. Los hallazgos clínicos incluyeron aumento del esfuerzo respiratorio, sibilancias y crepitantes en la auscultación y deshidratación. La mayoría de los bebés muestran signos de mejoría dentro de los 3 o 4 días posteriores al inicio de la enfermedad del tracto respiratorio inferior. La terapia antibiótica de rutina no mejora la recuperación en lactantes con infección por VSR del tracto respiratorio inferior. Si se toma una radiografía de tórax, generalmente mostrará hiperinflación. El diagnóstico es claramente clínico. El diagnóstico serológico no está indicado en lactantes porque la reacción serológica puede ser débil y la seroconversión puede tardar semanas (45).

Las recientes guías de práctica clínica de la Academia Americana de Pediatría (AAP) y de los Institutos Nacionales para la Excelencia en Salud y Atención del Reino Unido (NICE) recomiendan la administración de fluidos por vía nasogástrica o intravenosa en lactantes con reducción de la ingesta de líquidos y suplementación de oxígeno

cuando la saturación de oxígeno es <90% o <92%. La AAP y NICE están de acuerdo en evitar el uso de albuterol, salbutamol y adrenalina nebulizados, así como la administración de corticosteroides sistémicos y antibióticos. En cuanto al papel de la solución salina hipertónica, las guías de la AAP no recomienda su uso en el departamento de emergencia, sino solo en niños hospitalizados. Sin embargo, las directrices de NICE desaconsejan su uso. Lo que emerge de un metaanálisis reciente es que la solución salina hipertónica al 3% parece reducir ligeramente la duración de la estancia hospitalaria. Además, los antibióticos parecen no tener efecto sobre el curso de la enfermedad. Ni los corticosteroides sistémicos ni los inhalados parecen tener un papel en la prevención de la admisión hospitalaria o en la reducción de la estancia hospitalaria en lactantes con bronquiolitis. La innovación más importante en el tratamiento de la bronquiolitis es el soporte de oxígeno no invasivo con un catéter nasal de alto flujo (HFNC), que hasta ahora ha demostrado ser seguro, factible y rentable (46).

Caso clínico n° 2 Asma

El asma es el trastorno respiratorio más común en pediatría. A pesar de una mejora significativa en el diagnóstico y tratamiento de este trastorno, la mayoría de los pacientes con asma siguen estando mal controlados. Sin embargo, en la mayoría de los pacientes, el control puede lograrse mediante medidas de prevención y la intervención farmacológica adecuada. Los corticosteroides inhalados (ICS, por sus siglas en inglés) representan el estándar de atención para la mayoría de los pacientes. Los inhaladores combinados de ICS/agonista beta2 de larga duración son preferidos para la mayoría de los adultos que no logran controlar su asma con la terapia de ICS. Las terapias biológicas que apuntan a la inmunoglobulina E o la interleucina-5 son adiciones recientes al arsenal de tratamientos para el asma y pueden ser útiles en casos selectos de asma difícil de controlar. La inmunoterapia específica para alérgenos representa una terapia potencialmente modificadora de la enfermedad para muchos pacientes con asma, pero solo debe ser prescrita por médicos con la formación adecuada en alergias. Además de las medidas de prevención y la farmacoterapia, los componentes esenciales del manejo del asma incluyen: el monitoreo regular del control del asma mediante pruebas objetivas como la espirometría, siempre que sea posible; la creación de planes de acción por escrito

para el asma; la evaluación de las barreras al tratamiento y la adherencia a la terapia; y la revisión de la técnica del dispositivo inhalador (47).

Los síntomas del asma pueden ser inespecíficos y variados, lo que hace que el diagnóstico sea difícil. Los pacientes suelen presentar sibilancias, falta de aire y tos que ocurren con más frecuencia durante la noche y temprano en la mañana. Los síntomas suelen ser episódicos y pueden ser causados por varios desencadenantes, como irritantes, alérgenos específicos y ejercicio. Las sibilancias y la disnea nocturna tienen una fuerte correlación con el diagnóstico de asma, y las sibilancias son el síntoma más sensible y prevalente para el diagnóstico de asma. Los síntomas respiratorios que varían con el tiempo y en intensidad, que empeoran por la noche o por la mañana, y que tienen desencadenantes específicos se asocian con una mayor probabilidad de diagnóstico de asma. Por otro lado, la presencia de producción crónica de esputo, dolor en el pecho y tos aislada sin otros síntomas respiratorios disminuyen la probabilidad de asma. La recopilación detallada de la historia clínica es un paso importante en el diagnóstico del asma y se requiere la confirmación de un médico de la limitación variable del flujo de aire para confirmar la presencia de la enfermedad (48).

El objetivo principal del manejo del asma es lograr y mantener el control de la enfermedad para prevenir las exacerbaciones (un empeoramiento brusco y/o progresivo de los síntomas del asma que a menudo requiere atención médica inmediata y/o el uso de terapia con esteroides orales) y reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad. Otros objetivos de la terapia son minimizar la frecuencia y gravedad de los síntomas del asma, disminuir la necesidad de medicamentos de alivio, normalizar la actividad física y mejorar la función pulmonar y la calidad de vida en general. El nivel de control del asma debe evaluarse en cada visita utilizando criterios y el tratamiento debe adaptarse para lograr el control. En la mayoría de los pacientes con asma, se puede lograr el control utilizando tanto medidas de evitación de desencadenantes como intervenciones farmacológicas. Los agentes farmacológicos comúnmente utilizados para el tratamiento del asma se pueden clasificar como controladores (medicamentos tomados diariamente a largo plazo que logran el control principalmente a través de efectos antiinflamatorios) y aliviadores (medicamentos utilizados según sea necesario para un rápido alivio de la broncoconstricción y los

síntomas). Los medicamentos controladores incluyen ICS, antagonistas de los receptores de leucotrienos (LTRAs), LABAs en combinación con un ICS, antagonistas de los receptores muscarínicos de acción prolongada (LAMAs) y agentes biológicos que incluyen terapia anti-IgE y terapia anti-IL-5. Los medicamentos aliviadores incluyen beta2-agonistas inhalados de acción rápida y anticolinérgicos inhalados. También se puede considerar la inmunoterapia específica para alérgenos en la mayoría de los pacientes con asma alérgica, pero debe ser prescrita por médicos que estén adecuadamente capacitados en el tratamiento de las alergias. La terapia con corticosteroides sistémicos también puede ser necesaria para el manejo de exacerbaciones agudas de asma (47).

Caso clínico n° 3: Parálisis de Erb- Duchenne

La parálisis de Erb-Duchenne es una parálisis del brazo causada por una lesión en el grupo superior de los nervios principales que lo suministran, específicamente el tronco superior C5-C6 del plexo braquial. Es una de las lesiones neurológicas más comunes en el nacimiento, y estas lesiones surgen más comúnmente, aunque no exclusivamente, por la tracción en el cuello durante un parto difícil. Según la gravedad de la lesión, puede resolverse por sí sola con el tiempo o puede requerir terapia de rehabilitación y cirugía. A menudo se asume que la causa es la técnica obstétrica durante el parto, pero dos factores de riesgo principales incluyen la distocia de hombros y el gran tamaño del feto. La mayoría de los casos se resuelven con el tiempo, pero algunos pacientes pueden necesitar cirugía. La discapacidad permanente es rara (49).

Al examen clínico se observa movilización que puede ser dolorosa, especialmente durante la primera semana de vida. Esto confirma la flacidez de la monoplejía. En esta etapa, no hay limitación del rango de movimiento pasivo. El rango de movimiento activo, difícil de obtener a esta edad, se puede evaluar utilizando reflejos arcaicos (reflejo de Moro para los rotadores externos del hombro, el reflejo de agarre para los flexores de los dedos), el reflejo miotático (contracción de respuesta después de estirar un músculo) y la estimulación de la zona cutánea opuesta al músculo correspondiente. La puntuación de recuperación motora, un parámetro vital para el

seguimiento de la recuperación neurológica, se puede evaluar a esta edad con la clasificación del Consejo Médico Británico hasta una puntuación de 3 (0: ninguna contracción; 1: contracción sin movimiento o con un ligero movimiento; 2: movimiento activo con eliminación de la gravedad, contracción intrínseca perceptible; 3: movimiento activo contra la gravedad; 4: movimiento activo contra la resistencia, alguna debilidad intrínseca; 5: contracción con potencia normal). El miembro superior contralateral también se examina en busca de cualquier afectación bilateral o fractura asociada. Por último, una ubicación central se puede descartar mediante un examen neurológico general (50).

El manejo de la parálisis de Erb depende de su gravedad, algunos casos requieren intervención quirúrgica, mientras que otros pueden ser tratados solo con fisioterapia. El tratamiento recomendado incluye la inmovilización temprana seguida de ejercicios de movimiento de rango pasivo y activo. Se sugieren diferentes modalidades de tratamiento para la parálisis de Erb. Hidroterapia: es una forma de terapia física que se utiliza debido al ambiente antigravitatorio. Fisioterapia: la fisioterapia se realiza sola o en combinación con la hidroterapia. La terapia física puede ser necesaria para casos graves para acompañar la cirugía o en casos leves para trabajar en el fortalecimiento del área y la curación por su cuenta. Varias formas de ejercicios de terapia física pueden incluir ejercicios de estiramiento suave, estimulación sensorial, ejercicios de movimiento de rango y ejercicios de fuerza. Cirugía: la intervención quirúrgica es el último recurso y generalmente se pospone a menos que no haya recuperación funcional por la fisioterapia (49).

Caso clínico n° 4 Policitemia

La policitemia en recién nacidos se define como niveles de hematocrito venoso o hemoglobina por encima del 65% y 22 g/dl, respectivamente. El riesgo es mayor en los recién nacidos nacidos de madres que viven en altitudes elevadas, mientras que el riesgo disminuye en recién nacidos prematuros nacidos antes de la semana 34 de gestación. Existen una clasificación de 3 policitemias. La normovolémica: Se produce un aumento en la masa eritrocitaria mientras que el volumen intravascular es normal. Se observa en casos de retardo del crecimiento

intrauterino, hipertensión materna, diabetes mellitus materna y en situaciones asociadas con insuficiencia placentaria y/o hipoxia intrauterina crónica como el tabaquismo materno y la postmadurez. Policitemia hipervolémica: Hay un aumento en el volumen plasmático en asociación con un aumento en la masa eritrocitaria. Por lo general, se observa en casos de transfusión aguda, como la transfusión materno-fetal y la transfusión entre gemelos. Policitemia hipovolémica: Se debe al aumento relativo de la masa eritrocitaria en comparación con el volumen plasmático. Esta situación suele desarrollarse debido a la deshidratación intravascular. La mayoría de los recién nacidos (74-90%) son asintomáticos. En los recién nacidos sintomáticos, la policitemia puede afectar a muchos órganos y sistemas. La hiperviscosidad, la disminución de la perfusión tisular y las complicaciones metabólicas como la hipoglucemia y la hipocalcemia son responsables de los signos clínicos. Se pueden observar signos y síntomas no específicos como apnea, cianosis, problemas de alimentación, vómitos, irritabilidad, temblor, letargia, dificultad respiratoria y convulsiones. La gestión óptima de los recién nacidos poliglobulínicos sintomáticos no se ha establecido con exactitud y existen varios enfoques. Algunos médicos realizan una exanguinotransfusión parcial (PET) para reducir el hematocrito en casos sintomáticos con un nivel de hematocrito venoso periférico por encima del 65%. El hematocrito neonatal y la viscosidad de la sangre alcanzan su máximo entre dos y cuatro horas después del nacimiento, y considerando que la mayoría de los estudios que informan la falta de beneficios favorables a largo plazo de la PET sobre el resultado del neurodesarrollo se han realizado después de las 6 horas de edad, la PET debe realizarse lo antes posible (en las primeras 2-4 horas de vida) después de tomar la decisión de realizarla. El objetivo principal de la hidratación intravenosa es prevenir el desarrollo de hipoglucemia, una complicación común de la poliglobulia. Se debe proporcionar fluido intravenoso durante las primeras 24 a 48 horas de vida a una velocidad de al menos 100 ml/kg por día, incluyendo glucosa a una velocidad de 6 a 8 mg/kg por minuto. Con este enfoque, sólo se realiza una PET si hay empeoramiento de los síntomas, como hipoglucemia persistente, o cianosis/apnea persistente, o síntomas gastrointestinales (51).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico en el Hospital San Juan de Lurigancho técnicamente debía de tener solamente las rotaciones en los servicios de Cirugía General y Ginecología ya que para los internos del MINSA, la otra mitad del internado se complementaba con los Centros de Salud, sin embargo el mismo hospital gestionó los horarios y rotaciones para permitir a sus internos, rotar en las diversas especialidades de su hospital y no limitarlos en la capacidad de experiencia práctica que pudieran obtener. La experiencia obtenida en un hospital nacional pudo mostrar a los estudiantes los límites a los que se encuentran sujetos los establecimientos de salud por burocracia respecto al SIS, así como la mala gestión por parte del MINSA. La primera rotación en el HSJL inició en el servicio de Cirugía General donde se tuvo la oportunidad de atender bajo supervisión los servicios de tópicos de urgencias así como el ingreso a sala de operación para experimentar de primera mano cómo se efectuaban estos procedimientos a través de las manos de los médicos asistentes o residentes del servicio. La siguiente rotación continuó por el servicio de Gineco-Obstetricia, donde se pudo observar la gran cantidad de pacientes gestantes y puérperas que acuden a hospitales o centros de salud y que llegan a tener una estadía tan corta al ser procedimientos (en la mayoría de los casos) sencillos como atención de parto. La tercera rotación fue por el servicio de pediatría nos enseñó la gran cantidad de pacientes en el área de urgencias sobretodo durante las guardias nocturnas para casos que no ameritaban ya que la mayoría de casos eran procesos respiratorios superior virales que no tenían criterios de urgencias, motivo por el cual es importante educar a los pacientes sobre signos de alarma y el no esperar a que empeoren los síntomas para acudir por atención médica. La última rotación fue el servicio de medicina interna, una rotación donde se veían todos los casos clínicos aprendidos durante la carrera de medicina, desde neumonías, hipoglucemias, hiperglucemias, intoxicaciones, entre muchos otros.

El internado en el Hospital Militar Central nos enriqueció la experiencia como interno de medicina de una manera única y gratificante. Un hospital militar es un

establecimiento que brinda atención médica especializada a los miembros de las Fuerzas Armadas del Perú y sus familias, así como a la población civil en situaciones de emergencia. Estos son algunos aspectos destacados de la experiencia de un médico interno en este entorno.

Rotaciones clínicas: los internos de medicina y estudiantes generalmente rotan a través de una variedad de servicios clínicos, que incluyen medicina interna, cirugía general, traumatología, pediatría, ginecología y obstetricia. Durante estas rotaciones tienen la oportunidad de trabajar de cerca con médicos especialistas, aprender sobre el tratamiento de pacientes con una variedad de condiciones médicas y participar en procedimientos médicos y quirúrgicos.

Contacto con casos de trauma: Los hospitales militares a menudo reciben pacientes con trauma debido a la naturaleza del trabajo militar. Los pasantes médicos pueden manejar casos de traumatismos graves, como heridas de bala, explosiones y accidentes automovilísticos, lo que brinda una valiosa experiencia en el manejo de emergencias y atención de urgencia.

Horas de trabajo extenuantes: Los internos de medicina y residentes civiles y asimilados trabajan muchas horas en hospitales militares, y las horas de guardia y los turnos rotativos pueden ser estresantes. Esto puede ser especialmente difícil en un entorno militar donde se espera un alto nivel de disciplina y cumplimiento de las responsabilidades asignadas.

El trabajo en equipo y el liderazgo son aspectos fundamentales de la experiencia de asistir a un hospital militar. Los pasantes aprenden a trabajar con otros profesionales médicos y liderar un equipo en el cuidado de emergencias y pacientes complejos.

Capacitación integral: además de la rotación clínica y la capacitación militar, los pasantes también pueden recibir capacitación en áreas como investigación médica, ética médica y liderazgo médico. Esto proporciona una educación integral que cubre los aspectos clínicos y militares de la medicina. La experiencia de la pasantía médica en el Hospital Militar sin duda es desafiante, pero también gratificante. Los pasantes tienen la oportunidad de aprender y crecer en un entorno único.

CONCLUSIONES

El internado médico fue una experiencia gratificante, nos permitió tener experiencia y por lo tanto obtener la confianza que necesitábamos todos estudiante de medicina humana que previamente solo habían tenido estudios teóricos.

La pandemia de COVID-19 hizo que el internado, tenga tanto riesgos como dificultades. La pandemia no sólo limitó el aprendizaje previo de los internos debido a la virtualización de los estudios, además estuvieron expuestos al contagio, al igual que el personal de salud y familiares cercanos.

Nos enseñó no solo lo teórico y práctico de la medicina, sino también aprender a cooperar y coordinar acciones con otras áreas de los servicios de salud. Aprendimos lo que es participar en un ambiente laboral y técnicas interpersonales para lidiar con situaciones complicadas como en cualquier trabajo, sobre todo lo que sucede en ámbitos hospitalarios debido al gran estrés al tener la responsabilidad de la salud de los pacientes.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los próximos internos el estudiar con premura todos los temas relevantes de cada especialidad ya que el conocimiento teórico con el que llegas al hospital va a ayudarte o limitarte en la capacidad de obtención de aptitudes prácticas, y son necesarias como conocimientos previos.

Tener una actitud positiva y proactividad eso le permitirá tener oportunidades para realizar procedimientos o el tener los casos más interesantes.

Sería ideal que los hospitales contarán con un ambiente adecuado para que los internos puedan descansar o tener un lugar de tranquilidad en donde puedan estudiar. El no tener los ambientes ideales o peor, no tenerlos, genera limitaciones en el estudiante. No contar con un lugar donde descansar genera mayor estrés y deteriora la salud mental, un tema de suma importancia sobre todo en los estudiantes de medicina donde llega a tener una alta incidencia de enfermedades mentales.

Se insta al gobierno a aumentar o por lo menos a mantener la remuneración de los internos ya que esta es una práctica pre profesional.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. 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 [Internet]. Educación Médica Superior. Los autores conservan todos los derechos sobre sus obras, las cuales pueden reproducir y distribuir siempre y cuando citen la fuente primaria de publicación y lo hagan con fines no comerciales.; 2007 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21412007000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Arroyo-Ramirez FA, Rojas-Bolivar D, Arroyo-Ramirez FA, Rojas-Bolivar D. Internado médico durante la pandemia del COVID-19: la problemática de los practicantes preprofesionales de medicina ante la legislación peruana [Internet]. Acta Médica Peruana. Colegio Médico del Perú; 2020 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172020000400562&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Albitres-Flores L, Pisfil-Farroñay YA, Guillen-Macedo K, Niño-García R, Alarcon-Ruiz CA, Albitres-Flores L, et al. Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19 [Internet]. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Instituto Nacional de Salud; 2020 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342020000300504&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. HSJL - Reseña Histórica [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.hospitalsjl.gob.pe/institucional/resena_historica.html
5. Historia - HMC [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: https://hmc.ejercito.mil.pe/nosotros_historia
6. Mainar LB, Rubio CA, Calvo IA, Morales MC, Serrano CF, Agudo BG, et al. Protocolo aragonés de enfermedad inflamatoria pélvica [Internet]. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n6/01%20Protocolo%20aragones%20de%20enfermedad%20inflamatoria%20pelvica.pdf>
7. Santana Suárez MA, Suárez Suárez B, Ocón Padrón L, Seara Fernández S. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria [Internet]. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. Elsevier; 2018 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-diagnostico-tratamiento-enfermedad-pelvica-inflamatoria-S0210573X17300345>
8. Rivera Fumero S. Actualización sobre enfermedad pélvica inflamatoria [Internet]. Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD. 2020 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/42986>
9. Menezes MLB, Giraldo PC, Linhares IM, Boldrini NAT, Aragón MG. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: doença inflamatória pélvica [Internet]. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2021 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222021000700309&tlng=pt
10. Pérez LYA. Prolapso de órganos pélvicos en la mujer. Revisión bibliográfica [Internet]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2016/cfrs161i.pdf>
11. David Cohen S. Prolapso genital femenino: lo que debería saber [Internet]. Revista Médica Clínica Las Condes. Elsevier; 2013 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-prolapso-genital-femenino-lo-que-S0716864013701512>
12. Abordaje vaginal para el tratamiento de las patologías de piso pélvico: aspectos anátomo-funcionales y técnicas quirúrgicas [Internet]. REVISTA MEDICA DEL URUGUAY. 2018 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en:

- <http://www.rmu.org.uy/revista/2018v2/art6.pdf>
13. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prolapso de los órganos pélvicos [Internet]. 2020. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n1/11_Prolapso_de_los_organos_pelvicos_2019.pdf
 14. Embarazo ectópico [Internet]. Progresos de Obstetricia y Ginecología. Elsevier; 2007 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-embarazo-ectopico-13106416>
 15. Cabero Roura L. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción [Internet]. 2002. Disponible en: <https://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/recomendaciones/embarazoEctopico.pdf>
 16. Huixian Hu L, Sandoval Vargas J, Hernández Sánchez AG, Vargas Mora J. Embarazo ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. [Internet]. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD. 2018. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr191d.pdf>
 17. Rivera C, Pomés C, Díaz V, Espinoza P. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario [Internet]. REV CHIL OBSTET GINECOL. 2020. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v85n6/0717-7526-rchog-85-06-0697.pdf>
 18. Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto [Internet]. 2009. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia6.pdf>
 19. Távara A, Núñez M, Tresierra MÁ, Távara A, Núñez M, Tresierra MÁ. Factores asociados a atonía uterina [Internet]. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología; 2022 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322022000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 20. Aldo Solari A, Caterina Solari G, Alex Wash F, Marcos Guerrero G, Omar Enríquez G. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento [Internet]. Revista Médica Clínica Las Condes. Elsevier; 2014 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-hemorragia-del-postparto-principales-etilogias-S0716864014706492>
 21. Hipoglucemia en adultos sin diabetes mellitus: abordaje diagnóstico - UpToDate [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/hypoglycemia-in-adults-without-diabetes-mellitus-diagnostic-approach?search=hypoglycemia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 22. Service FJ. Diagnostic approach to adults with hypoglycemic disorders [Internet]. Endocrinology and Metabolism Clinics of North America. 1999. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10500929/>
 23. Cryer PE, Axelrod L, Grossman AB, Heller SR, Montori VM, Seaquist ER, et al. Evaluation and management of adult hypoglycemic disorders: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline [Internet]. The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. 2009. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19088155/>
 24. Hypoglycemic Disorders [Internet]. New England Journal of Medicine. Massachusetts Medical Society; 1995 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7565963/>
 25. van Dijk SM, Hallensleben ND, van Santvoort HC, Fockens P, van Goor H, Bruno MJ, et al. Acute pancreatitis: recent advances through randomised trials [Internet]. Gut. 2017. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28838972/>
 26. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus [Internet]. Gut. 2013. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23100216/>
 27. Lankisch PG, Apte M, Banks PA. Acute pancreatitis [Internet]. Lancet (London, England). 2015. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25616312/>

28. Kolman KB. Cystitis and Pyelonephritis: Diagnosis, Treatment, and Prevention [Internet]. Primary Care. 2019. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31030820/>
29. Li R, Leslie SW. Cystitis [Internet]. StatPearls. 2023 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29494042/>
30. Millner R, Becknell B. Urinary Tract Infections [Internet]. Pediatric Clinics of North America. 2019 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031395518301263>
31. Khawcharoenporn T, Vasoo S, Singh K. Urinary Tract Infections due to Multidrug-Resistant Enterobacteriaceae: Prevalence and Risk Factors in a Chicago Emergency Department [Internet]. Emergency Medicine International. 2013. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24307946/>
32. Hadjiev DI, Mineva PP. A reappraisal of the definition and pathophysiology of the transient ischemic attack [Internet]. Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research. 2007. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17325647/>
33. Epidemiology and Outcomes of Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack in the Adult and Geriatric Population - ScienceDirect [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1052305718305159>
34. Moonen G, Delcourt C, Lievens I, Hans G. [Transient ischemic attacks: a new definition] [Internet]. Revue Medicale De Liege. 2004. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15264577/>
35. Liu L, Ding J, Leng X, Pu Y, Huang LA, Xu A, et al. Guidelines for evaluation and management of cerebral collateral circulation in ischaemic stroke 2017 [Internet]. Stroke and Vascular Neurology. 2018. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30294467/>
36. Hackam DG, Spence JD. Combining multiple approaches for the secondary prevention of vascular events after stroke: a quantitative modeling study [Internet]. Stroke. 2007. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17431209/>
37. Bom WJ, Scheijmans JCG, Salminen P, Boermeester MA. Diagnosis of Uncomplicated and Complicated Appendicitis in Adults [Internet]. Scandinavian journal of surgery: SJS: official organ for the Finnish Surgical Society and the Scandinavian Surgical Society. 2021. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33851877/>
38. Alvarado A. Diagnostic Scores in Acute Appendicitis [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/326052744_Diagnostic_Scores_in_Acute_Appendicitis
39. Appendicitis - ClinicalKey [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/clinical_overview/67-s2.0-9fcb16b1-e686-4716-8f64-800db27a7f17
40. Drożdż W, Budzyński P. Change in mechanical bowel obstruction demographic and etiological patterns during the past century: observations from one health care institution [Internet]. Archives of Surgery (Chicago, Ill.: 1960). 2012. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22351915/>
41. Small-Bowel Obstruction - ClinicalKey [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/clinical_overview/67-s2.0-f698b0b9-ef73-4e0d-a47b-16d3a622f2f9
42. Colecistitis crónica - Trastornos hepáticos y biliares [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-hep%C3%A1ticos-y-biliares/trastornos-de-la-ves%C3%ADcula-biliar-y-los-conductos-biliares/colecistitis-cr%C3%B3nica>
43. Enríquez-Sánchez LB, García-Salas JD, Carrillo-Gorena J, Enríquez-Sánchez LB, García-Salas JD, Carrillo-Gorena J. Colecistitis crónica y aguda, revisión y situación actual en nuestro entorno [Internet]. Cirujano general. Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.; 2018 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-00992018000300175&lng=es&nrm=iso&tlng=es

44. User S. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa - Guías de Práctica Clínica - Calidad [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/resultados/guias-de-practica-clinica-calidad>
45. Meates-Dennis M. BRONCHIOLITIS [Internet]. Archives of Disease in Childhood - Education and Practice. 2005 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://ep.bmj.com/lookup/doi/10.1136/adc.2004.067660>
46. Petrarca L, Jacinto T, Nenna R. The treatment of acute bronchiolitis: past, present and future [Internet]. Breathe. European Respiratory Society; 2017 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5685214/>
47. Quirt J, Hildebrand KJ, Mazza J, Noya F, Kim H. Asthma [Internet]. Allergy, Asthma, and Clinical Immunology : Official Journal of the Canadian Society of Allergy and Clinical Immunology. 2018 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6157154/>
48. So JY, Mamery AJ, Shenoy K. Asthma: Diagnosis and Treatment. Eur Med J. 13 de diciembre de 2018;111-21.
49. Basit H, Ali CDM, Madhani NB. Erb Palsy [Internet]. StatPearls [Internet]. 2023 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513260/>
50. Abid A. Brachial plexus birth palsy: Management during the first year of life [Internet]. Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research. 2016 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877056815003084>
51. Sarıcı SU. Neonatal Polycythemia: A Review [Internet]. 2016. Disponible en: <https://clinmedjournals.org/articles/cmrcr/clinical-medical-reviews-and-case-reports-cmrcr-3-142.pdf>