

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA Y APRENDIZAJE DEL INTERNADO MEDICO  
REALIZADO EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO  
LOAYZA AÑO 2022-2023.**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL  
PARA OPTAR  
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO  
PRESENTADO POR  
ROSSANA GERALDINE FERNANDEZ RAMIREZ**

**ASESOR  
EDGAR RUÍZ SEMBA**

**LIMA- PERÚ  
2023**



**Reconocimiento  
CC BY**

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA Y APRENDIZAJE DEL INTERNADO MEDICO  
REALIZADO EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO  
LOAYZA AÑO 2022-2023.**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR:**

**ROSSANA GERALDINE FERNANDEZ RAMIREZ**

**ASESOR**

**DR. EDGAR RUÍZ SEMBA**

**LIMA – PERÚ**

**2023**

## JURADO

**Presidente:** Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga.

**Miembro:** Dr. Johandi Delgado Quispe.

**Miembro:** Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera.

## DEDICATORIA

Dedico éste trabajo y todo el apoyo brindado a Dios, mis padres, hermanos, esposo, familiares, pero en especial al amor de mi vida , mi hija Valentina de los Ángeles Chinchay Fernandez.

# ÍNDICE

ÍNDICE .....	III
RESUMEN .....	10
ABSTRACT .....	12
INTRODUCCION.....	15
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL .....	16
CAPITULO II. CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA .....	31
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL .....	31
CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA .....	42
CONCLUSIONES.....	43
RECOMENDACIONES.....	44
BIBLIOGRAFÍA.....	45

## RESUMEN

El internado médico se desarrolla en el último año de la carrera de medicina humana, es el más ansiado por todos los futuros médicos ya que es una etapa donde realizamos las prácticas médicas y ponemos a prueba todo el conocimiento aprendido años anteriores.

Con el fin de redimensionar el internado médico sigue desarrollándose de manera especial desde el año 2020; En este caso se realizó los 5 primeros meses del internado en un centro de Salud y 5 meses en un hospital y/o viceversa según cada institución educativa

En el presente trabajo se expone parte de las experiencias vividas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza y se describe 8 casos clínicos de las especialidades de gineco-obstetricia, pediatría, cirugía y de Medicina Interna.

Objetivo: Presentar a través de la sustentación de casos clínicos la experiencia adquirida en las cuatro rotaciones principales durante el internado clínico.

Materiales y métodos: La elaboración de casos clínicos presentando ejemplos de patologías de interés observadas durante el internado médico y la aproximación clínica a estas.

Resultados: Se presenta los casos clínicos donde en el área ginecológica se encuentra una paciente de 39 años con diagnóstico de baja ganancia de peso ponderal, mientras que el segundo caso corresponde a una paciente con síndrome de Hellp. En el área de pediatría se presenta el caso de un paciente de 3 meses con diagnóstico de bronquitis aguda y el segundo caso de un paciente de 11 años con diagnóstico de absceso cutáneo y celulitis. Para el área de cirugía se presentan los casos de litiasis vesicular en paciente mujer de 31 años y de colangitis en paciente mujer de 42 años. Por último, para la rotación de medicina interna se presentan los casos de tuberculosis pleural en paciente varón de 56 años y un caso en

paciente varón de 49 años con pie diabético.

Palabras clave: Casos clínicos, Baja ganancia ponderal, Síndrome de Hellp, Bronquitis aguda, Absceso cutáneo, Colangitis, Litiasis vesicular, Tuberculosis pleural, Pie diabético.



## **ABSTRACT**

The medical internship takes place in the last year of the human medicine career as the most desired by all future doctors. This is because it is an opportunity where we carry out medical practices and test all the knowledge learned in previous years.

In order to present the medical internship, this activity continues to develop in a special way since 2020; In this case, the first 5 months of the internship were carried out in a Health Center and 5 months in a hospital and/or vice versa according to each educational institution.

In the present work, part of the experiences lived in the Arzobispo Loayza National Hospital are exposed and 8 clinical cases of the specialties of gynecology-obstetrics, pediatrics, surgery and Internal Medicine are described.

**Objective:** To present, through the support of clinical cases, the experience acquired in the four main rotations during the clinical internship.

**Materials and methods:** The elaboration and presentation of clinical cases with pathologies of great interest observed during the medical internship and the clinical approach to them.

**Results:** we present the following clinical cases. In the case of the Gynecological rotation, we present the case of a 39-year-old patient with a diagnosis of low weight gain, while the second case corresponds to a patient with Hellp syndrome. In the pediatric area, the case of a 3-month-old patient diagnosed with acute bronchitis and the second case of an 11-year-old patient diagnosed with skin abscess and cellulitis are presented. For the area of surgery, the cases of gallbladder lithiasis in a 31-year-old female patient and cholangitis in a 42-year-old female patient are presented. Finally, for the internal medicine rotation, the cases of pleural tuberculosis in a 56-year-old male patient and one case in a 49-year-old male patient with

diabetic foot are presented.

Keywords: Clinical cases, Low weight gain, Helly syndrome, Acute bronchitis, Cutaneous abscess, Cholangitis, Vesicular lithiasis, Pleural tuberculosis, Diabetic foot

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA Y APRENDIZAJE DEL INTE  
RNADO MEDICO REALIZADO EN EL HOS  
PITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA  
AÑ

AUTOR

ROSSANA GERALDINE FERNANDEZ RA  
MIREZ

RECuento DE PALABRAS

9190 Words

RECuento DE CARACTERES

50740 Characters

RECuento DE PÁGINAS

41 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

218.0KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 18, 2023 5:18 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 18, 2023 5:19 PM GMT-5

● **18% de similitud general**

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

- 17% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Dr. Edgar Ruiz Semba CMP24944

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-0671-5575>

## INTRODUCCION

El internado de pregrado forma parte del plan de estudio de la carrera de Medicina, es un año obligatorio, indispensable para que los alumnos integren y consoliden los conocimientos que adquirieron durante los ciclos previos.

Las estrategias educativas están centradas en el alumno y a través de la solución de problemas los alumnos son estimulados a buscar las respuestas en cada caso, más que a recibir pasivamente la información, y ha representado la base del aprendizaje autodirigido en la búsqueda de las habilidades clínicas a partir de los pacientes que se atienden en las unidades médicas sedes del internado rotatorio de pregrado, donde la docencia actualmente se desarrolla en sesiones grupales con la participación activa del médico interno, que revisa casos de interés e incluye la tutoría de la asistencia médica, la cual comprende la participación activa en la atención de los pacientes, con el resto del equipo de salud en las áreas de hospitalización, urgencias, SOP y consulta externa.

Realicé el internado médico en el Centro de Salud San Cosme los primeros 5 meses que se encuentra ubicado en el distrito de la Victoria y los siguientes 5 meses en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza el cual está ubicado en el Cercado de Lima, ambos pertenecientes a DIRIS CENTRO.

Este trabajo presenta 8 casos clínicos de experiencias vividas en mi paso por el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en las rotaciones de Gineco-obstetricia, Pediatría, Cirugía y Medicina interna, así como también la resolución de cada uno de ellos.

## CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

A continuación, se van a redactar 8 casos clínicos; 2 de cada especialidad que tuve la oportunidad de hacer mi rotación en el HNAL.

### I.1.GINECO-OBSTETRICIA

#### CASO CLINICO N°1

Primigesta de 39 años de edad de 41 ss. 3/7 por ECO 1 T., refiere dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad cada 5 min aprox, niega síntomas premonitores de eclampsia, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico, percibe movimientos fetales.

Antecedentes: M/RC: 11 años /5 días FUR: No recuerda. G1P0000 MAC: niega

W habitual 50kg W actual: 57kg Dif de w: 7kg IMC:21.6 Talla: 1.52mts

HB: 10.9 GYF: O+ VIH (-) VDRL (-) HBsAg (-) CPN:5

Alergias: niega

Qx: niega.

Al examen físico:

FC: 81X' Tempe: 36.4°C PA: 100/70 FR: 18X'

AREG, AREN, AREH

Piel: T/H/E, llenado cap.<2" no edemas, no cianosis

TyP: MV pasa bien en ACP.

CV: RCR de BI

ABD: B/D AU:30 SPP: LCI LCF: 133x'

TV: D: D1 dedo B: 50% AP: -3 Membranas: integras

Dx:

1.-Primigesta de 41ss3/7 x ECO1T.

2.-Pobre ganancia ponderal

3.-Anemia leve

PLAN: Se hospitaliza en UCIN

s/s ecografía Doppler, NST

RP: Dieta líquida amplia ,CFV ,CO+MMF , Vigilar signos de alarma y vía salinizada

Resultados:

Ecografía Doppler: Gestación única activa de 41ss3/7.Doppler conservado. PEG (P.P.F 2450gr) y se solicita I/C a UCI para disponibilidad inmediata.

NST: Ausente.

s/s OCT: El cuál es NEGATIVO por lo que se realiza la escala de Bishop siendo el resultado  $\geq 6$ , por lo que realiza inducción de parto.

Al día siguiente paciente refiere dolor tipo contracción cada 2-3 min aprox de moderada intensidad, niega síntomas premonitores de eclampsia, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico, percibe movimientos fetales.

Al examen físico preferencial:

ABD: AU:30 cm SPP: LCI LCF. 140x' MF ++/+++

TV. D:2cm B:70% AP-3 MO: integras.

PA: 110/70 FC: 86X' FR: 17X' T: 36°C

Paciente se encuentra en pródromos de labor de parto. Aprox 1 hora después paciente refiere contracciones c/2 min aprox de gran intensidad.

ABD: AU:30 cm SPP: LCI LCF:135-137X'

TV: D:4 B:80% AP: -1 MO: rotas con liquido meconial escaso de consistencia liquida. Pasa a sala de parto para continuas labores de parto de manera espontanea

Aproximadamente 1 hora más tarde se le brinda analgesia para el parto, el cual se realiza, teniendo como producto a un RN de 41 ss. por Capurro, peso 2420gr talla: 48 cm Apgar 5-7-8, el cual es llevado a intermedios para brindarle los cuidados necesarios.

Durante el expulsivo se recibe al RN en posición cefálica, posterior a lo cual se realiza el clampaje y corte oportuno de cordón umbilical, evidenciándose 2A 1 V, de inmediato se realiza alumbramiento dirigido a placenta la cual está en presentación Schultz con membrana y cotiledones completos. Se

realiza revisión y hemostasia correspondiente. Sangrado vaginal 300cc aprox y Líquido amniótico meconial liquido escaso sin mal olor.

Alrededor de 2 horas post – parto, paciente refiere leve dolor en zona vaginal, enfermería no reporta interurrencias.

Mamas: Blandas, no dolorosas, secretando escaso calostro.

ADB: B/D RHA (+) no doloroso útero contraído debajo de cicatriz umbilical

GU: PPL (-) loquios hemáticos en escasa cantidad sin mal olor.

PASE A PUERPERIO NORMAL.

Aproximadamente a las 6 horas post parto se le realiza una HB control el cual se encuentra en 10.6 mg/dl. Se decide administración de Hierro sacarato c/48 hrs 3 dosis

Paciente sin presentar complicaciones en los días posteriores, recibe sus 3 dosis de Hierro sacarato y es dada de ALTA con indicaciones.

## CASO CLINICO N°2

Paciente llega a emergencia acompañada de su pareja, refiere tos desde hace 3 día, congestión nasal, SAT, niega sangrado vaginal, niega perdida de líquido, niega otro síntoma asociado.

Antecedentes:

M/RC: 12 a/7días FUR: no recuerda G1P0000 MAC: ninguno CPN 4

Niega: HTA, DM, Asma, Hepatitis, QX, RAMS.

W Actual: 67kg whabitual:67 dif W: 14kg Talla: 1.50mts IMC:23.5

No cuenta con serológicos, GYF, controles hematológicos.

Al examen físico: PA:130/90 FC: 68X' FR: 16X' SATo2: 98%

Piel: T/H/E llenado cap.<2".

TCSC: Edemas de MMII (+/+++).

TyP: MV pasa bien en ACP no ruidos agregados.

CV: RCR de BI no soplos.

ABD: Útero grávido RHA (+) b/d no doloroso, AU:29 cm SPP: LCI LCF: 144X' MF: ++/+++.

TV: D: 1 B: 60% AP-4 MO: integras.

Dx:

- 1.-Primigesta 37.0ss x Eco 1T
- 2.-D/C THE: HG vs PE
- 3.-Faringitis
- 4.-Pobre control pre- natal.

Plan: Ecografía obstétrica, NST, TGO, TGO. Hemograma completo, creatinina LDH.

Pasa a observación y se abre monitoreo de PA.

Resultados:

Hb: 10.1gr/dl Leucocitos: 2210 Cr:0.7 DHL:1027 BT:0.9, persisten presiones elevadas de 130/90, se repite analítica, persistencia de Leucopenia (2870) DHL 972 Plaquetas: 29000 Hb: 9.9 No se cuenta con reactivos de transaminasas ni fibrinógeno. Se activa protocolo para preeclamsia con criterio de severidad y Síndrome de Hellp, se realiza ecografía en fase latente de labor de parto, se describe gestación única de 37ss por ECO 1T crecimiento fetal en P81, se programa cesárea de emergencia, se realiza la extracción cefálica, se realiza histerorrafia en monoplano, producto RN vivo de 2600gr; APGAR 7-9. En hallazgos se describe: Segmento uterino formado, cordón umbilical de 70cm 2A1V, placenta de 500gr, sangrado intraoperatorio de 800cc, liquido claro con volumen adecuado. Líquido libre en cavidad abdominal cetrino de 1000cc aprox. Paciente recibió soporte transfusional de 1 paquete globular y 5 plaquetas pre- operatorias, pasa a UCI para monitoreo Postoperatorio y cuidados de puerperio inmediato.

En UCI es evaluada por Neumología, nefrología, oftalmología, cardiología Hematología y seguimiento por GO.

Frotis de sangre periférica: plaquetas en 60mil, leve disminución de leucocitos, no se observan esquisocitosis hematología sugiere: Ac fólico 0.5mg 2 tab cada 12 hrs y sulfato ferroso 300 mg 1 tableta c/24 hrs , se valorará incremento de dosis.

Cardiología: Dieta hiposódica, alfametildopa 250mg Vo y controles de PA, reevaluación a solicitud.



GO: Al momento presenta controles de 140/90mmhg, diuresis adecuada. Completar protocolo de MgSO<sub>4</sub> x 24 hrs con evaluación.

Oftalmología y Nefrología no encontraron nada patológico que empeore situación de paciente según dichas especialidades por lo que sugirieron tratar enfermedad de fondo

Horas más tarde fue evaluada por Neumología, el cual indica que paciente se encuentra hemodinámicamente estable, afebril, sin apoyo oxigenatorio y evolución favorable le dan de alta de la UCI y pasa al servicio de GyO al área de puerperio patológico; en donde al momento del ingreso al servicio, paciente se encontraba afebril, hemodinámicamente estable y tolerando la vía oral. Es reevaluada por hematología en donde se sugiere nuevas indicaciones: Ac fólico 0.5mg 5 tab cada 12 hrs y sulfato ferroso 300 mg 2 tableta c/24 hrs.

A los 2 días de estar en el servicio de G y O se solicita un control de hemograma Donde: Hg:10.1 leu: 6580 plaquetas :70000 DHL: 456, recibiendo antibióticos y antihipertensivos, en alojamiento conjunto y evolución favorable.

Después de 10 días de hospitalización en el área de Puerperio patológico, paciente con anemia leve, y exámenes complementarios dentro de rangos normales y evolución favorable, paciente y RN son dados de alta con indicaciones.

## I.2. PEDIATRIA

### CASO CLÍNICO N°1

Madre refiere que su hijo de 3 meses desde hace 4 días presenta SAT y congestión nasal, hace 3 días comenzó a presentar dificultad respiratoria y tirajes intercostales, lo lleva a un particular donde le prescribe salbutamol 2 puff cada 8 hrs , síntomas persisten agregándose respiraciones rápidas y diarreas líquidas sin moco ni sangre en 2 oportunidades, por lo que decide traerlo a emergencia.

Antecedentes: Nacido de parto vaginal a las 38 semanas sin complicaciones.

Hospitalizado hace 2 meses por APLV.

Antecedentes familiares: Madre asmática, no consume productos lácteos

Al examen físico:

FC: 128X' TEMP: 36.5°C FR:56X' PESO: 6.200gr SATo2: 98%

Piel: Tibia llenado Cap.<2"

TyP: MV pasa bien en ambos Hemitórax, escasos sibilantes espiratorios en ambos campos pulmonares, escasos subcrepitos, tiraje IC marcado ++/+++.

ABD: Globuloso no distendido RHA (+) no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

SNC: Reactivo a estímulos, Succión (+) Prensión (+)

Por lo que se decide su hospitalización con:

Dx

1.-Bronquiolitis Score ESBA 5 pts.

2.-Eutrófico

Rp:Lactancia materna a libre demanda supervisada y fraccionada (Suspende si FR >60X').

Nebulizaciones con Salbutamol 5 gotas + NaCl 3% 4cc C/3 horas.

Paracetamol 100 mg (19 gotas) VO PRN≥ 38°C+ medios físicos.

NaCl 0.9% gotas nasales: 05 gotas en cada fosa nasal + aspiración de secreciones PRN a congestión.

Vigilar FR y SATo2. O2 complementario si SATo2≤92%

CFV + OSA.

S/S Hemograma: Sin alteraciones.

A los 2 días de hospitalización: Enfermería no reporta interurrencias

Al examen físico:

Piel: tibia, llenado Cap.<2", cianosis

TyP : MV pasa en ambos campos pulmonares, escasos sibilantes espiratorios, escasos tirajes IC +/+++

FC 143X' T: 36.2°C FR: 43X' SATo2: 98 %. ESBA 3pts

Se continúa medicación y CFV.

A los 3 días de hospitalización, madre refiere mejoría, enfermería no reporta interurrencias, a la exploración física preferencial

Ty P: MV pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados, no tirajes

FC: 140X' T: 36°C FR: 40X' SATo2: 98% ESBA 1 pto.

Al día 5 de hospitalización madre refiere mejoría y que el niño ha dormido tranquilo, hay ligera secreción nasal sin mayor intercurencia.

Al examen físico: FC 137X' T: 36.1°C FR: 35x' SATo2: 99%

Ty P: MV pasa bien por ambos campos pulmonares no sibilantes, no tirajes.

Paciente con evolución favorable sin complicaciones es dado de alta a los 5 días de su hospitalización.

## CASO CLINICO N°2

Madre refiere que menor de 11 años presenta hace 7 días una pústula en glúteo izquierdo, la cual drena manualmente, 3 días antes del ingreso presenta SAT y aumento de volumen de la lesión, 1 día antes del ingreso presento fiebre cuantificada de 39.5°C progresión del aumento de volumen de la lesión, eritema y dolor a la palpación por lo que acude a emergencia.

Antecedentes: Nacido de parto vaginal a las 38 semanas w: 3650 gr, desarrollo psicomotor adecuado.

QX: niega Alergias: niega Hospitalizaciones: niega. Vacunas: completas para edad.

Al examen físico:

FC: 95X' TEMP:37.1°C FR: 18X' PESO:50kg SATo2: 99%

Piel: Tumorción de aprox 5 cm de diámetro en glúteo izquierdo con signos de flogosis indurada. Se evidencia 2 pústulas con contenido purulento

TyP: MV pasa bien en ambos HT, no ruidos agregados.

CV: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad no soplos audibles

ABD: Plano RHA (+) b/d no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no signos peritoneales.

SNC. Despierto LOTEP.

Dx:

- 1.-Absceso de glúteo izquierdo.
- 2.-Celulitis de glúteo izquierdo x 1

S/s hemograma, ecografía de partes blandas, i/c a cirugía; se hospitaliza.

Rp:

DC+ LV

Oxacilina 1.5 gr (120mg/kg/día) c/6 hrs Ev

Clindamicina 500 mg (30 mg /kg/día) c/8hrs Ev

Paracetamol 500mg PRN >38.5°C.

Resultados:

Hto: 38.6% Hb: 13.4gr/dl Leu: 15.170 Abast(2%) Seg (62%) Linf (27%)

Ecografía:

Piel: Aumento de ecogenicidad

TCSC: Aumento de grosor y ecogenicidad en una extensión de 60\*18\*40mm. Observándose a 5 mm de la piel colección de aspecto denso de bordes irregulares de 18\*11\*11 mm, Vol. 1.2cc y otro adyacente de 23\*8\*15mm y Vol. 1.7 mm.

Asimismo, en el glúteo izquierdo se observa área focal de celulitis sin colecciones de 40\*20\*30mm.

Cirugía: Refiere continuar tratamiento antibiótico y reevaluación en 48 hrs, además de curaciones diarias.

A las 48 hrs de ingreso, persistencia de dolor en zona glútea y SAT, sin disminución de volumen de absceso de zona glútea; reevaluación por cirugía, el cual indica preparación para drenaje.

Al 3 er día de hospitalización le realizan drenaje de absceso sin complicaciones, dejando sin suturas para cicatrización por segunda intención y se continua medicación con antibiótico.

Dia10 de hospitalización paciente refiere no sentir molestias. Enfermería no reporta interurrencias.

Al examen físico:

FC: 90x' FR:20X' T:36°C SATo2: 99%

Piel: incisión de herida operatoria en zona glútea izquierda de 8cm aproximadamente bien afrontada sin signos de flogosis, no dolor a la palpación superficial ni profunda.

TyP: MV pasa bien en ambos hemitórax

CV: RCR de buena intensidad

Abd: Plano RHA (+) b/d no doloroso a palpación.

SNC: Despierto, activo, LOTEPE.

Paciente con evolución favorable en tratamiento antibiótico con oxacilina y clindamicina, se completó 7 días de antibiótico EV y será dado de alta con tratamiento oral por 7 días más de manera ambulatoria.

### I.3. CIRUGIA

#### CASO CLÍNICO N°1

Paciente mujer de 31 años procedente de Villa el Salvador acude a emergencia acompañada de su tío con un tiempo de enfermedad de 6 horas por presentar dolor abdominal tipo cólico en HCD de moderada intensidad acompañado de náuseas y vómitos en 3 oportunidades, niega SAT ni diarreas.

Antecedentes: Usuaria de MAC por más a de 10 años consecutivos.

A la exploración física:

Piel: T/H/E llenado Cap.<2", no edemas, no palidez, no ictericia.

T y P: Mv pasa bien en AHT no ruidos agregados

C.V.: RCR de Bi no soplos audibles

ABD: Globulosos no distendido RHA (+) B/D doloroso a la palpación profunda en HCD, Murphy dudoso.

Imp Dx:

1.-Síndrome doloroso abdominal D/C colelitiasis aguda calculosa.

Plan: Se solicita pre- qx y ecografía de abdomen completo. Se le brinda medicación para calmar el dolor y nauseas hasta que lleguen los resultados.

Resultados:

Hb:12 mg/dl leucocitos :12.580 abast (0%) Plaquet: 280000 INR: 1.05

Glu: 89

U: 21 Crea: 0.46 Bt: 0.45/BD: 0.27 Amilasa:71.

Ecografía: Vesícula biliar de 139\*51mm con imágenes litiásicas en su interior el más grande de 18mm; colédoco en 8mm.

Se hospitaliza al paciente para mayor estudio; se le solicita una colangiografía para descartar posibilidad de coledocolitiasis y con resultado se envía i/c a gastroenterología para posibilidad de CEPRE.

En la colangiografía no se evidencian litos en colédoco por lo que el servicio de gastroenterología sugiere sólo manejo quirúrgico, por lo que se solicitan los riesgos quirúrgicos y se programa para una COLELAP.

A los 2 días de hospitalización paciente es operada de una Colelap donde los hallazgos operatorios describen una vesícula biliar de 14\*5mm con paredes delgadas y múltiples litos en su interior el más grande de 20mm aprox. Y el más pequeño de 10mm.

Paciente en su PO1 de Colelap por litiasis vesicular, al examen físico preferencial:

ABD: Globuloso no distendido punto de ingresos de trocares limpios y bien afrontados, RHA (+) b/d no doloroso a la palpación superficial ni profunda, paciente elimina flatos, se le brinda tolerancia oral y se le solicita deambulación

Paciente en su PO2 con tolerancia oral sin complicaciones y evolución favorable es dada de ALTA.

#### CASO CLÍNICO N°2:

Paciente mujer de 42 años procedente del Callao llega a emergencia por dolor abdominal tipo cólico en epigastrio y en HCD de moderada intensidad asociado a náuseas sin llegar al vómito SAT, ictericia en escleras y refiere orina como té cargado.

Antecedentes de importancia:

Colecistectomía incisional hace 26 años

Laparotomía Exploratoria: cirugía de resección intestinal

Al examen físico:

Piel: T/E/H llenado cap. <2", ictericia en escleras +/+++ , palidez +/+++

Abd: Globuloso levemente distendido, eventración abdominal en línea medial, cicatriz de colecistectomía incisional, RHA (+) dolor en epigastrio a la palpación profunda, no signos peritoneales.

Se plantea : Síndrome icterico obstructivo d/c colangitis por coledocolitiasis.

Plan: se solicita pre- qx , perfil hepático, serológicos, ecografía de abdomen se le brinda tratamiento endovenoso con ketorolaco, ceftriaxona y metronidazol.

Resultados:

Hb: 7.2mg/dl leu:32.180 Abas (4%) TP:30.8 INR: 2.46 PLAQ:474000

BT: 10.23 BD: 9.35 BI: 0.88 PT: 5.98 ALB: 2.70 TGO:102

TGP:52

FA:588 PCR: 29.62 k: 2.8

Ecografía: Vía biliar ausente por antecedente qx , colédoco de 13mm.

Dx:

- 1.-Colangitis aguda Severa por coledocolitiasis primaria
- 2.-Anemia severa
- 3.-Alteración de la coagulación
- 4.-THE: Hipokalemia
- 5.-Hipoalbuminemia moderada
- 6.-Eventración abdominal no complicada

Plan:

NPO, hidratación, antibioticoterapia con ceftriaxona y ampicilina, ketoprofeno metamizol, omeprazol, Vit k, transfundir 2 PG, 5 PFC, s/s colangiorenancia e interconsulta a gastroenterología la cual después de ver las imágenes de colangiorenancia solicita drenaje percutáneo,

Radiología intervencionista luego de ver la colangiorenancia y la ecografía refiere que por el momento no hay disponibilidad para procedimiento para drenaje percutáneo, por lo que sugiere manejo quirúrgico.

Se realiza el control de Hb post transfusional: 9.7 y se solicita el riesgo quirúrgico y neumológico para programación quirúrgica.

Al día siguiente paciente en NPO, hidratación y antibioticoterapia, persiste con fiebre 38.7°C dolor abdominal en HCD y epigastrio, se terminan pre- qx e ingresa a SOP.

Cirugía realizada: LE+ derivación biliodigestiva en Y de Roux + rafia duodenal + rafia de colédoco + DPR.

Hallazgos: Eventración abdominal no complicada, Sd adherencial, derivación biliodigestiva hepática duodenal estenosada, colédoco dilatado sacular conteniendo bilis purulenta, barro y cálculos.

PO1 paciente con leve dolor en zona operatoria la cual está bien afrontada cubierta con gasas limpias y estériles. Drenaje Pen Rose con liquido serohemático de 72 cc aproximadamente.

PO4 Paciente refiere SAT y enfermería reporta picos febriles de 39.2°C y 38.5°C en 2 oportunidades respectivamente, a la exploración física preferencial ABD: Globuloso no distendido dolor a la palpación profunda en cicatriz de herida operatoria secretando un líquido seroso en pequeña cantidad, se solicita una ecografía de control, donde se confirma la sospecha de pequeño seroma de 10cc aprox, paciente ya cubierto con antibioticoterapia, se realiza limpieza exhaustiva de herida operatoria 2 veces día x 3 días consecutivos.

PO8 Paciente no refiere molestias, tolera la dieta blanda hipo grasa, no nauseas no vómitos ni SAT, a la exploración física preferencial ABD: globuloso no distendido, cicatriz infra supraumbilical de aprox 10cm bien aprontadas sin signos de flogosis RHA (+) b/d no doloroso a la palpación superficial ni profunda no signos peritoneales, paciente deambula sin apoyo, realiza deposiciones con normalidad, y evolución favorable es dada de Alta.

#### 1.4. MEDICINA

##### CASO CLÍNICO N°1

Paciente varón de 56 años de edad procedente de Lima- Breña llegó a emergencia acompañado de su hermano por presentar disnea a leves esfuerzos, además de SAT, sudoración nocturna de aproximadamente 7 días y tos no productiva



Antecedentes de importancia: HTA desde hace 20 años y DM desde hace 20 años no tratada, IRC c/ TRR (L-M-V) desde Nov 2022, Amputación infra condílea de MID el año 2016.

Examen físico:

PA:128/70 FC:120 TEMP:38.5°C FR:28x` SAT: 90%

Piel: Palidez +/+++ , no edemas, llenado capilar < 2".

T y P: MV abolido en base de hemitórax derecho, resto del examen no contributorio.

Luego de un AGA (pH: 7.4, pCO<sub>2</sub>: 37.7, pO<sub>2</sub>: 43.5) se plantea el diagnóstico presuntivo de IRA tipo 1 a d/c NAC y se solicita una Rx tórax, hemograma, urea, creatinina, glucosa, serológicos, COVID-19, Bk en esputo seriado.

Se le da soporte oxigenatorio con CBN a 3lt FIO<sub>2</sub> 32%.

RESULTADOS:

Rx tórax: Efusión pleural que ocupa 1/3 de HTD, no presencia de masas

Hemograma: hb: 5.8mg/dl leucocitos: 11.110 mm<sup>3</sup> (abast: 2%), Bk: negativo

Urea: 127 Creatinina: 6.68. Resto de exámenes no contributorio.

Se le solicita además una ecografía para cuantificar el volumen de derrame pleural: Donde se evidencia efusión pleural multitabcada con vol. de aprox. 700cc, por lo que se decide su hospitalización.

Se brinda dieta para paciente renal, ceftriaxona, se trata la hipertensión con su medicación habitual losartán y amlodipino, se transfunde 2 PG, HGT c/8 horas, I/C a Neumología y Nefrología.

En la evolución de nefrología indica TRR el mismo día. Neumología realiza toracocentesis evacuatoria y diagnóstica, se envía liquido pleural para cultivo de hongos y gérmenes, cultivo de Bk en liquido pleural, biopsia pleural, test de ADA.

Al día siguiente resultado de ADA: 31 U/l, BK liquido pleural: no se observan BAAR, Cultivo de líquido pleural: leucocitos 0.2 x campo, coloración Gram: no gérmenes, Cultivo: Negativo, Hb control: 8.2mg/dl.

PA: 115/70 FC: 72x' FR: 20x' SAT: 96 % se adiciona en la terapéutica hierro sacarato y ac. Fólico, se realiza destete progresivo de oxígeno. Persistencia de fiebre a pesar de tratamiento sintomático

Al 3er día llega la biopsia: Pleuritis crónica granulomatosa con centro necrótico caseiforme, confirmar especificidad con análisis de laboratorio y cuadro clínico, inmediatamente se realiza la i/c a neumología para recibir tratamiento por parte del equipo de PCT y le brindan tratamiento esquema sensible:

H:300 mg/ R:600mg c/24 hrs

E: 1200mg/ Z: 1500mg c/ 48 hrs post diálisis.

A los 2 días con mejoría clínica, cese de fiebre (T:36.2 °C) de tos Y SAT: 98% se retira apoyo oxigenatorio, y se realiza una Rx de tórax control; en donde se evidencia remisión de líquido pleural. Al 5to día de tratamiento antituberculoso se realizan exámenes de enzimas hepáticas las cuales se encontraban dentro de los parámetros normales.

Se realiza los trámites correspondientes para la terciarización para que el paciente pueda seguir recibiendo su hemodiálisis cerca a su domicilio, así como también la documentación por el equipo de PCT para que culmine su tratamiento antituberculoso, luego de 14 días de hospitalización y con evolución favorable el paciente es dado de Alta.

#### CASO CLÍNICO N°2:

Paciente varón de 49 años procedente de Independencia acompañado de un familiar no consanguíneo acude a emergencia por presentar herida en zona plantar de pie izquierdo desde hace aproximadamente 2 meses que no cedía a tratamiento con antibióticos.

Antecedentes de importancia: DM desde hace 15 años con tratamiento de glibenclamida y metformina c/24 hrs cada una. Amputación infra condílea de MID desde hace 3 años. Amputación del 3er dedo del pie Izquierdo hace 3 años

Examen físico:

PA:90/60 FC:107 x' TEMP:36.6°C FR:20x` SAT: 97%

Piel: Presencia de ulcera en zona plantar de pie izquierdo con segmentos de necrosis de regular extensión que abarca 1/3 posterior del talón y signos de

hipoperfusión, pulso pedio y tibial posterior ausente, llenado capilar 4 segundos, no edema.

Extremidades: Amputación infra condílea de MID. Amputación del 3er dedo del pie izquierdo. Resto del examen no contributorio.

Diagnóstico:

1.-Pie diabético Wagner 4

2.-DM 2 con complicaciones tardías .

Se solicita hemograma, TP, glucosa, urea, creatinina, serológicos, eco Doppler, se hospitaliza.

RESULTADOS:

Hemograma: hb: 10 mg/dl leucocitos: 26.690 mm<sup>3</sup> (abast: 3%) (seg.88%)  
plaq.347000, glu. 352

U:42 creatinina: 0.63, TP:18.5 INR:1.39 serológicos: negativos.

Se le brinda cobertura antibiótica con ciprofloxacino y clindamicina EV, insulina R escala móvil, insulina NPH sc, y procedemos a sacar cita para la ecografía Doppler.

Al día siguiente se realiza la ecografía Doppler: signos de insuficiencia arterial periférica a nivel de arteria tibial posterior condicionada por placas ateromatosa calcificadas, arteria tibial anterior y arteria pedia con ondas monofásicas y múltiples placas ateromatosas calcificadas.

Se realiza la interconsulta a CX cardiovascular y a traumatología.

Al segundo día de hospitalización Cx cardiovascular luego de revisar la ecografía Doppler sugiere Amputación infra condílea de MII.

El área de traumatología le explica a familiar y a paciente el procedimiento a realizar y los riesgos que conlleva dicha operación ambos aceptan procedimiento y lo programan para sala de operaciones.

Al tercer día se realiza los riesgos correspondientes y la evaluación por anestesiología para la preparación prequirúrgica.

Al quinto día de hospitalización paciente es operado de una Amputación transtibial izquierda. A las 72 hrs post qx es evaluado por el servicio de traumatología en donde no se evidencia signos de flogosis ni edemas en

herida operatoria por lo que el paciente es dado de Alta con evolución favorable.

## **CAPITULO II. CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA**

El **Hospital Nacional Arzobispo Loayza** es el hospital general más grande del país, desarrolla una política acorde con la del sector; brindando las facilidades para la atención oportuna de gran cantidad de personas de bajos recursos económicos, o que no cuentan con ningún tipo de seguro y deben acudir a los hospitales del Estado. Se encuentra ubicado en Av. Alfonso Ugarte 848 cercado de Lima y se encuentra en categoría III-1.

La función del interno es realizar las Historias clínicas del paciente, así como las evoluciones diarias, participar de las visitas médicas, así como de las juntas médicas, realizar procedimientos básicos como medición de funciones vitales y control de monitoreo; más complejos bajo supervisión de tutores o de residentes, tales como: AGA (gases arteriales), colocación y extracción de sondas, limpieza de heridas, retiro de drenes, retiro de puntos

**Centro De Salud San Cosme** se encuentra en el distrito de La Victoria, en Lima y pertenece a la Dirección de Salud Lima Centro, es un Establecimiento de Salud sin internamiento ubicado Av. Bauzate y Meza cdra. 23 la victoria. Se encuentra en la categoría I-3. (3)

Aquí los internos nos capacitamos para el correcto llenado de FUAs, hojas de referencias, recetas, aprendimos a familiarizarnos con los códigos CIE-10 y a cómo comenzar una adecuada entrevista médico -paciente, realizar seguimientos de PAP, y solicitar adecuadamente exámenes de laboratorio y complementarios.

## **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **III.1 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

## CASO CLÍNICO N°1

El estado nutricional es un aspecto muy importante en el mantenimiento de la salud, es principalmente el resultado del balance entre la necesidad y el gasto de energía alimentaría y otros nutrientes esenciales, este cobra aún más importancia durante procesos fisiológicos que implican crecimiento y desarrollo, como lo es el embarazo, que constituye un proceso crítico en la vida.(1). Diversas afecciones maternas como la hipertensión arterial (HTA), la desnutrición, la anemia, la diabetes mellitus y otras, pueden interferir con la nutrición intrauterina del nuevo ser. Lo que conlleva a que el desarrollo posterior del niño no sea el adecuado.

El peso insuficiente puede generar efectos en etapas posteriores de la vida, como tener un menor potencial de crecimiento en la infancia y mayor riesgo de sufrir patologías como: ictericia, infecciones, síndrome de dificultad respiratoria, problemas hematológicos, malformaciones congénitas y problemas metabólicos, debido a que los neonatos con pesos menores de 2.500 g, sufren adaptaciones ocasionadas por el déficit intrauterino.(2)

Tanto el estado nutricional pregestacional y la ganancia de peso durante la gestación son importantes para el desarrollo del nuevo ser , estableciéndose relaciones directas entre la alimentación adecuada de la madre y el peso al nacer. Así, las mujeres adelgazadas tienden a procrear infantes con bajo peso al nacer y las obesas niñas macrosómicos.

La mortalidad fetal intrauterina, la prematurez, las complicaciones del parto, la mortalidad perinatal e infantil, así como el bajo peso al nacer son afectados por el estado nutricional de la madre antes y durante el embarazo. (3).

Asi como también se debe de tener en cuenta que las gestantes con anemia puede tener consecuencias muy severas en el la madre. Por otro lado, el feto suele ser muy sensible a niveles bajos de hemoglobina menos severos predisponiéndolos a parto prematuro, óbito fetal, bajo peso al nacer, en la vida intrauterina y, anemia infantil, bajo rendimiento escolar, talla baja, trastornos del comportamiento en la vida extrauterina (4)

Esto ayuda a tomar importancia de realizar intervenciones integrales: Contribuir al desarrollo y bienestar de niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas en el marco de la atención integral de salud ;de manera adecuada y oportuna para identificar los factores de riesgo de enfermedades maternas como la anemia y del producto, que condicionan un deterioro posterior si es que no es diagnosticado y tratado a tiempo.

## CASO CLÍNICO N°2

El síndrome HELLP (SH) es una complicación severa del embarazo caracterizada por hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia. (5)Se trata de una entidad clínica considerada como una variante o una complicación de la preeclampsia (PE) grave, pero algunos autores consideran que se trata de un síndrome no relacionado con la PE, puesto que hasta en el 15-20% de los casos se presenta sin proteinuria ni hipertensión arterial (HTA)(6). Para el diagnóstico definitivo se requieren pruebas de laboratorio que confirmen la presencia de todos sus componentes o parte de ellos(7) Aunque en el caso de la paciente no se pudo obtener resultados de enzimas hepáticas ya la institución no tenía reactivo para dicho laboratorio igual se propuso como Síndrome de Hellp.

Es una de las situaciones maternas más graves del embarazo, que ocasiona tasas de mortalidad materna.

El trastorno del Síndrome de HELLP ocurre en su mayoría en gestaciones pretérmino, y se acompaña de complicaciones propias de la prematuridad: peso bajo al nacer, hipoglicemia, sepsis y enfermedad de membrana hialina.

El único tratamiento efectivo es la terminación con la gestación , debiendo ocurrir de inmediato en gestaciones mayores de 34 semanas y ante inestabilidad materna y/o fetal. Se podrá ser por parto vaginal o cesárea dependiendo del estado hemodinámico y cambios cervicales de la paciente.

El hallazgo fue incidental ya que la paciente acude a emergencia por un cuadro de faringitis y es ahí donde se hace la toma de presión arterial y se le realizan los serológicos, a pesar de que según refería no presentaba otras molestias.

Se activó el protocolo de Sd HELLP a pesar que no había como tal un resultado de perfil hepático pero había una plaquetopenia muy marcada y un DHL >600 , entonces es importante examinar a la gestante y prestar atención a los síntomas que presenta y las funciones vitales , ya que nos pueden sugerir que su estabilidad hemodinámica se encuentra alterada y con un hemograma básico en un principio se le pudo brindar el adecuado soporte a la gestante cómo al producto, para beneficio de la paciente el HNAL cuenta con UCI adulto y neonatal.

### III.2 PEDIATRIA:

#### CASO CLÍNICO N°1

La bronquiolitis aguda es una condición respiratoria frecuente en los niños menores de 2 años. Representa la principal causa de hospitalización infantil y se caracteriza por la presencia de sibilancias asociada a signos de una infección respiratoria alta(8). Se ha detectado con una frecuencia del 70-80% de los casos que acuden a emergencia el principal agente es el Virus sincicial respiratorio (VRS) ,seguido por rinovirus, y con menos frecuencia para influenza y virus de la gripe, los cuales afectan en su mayoría a niños menores de 2 años

Aproximadamente el 2-3% de los niños con una primoinfección por VRS en los primeros 12 meses de vida requiere hospitalización y el 2-6% de ellos ingreso en Cuidados Intensivos.

El rinovirus, clásicamente asociado con el catarro común en adultos y niños, es reconocido en la actualidad como el segundo virus más frecuente en la bronquiolitis del lactante. La circulación típica del rinovirus a lo largo de todo el año, con un pico de máxima incidencia en primavera y otoño.

Las manifestaciones se inicia con síntomas como rinorrea, estornudos y tos, con o sin fiebre, habitualmente no muy elevada. En un periodo de 1 a 4 días, la tos se hace más persistente, apareciendo irritabilidad, anorexia, taquipnea, disnea espiratoria, auscultación con sibilancias y/o crepitantes y dificultad respiratoria.

El diagnóstico es clínico, basado en la anamnesis y en la exploración física. Las pruebas complementarias no suelen ser necesarias salvo en situaciones muy concretas.

El tratamiento de la bronquiolitis se basa fundamentalmente en medidas de apoyo o de soporte, no siendo necesario el uso de fármacos de forma rutinaria. La mayoría de los casos son leves, por lo que pueden ser tratados en el propio domicilio y controlados en Atención Primaria. Sin embargo, algunos niños pueden progresar hacia formas más graves, requiriendo valoración e ingreso hospitalario.

En el caso del paciente fue muy importante establecer bien los datos de la historia clínica, la presentación de ella, la cronología con la cual se fueron presentando los síntomas y una buena exploración física para dar con un adecuado diagnóstico, clasificarlo según los grados de severidad de la bronquiolitis para una adecuada decisión y posterior a ello un tratamiento oportuno para la mejoría del paciente; Así como también estar pendientes de los signos de alarma, como empeoramiento del cuadro clínico, mal estado general, no succión, irritabilidad; para pasarlo a unidad de cuidados intensivos y brindarle los cuidados necesarios según su severidad. Su manejo requiere de interpretaciones clínicas homogéneas, Existen varias escalas para valorar la gravedad BA, ninguna ha sido validada, ni aceptada universalmente por su gran variabilidad inter-observador(9)

En el caso del paciente fue muy importante establecer bien los datos de la historia clínica, la presentación de ella, la cronología con la cual se fueron presentando los síntomas y una buena exploración física sobre todo el triángulo de evaluación pediátrica para dar con un adecuado diagnóstico, clasificarlo según los grados de severidad para una adecuada decisión y posterior a ello un tratamiento oportuno para la mejoría del paciente; Así como también estar pendientes de los signos de alarma, como empeoramiento del cuadro clínico, mal estado general, no succión, irritabilidad; para pasarlo a unidad de cuidados intensivos y brindarle los cuidados necesarios según su severidad.



También tenemos que tener en cuenta que la bronquiolitis si es diagnosticada a tiempo y con menos rango de severidad puede ser atendida de manera ambulatoria en Atención primaria y de manera ambulatoria.

## CASO CLÍNICO N°2

Las infecciones de piel y partes blandas son un motivo de consulta frecuente en los centros de atención primaria de la salud. Los datos epidemiológicos locales son escasos, siendo el *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes* los principales agentes etiológicos(10)

La celulitis se manifiesta como un área de eritema, edema y calor en la piel; se desarrolla como resultado de la entrada de bacterias a través de brechas en la barrera de la piel. Un absceso cutáneo es una acumulación de pus dentro de la dermis o del espacio subcutáneo. El diagnóstico erróneo de estas entidades es común, y los posibles diagnósticos alternativos deben considerarse cuidadosamente.

Los factores predisponentes asociados con el riesgo de celulitis y/o absceso cutáneo incluyen:

Alteración de la barrera cutánea debido a un traumatismo (como abrasión, herida penetrante, úlcera por presión, úlcera venosa de la pierna, picadura de insecto, uso de drogas inyectables), inflamación de la piel, edema por alteración del drenaje linfático, edema por insuficiencia venosa, obesidad, inmunosupresión. Un factor de riesgo adicional para el desarrollo de infecciones purulentas de la piel y los tejidos blandos es el contacto cercano con otras personas con infección o portador de *S. aureus*

La causa más común de celulitis son los estreptococos betahemolíticos, más comúnmente *estreptococos* del grupo A o *Streptococcus pyogenes*; *S. aureus*. Los bacilos aerobios gramnegativos se identifican en una minoría de casos. La causa más común de absceso cutáneo es *S. aureus*.

La celulitis afecta la dermis más profunda ,se desarrollan como resultado de la entrada de bacterias. Un absceso cutáneo es una acumulación de pus dentro de la dermis o el espacio subcutáneo. Se manifiesta como un nódulo eritematoso, fluctuante y doloroso, con o sin celulitis circundante. Puede

ocurrir drenaje espontáneo de material purulento. Puede observarse adenopatía regional. Las áreas comunes de afectación incluyen la parte posterior del cuello, la cara, las axilas y las nalgas.

Complicaciones: las complicaciones de la celulitis y los abscesos incluyen bacteriemia, endocarditis, artritis séptica u osteomielitis, infección metastásica, sepsis y síndrome de shock tóxico

Aproximadamente el 2 por ciento de las visitas al departamento de emergencias son para la evaluación de abscesos en la piel y muchos de estos pacientes requieren incisión y drenaje los cuales se dejen abiertos para que cicatricen por segunda intención

Se recomienda la incisión y drenaje para absceso, carbúnculo, forúnculos grandes (más de 2cm) y quiste epidermoide infectado(11).

Para la mayoría de los pacientes que llegan con un absceso en zona glútea y sin factores de riesgo asociado para alguna complicación , por lo general se observa , haciendo el manejo con antibiótico como se estaba tratando al paciente pero no hubo mejoría; todo lo contrario, por lo que se decidió el drenaje con cierre de segunda intención más los antibióticos, pues la recurrencia es alta cuando no se trata a los abscesos con antibióticos, además que junto a ello presentaba una celulitis y la evolución fue muy favorable para el paciente.

### III.3 CIRUGÍA:

#### CASO CLÍNICO N°1

La vesícula biliar es un órgano hueco cuya función es almacenar y concentrar bilis mide entre 7 a 10 cm de largo, con la capacidad de contener hasta 300 ml de bilis, entonces cuando se produce algún tipo de obstrucción en el tracto de salida, ésta se inflama y causa dolor. La litiasis vesicular es la concentración de formaciones sólidas en la vésicula y la vía biliar a consecuencia de alteraciones en la composición de la de la bilis . Los

cálculos pueden estar formados de colesterol, pigmento de bilirrubina polimerizado, bilirrubinato cálcico, palmitato cálcico. Las manifestaciones de pueden presentar como cólico biliar, Colecistitis calculosa aguda, Colecistitis calculosa crónica, colangitis aguda.

a mayoría de los cálculos en el colédoco en la población occidental van a ser cálculos que migraron desde la vesícula biliar, aunque la formación primaria dentro de la vía biliar común también es posible, pero menos frecuente(12)La colelitiasis es una de las patologías más comunes del tubo digestivo, su incidencia se ve afectada por factores como género (más frecuente en mujeres, aparentemente por la exposición a estrógenos y progesterona) y edad (a mayor edad, mayor prevalencia), además de otros como dieta rica en grasas, embarazo, obesidad, y algunas patologías hereditarias como la talasemia, anemia falciforme, entre otras.

El proceso inicial en la formación de cálculos biliares es un cambio físico de la bilis, dado por el aumento de colesterol en la misma, generando que pase de ser una solución insaturada a saturada, por lo que los elementos sólidos precipitan. El tratamiento curativo y definitivo de elección para la enfermedad litiásica de la vía biliar es la colecistectomía y extracción de los cálculos de la VBP.(13)

Nuestra paciente tiene factores de riesgo como ser mujer joven y usuaria de anticonceptivos de larga data lo que condiciona aún más la formación de cálculos de colesterol, por suerte no hubo complicaciones que por lo general son las descritas letras más arriba.

## CASO CLÍNICO N°2

La colangitis aguda es la inflamación de las vías biliares que involucra elementos inflamatorios e infecciosos, con afectación sistémica y que generalmente pone en riesgo la vida del paciente. Fue descrita por primera vez por Jean Marie Charcot en el año 1877 y se manifiesta habitualmente por una tríada de signos y síntomas clásicos que incluyen fiebre, ictericia y dolor abdominal(14).

Debido a que la presentación puede ser oligosintomática, lo que dificulta la sospecha clínica, no siempre es posible implementar los estudios complementarios necesarios para arribar al diagnóstico de certeza.

Teniendo en cuenta que la colangitis aguda es una emergencia médica que requiere tratamiento agresivo y extracción urgente de los cálculos, sea por vía endoscópica o quirúrgica. Se administran antibióticos, similares a los utilizados para la colecistitis(15), lo que se proponía con la paciente pero desafortunadamente no contábamos con disposición de sala para drenaje percutáneo por ese momento, así que decidió la vía quirúrgica abierta.

### III.4 MEDICINA

#### CASO CLÍNICO N°1

A escala mundial, la tuberculosis sigue siendo una de las causas más frecuentes de derrames pleurales. La comprensión de la patogénesis de la enfermedad ha evolucionado y ahora se cree que lo que alguna vez se pensó que era un derrame como resultado de una reacción de hipersensibilidad retardada pura, es ahora la consecuencia de la infección directa del espacio pleural con una serie de eventos que incluyen una respuesta inmunológica(16). Los signos y síntomas de los pacientes con derrame pleural tuberculoso suelen tener una enfermedad febril aguda con tos no productiva (94 %) y dolor torácico pleurítico (78 %). También pueden ocurrir sudores nocturnos, escalofríos, debilidad, disnea y pérdida de peso. El recuento de glóbulos blancos periféricos suele ser normal. Los derrames pleurales tuberculosos suelen ser unilaterales, de tamaño pequeño a moderado, autolimitados y ocurren con una frecuencia un poco mayor en el lado derecho que en el izquierdo

El ADA elevado (>40 U/L) más linfocitosis en el líquido pleural debe alertar el diagnóstico de tuberculosis pleural e instaurar un tratamiento temprano(17). El enfoque de la terapia antituberculosa para el tratamiento del derrame pleural tuberculoso es el mismo que el enfoque del tratamiento de la tuberculosis (TB) pulmonar activa.

El diagnóstico de TBe es un reto para los galenos, porque en ocasiones, no se considera dentro de las hipótesis. Una vez que se plantea el diagnóstico presuntivo, se necesita obtener muestras microbiológicas o histológicas para la confirmación, y esto requiere de la realización de procedimientos invasivos en muchas ocasiones(18).

En el caso del paciente presentaba tos no productiva y el derrame era 1/3 de lóbulo inferior de hemitórax derecho y se encontró el *mycobacterium tuberculosis* en biopsia pleural ya que en el cultivo y en el BK había salido negativo, además hubiera sido bueno pedirle LDH al paciente, pero en esos momentos el hospital no contaba con reactivos. El tratamiento que se le brindó al paciente es el esquema de TBC pulmonar.

#### CASO CLÍNICO N°2:

La Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV) define “pie diabético” como una “entidad clínica de base etiopatogénica neuropática inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que, con o sin coexistencia de isquemia y previo desencadenante traumático, se produce lesión y/o ulceración del pie”(19).

La presentación clínica es variable, puede haber signos sistémicos de infección o cursar sin dolor ni desarrollar fiebre, ni los clásicos signos de sepsis(20). Sin embargo, estos signos y síntomas pueden no ser evidente en todos los casos.

La evaluación de un paciente con sospecha de infección del pie diabético implica tres pasos clave: 1) determinar el alcance y la gravedad de la infección, 2) identificar los factores subyacentes que predisponen y promueven la infección, y 3) evaluar la etiología microbiana.

La clasificación de Meggitt-Wagner: Consiste en la utilización de 6 categorías o grados. Cada grado describe un tipo de lesión. Los tres primeros recogen como descriptor principal la profundidad, el cuarto recoge como descriptor adicional la infección y los dos últimos incluyen la enfermedad vascular.(21)

- Grado 0: Ninguna, pie de riesgo
- Grado 1: Úlcera superficial
- Grado 2: Úlcera profunda
- Grado 3: Úlcera profunda con absceso, osteomielitis o tendinitis
- Grado 4: Necrosis limitada
- Grado 5: Necrosis extensa

Para clasificar al paciente según WAGNER él se encuentra en grado 4 ya que tiene gran parte del talón con gangrena.

En el tratamiento se usará:

Terapia antimicrobiana empírica debe seleccionarse en función de la gravedad de la infección y la probabilidad de participación de organismos resistentes.

La cirugía se realizará en infecciones graves y, en la mayoría de los casos, de infecciones moderadas. Las infecciones que se presentan en el pie diabético pueden variar en severidad, desde celulitis a fascitis necrotizante, el mal control de la patología metabólica pone al paciente a un estado de inmunosupresión lo cual lo predispone al desarrollo de infecciones, coadyuvado por los cambios patológicos de la piel(22). El desbridamiento quirúrgico es necesario para la curación de infecciones complicadas por abscesos, afectación ósea o articular extensa, crepitación, necrosis, gangrena o fasciitis necrotizante y es importante para el control de la fuente en pacientes con sepsis grave.

A pesar de tratamiento antimicrobiano, se usó el tratamiento quirúrgico ya que la extensión de la necrosis era masiva y el paciente tiene factores de riesgo para las infecciones de pie diabético siendo éstas las glicemias mal controladas, enfermedad vascular periférica alterada con placas ateromatosas según nos muestra la ecografía Doppler, además es una paciente en estado de abandono, pues a pesar de que llegó acompañado hubo días de visita se encontraba sólo.

## **CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

El internado lo inicié en el Centro de Salud San Cosme el cual tiene una ubicación de difícil acceso y la zona alrededor son mercados los cuales se tenía que atravesar para llegar al Centro de Salud, se ingresaba a las 7am y la salida era a la 1 pm, habían días de guardias de 12 hrs, pero todo se desarrollaba con normalidad, a pesar de que la zona es conocida como peligrosa, por fortuna no sucedieron eventos que vayan en contra de la integridad de los internos.

En el mes de noviembre fue el cambio de Centro a Hospital y empecé con la rotación de Gine- obstetricia el cual tenía por regla ingresar a las 6 am para agilizar todas las tareas a realizar ese día, Luego rotar por pediatría, se vivió la Navidad con los niños aún en hospitalización, llegaban muchas ONG a brindar su apoyo por esos días y arrancarles una sonrisa en medio del caos propio de cada enfermedad, difícil de olvidar.

Cirugía es la especialidad que se apoderó de todas nuestras energías y en la cual se participó con mucha destreza, hubo mucho campo para aprender y fortalecer conocimientos, así como también desarrollarnos en ello.

Medicina interna fue una recopilación de las rotaciones anteriores y los tutores y residentes nos brindaban más confianza para realizar nuestras actividades.

Lo que empañaba el desempeño de todos los internos era la falta de reactivos para la realización de exámenes de laboratorio y materiales para la realización de curaciones y/o tratamientos.

## **CONCLUSIONES**

El internado médico se desarrolla en el séptimo año de la carrera de Medicina Humana es una etapa en donde es indispensable que los internos, aún alumnos integren, apliquen y consoliden los conocimientos adquiridos durante años anteriores, así como también seguir aprendiendo técnicas de procedimientos y valores de sus maestros y compañeros.

El interno cumple un rol importante, atendiendo y haciendo seguimientos incluso en muchas ocasiones son el soporte emocional de los pacientes.

El trabajo en equipo es muy importante ya que el médico necesita el apoyo de enfermería, técnicos de enfermería, otras especialidades, personal administrativo para el buen desempeño y curación del paciente.

En Atención primaria es muy importante la Promoción de la Salud, captar al paciente, hacerle seguimiento y que cumpla con el tratamiento es un arduo trabajo pero que sí se logra cuando se realiza con dedicación y esmero.



## **RECOMENDACIONES**

Se recomienda a los nuevos internos a disfrutar de esta maravillosa etapa la cual solo tendrá una sola oportunidad de vivirla, y de aprovecharla ya que el tiempo de 10 meses en el internado no es lo suficiente para tanto aprendizaje de todas las rotaciones. Tener iniciativa a la hora de realizar procedimientos y/o curaciones.

En los centros de médicos, colaborar con las campañas de promoción de la Salud e incentivar a los pacientes cumplir con las citas.

Tener en cuenta que detrás de cada paciente hay una familia y una historia, tratarlos siempre con respeto y explicarles de manera adecuada y con lenguaje sencillo la terapéutica, procedimientos o análisis a realizarse, siempre bajo supervisión y autorización de tus superiores.

Asegurarse que los pacientes hayan recibido su medicación tal cual se le indicó; frecuencia y cantidad.

Sería siempre oportuno que en instituciones tan grandes como es el HNAL tomen las precauciones necesarias para que no falten insumos que imposibiliten un adecuado diagnóstico y/o tratamiento.

Así como también recomendaría que les permitan a los internos realizar rotaciones de emergencia en el área de cirugía y traumatología lo cual mejoraría su desempeño y destreza como futuro médico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. San Gil Suárez CI, Ortega San Gil Y, Lora San Gil J, Torres Concepción J, San Gil Suárez CI, Ortega San Gil Y, et al. Estado nutricional de las gestantes a la captación del embarazo. Rev Cuba Med Gen Integral [Internet]. junio de 2021 [citado 18 de abril de 2023];37(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-21252021000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252021000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
2. Vaca-Merino V, Maldonado-Rengel R, Tandazo-Montaño P, Ochoa-Camacho A, Guamán-Ayala D, Riofrio-Loaiza L, et al. Estado Nutricional de la Mujer Embarazada y su Relación con las Complicaciones de la Gestación y el Recién Nacido. Int J Morphol. 2022;40(2):384-8.
3. Noack Sierra A, Quiroa Robledo M, Chocó-Cedillos A. Estado nutricional de embarazadas con complicaciones obstétricas y neonatales atendidas en el Hospital Roosevelt. Rev Cient Guatem. 2018;44-56.
4. Factores asociados a anemia en gestantes hospitalizadas del Hospital San José | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 13 de octubre de 2022 [citado 18 de abril de 2023]; Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/203>
5. Zapata Díaz BM, Orestes Ramírez Cabrera J, Zapata Díaz BM, Orestes Ramírez Cabrera J. Diagnóstico y manejo oportunos del síndrome HELLP. Rev Peru Ginecol Obstet. enero de 2020;66(1):57-65.
6. Mayorga-Garcés A, Chaguaro-Torres M, Paredes-Vásquez B. Actualización sobre el síndrome de HELLP. Rev Cienc Médicas Pinar Río. 19 de enero de 2023;27(0):5851.
7. Arigita Lastra M, Martínez Fernández GS. Síndrome HELLP: controversias y pronóstico. Hipertens Riesgo Vasc. 2020;37(4):147-51.
8. ACTUALIZACION DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA | Neumología Pediátrica [Internet]. [citado 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.neumologia-pediatria.cl/index.php/NP/article/view/326>
9. 77-86\_bronquiolitis\_aguda.pdf [Internet]. [citado 18 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/77-86\\_bronquiolitis\\_aguda.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/77-86_bronquiolitis_aguda.pdf)
10. Palma DAN, Biasi MON. INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS.
11. Valderrama-Beltrán S, Cortés JA, Caro MA, Cely-Andrado L, Osorio-Pinzón JV, Gualtero SM, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y

manejo de las infecciones de piel y tejidos blandos en Colombia. Infectio. 9 de septiembre de 2019;23(4):318.

12. Controversias en cirugía: coledocolitiasis y coledocolitiasis ¿Exploración de vías biliares laparoscópica más colecistectomía laparoscópica (cirugía en un paso) o CPRE y colecistectomía laparoscópica (cirugía en dos pasos)? | Revista Colombiana de Cirugía [Internet]. [citado 18 de abril de 2023].

Disponible en:

<https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/1373>

13. Salom A, Miranda A, Pais C, Murias F, Giliberti B, Abiuso L, et al. Incidencia de litiasis vesicular asintomática en pacientes con complicaciones biliares. Rev Cir Urug [Internet]. julio de 2022 [citado 18 de abril de 2023];6(1). Disponible en:

[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1688-12812022000101202&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-12812022000101202&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

14. Hepaticogastrostomía guiada por ecoendoscopia en pacientes con estenosis biliares malignas proximales. Serie de casos [Internet]. 2021 [citado 18 de abril de 2023]. Disponible en:

<https://actagastro.org/hepaticogastrostomia-guiada-por-ecoendoscopia-en-pacientes-con-estenosis-biliares-malignas-proximales-serie-de-casos/>

15. Coledocolitiasis y colangitis - Trastornos hepáticos y biliares [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 18 de abril de 2023].

Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-hep%C3%A1ticos-y-biliares/trastornos-de-la-ves%C3%ADcula-biliar-y-los-conductos-biliares/coledocolitiasis-y-colangitis>

16. Checa OMH, Gamarra MDM, Sánchez MEC, Piloza MFS. Derrame pleural de origen tuberculoso. RECIMUNDO. 24 de septiembre de 2019;3(3):275-96.

17. Toalombo CJ, Mogrovejo LH, Buenaño DF. Tuberculosis pleural: reporte de caso. Medicencias UTA. 1 de julio de 2022;6(3):82-5.

18. González-Díaz D, Álvarez-Yanes Y, Fernández-García S, Díaz-Toledo M, Díaz-Garrido D, González-Díaz D, et al. Aspectos clínico-imagenológicos de pacientes diagnosticados con tuberculosis extrapulmonar, La Habana 2016-2019. Rev Inf Científica. octubre de 2020;99(5):425-34.

19. Menéndez Fernández M, NPunto. EL PIE DIABÉTICO: ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO. EL PIE Diabét Etiol Trat. 10 de agosto de 2020;130(130):1-130.

20. Carro GV, Dini A, De Los Rios Espada GB, Tamashiro G, Llanos MDLÁ, Claros Fuentes DE, et al. Presentación atípica de pie diabético en pacientes pos-COVID-19. Med B Aires. agosto de 2021;81(6):1076-80.

21. Ascaño Ortega A. Criterios y resultados de la aplicación de las clasificaciones para pacientes con pie diabético. Rev Cuba Med Mil

[Internet]. diciembre de 2021 [citado 18 de abril de 2023];50(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0138-65572021000400033&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-65572021000400033&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

22. Triana-Ricci R, Martínez-de-Jesús F, Aragón-Carreño MP, Saurral R, Tamayo-Acosta CA, García-Puerta M, et al. Recomendaciones de manejo del paciente con pie diabético. Curso de instrucción. Rev Colomb Ortop Traumatol. 1 de octubre de 2021;35(4):303-29.