

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL MARÍA
AUXILIADORA Y CENTRO DE SALUD GUSTAVO LANATTA LUJÁN
DURANTE EL PERIODO 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

PATRICK PERALTA GONZALES

ASESORA

ROSA LUZ QUISPE CASAS

LIMA - PERÚ

2024



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
MARÍA AUXILIADORA Y CENTRO DE SALUD GUSTAVO
LANATTA LUJÁN DURANTE EL PERIODO 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

PATRICK PERALTA GONZALES

ASESOR:

DRA. ROSA LUZ QUISPE CASAS

LIMA, PERÚ

2024

JURADO

Presidente: FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

Miembro: JOHANDI DELGADO QUISPE

DEDICATORIA

Dedicado a mis padres Sandy y Manuel, que son mi ejemplo a seguir y siempre han estado a mi lado apoyándome incondicionalmente en todas mis metas y sueños.

A mi tía Rocina, quien es parte fundamental de lo que he logrado.

A mi familia, amigos y docentes que han contribuido en mi formación humana y profesional.

A Sissi, quien me acompañó durante mis amanecidas sin emitir un solo ladrido y es mi fiel compañera.

ÍNDICE

DEDICATORIA	III
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VIII
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Medicina interna	1
2.1 Ginecología-obstetricia	4
3.1 Pediatría	7
4.1 Cirugía	11
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	16
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	18
1.1 Medicina interna	18
2.1 Ginecología-obstetricia	20
3.1 Pediatría	22
4.1 Cirugía	25
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	29
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES	32
FUENTES DE INFORMACIÓN	33
ANEXOS	1

RESUMEN

El presente trabajo ha sido elaborado por un interno de medicina humana de la Universidad San Martín de Porres con el fin de describir las experiencias durante el internado médico en el periodo de junio del 2022 a marzo del 2023. Debido a la crisis sanitaria que afecta al Perú desde el 2020, el MINSA publicó lineamientos estableciendo 10 meses de duración total del internado, los cuales fueron divididos de la siguiente manera: 5 meses en un centro de salud de primer nivel y 5 meses en una sede hospitalaria. Esta experiencia permitió tener un enfoque más amplio, desde la parte práctica, del sistema de salud en el Perú. La finalidad del internado es poner en práctica los conocimientos y aptitudes aprendidos durante los años previos, fortalecer el trabajo en equipo y mejorar habilidades en la prevención y promoción de la salud. El **objetivo** de este informe es describir la experiencia del internado médico tanto en el centro de salud Gustavo Lanatta Luján como en el hospital María Auxiliadora. Para el **desarrollo** del informe se seleccionaron 8 casos clínicos obtenidos durante el internado, tanto de la sede hospitalaria como del centro de salud, y se narra la evolución del paciente desde el ingreso hasta el alta médica. Como **conclusión**, el internado médico es el último año de la carrera de medicina humana y representa la preparación, tanto para el Serums como para la vida profesional.

ABSTRACT

This work has been prepared by a human medicine intern from the San Martín de Porres University in order to describe the experiences during the medical internship in the period from June 2022 to March 2023. Due to the health crisis that affects the In Peru, since 2020, the MINSA published guidelines establishing 10 months of total duration of the internship, which were divided as follows: 5 months in a first-level health center and 5 months in a hospital. This experience allowed us to have a broader approach, from the practical side, of the health system in Peru. The purpose of the internship is to put into practice the knowledge and skills learned during the previous years, strengthen teamwork and improve skills in health prevention and promotion. The **objective** of this report is to describe the experience of the medical internship at both the Gustavo Lanatta Lujan health center and the María Auxiliadora hospital. For the **development** of the report, 8 clinical cases obtained during the internship were selected, both from the hospital headquarters and the health center, and the patient's evolution from admission to medical discharge is narrated. In **conclusion**, the medical internship is the last year of the human medicine degree and represents preparation, both for the Serums and for professional life.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
Y CENTRO DE SALUD GUSTAVO LANATT
A**

AUTOR

PATRICK PERALTA GONZALES

RECUENTO DE PALABRAS

9366 Words

RECUENTO DE CARACTERES

53859 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

44 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

171.5KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 13, 2024 11:43 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 13, 2024 11:44 AM GMT-5

● 18% de similitud general

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

- 18% 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

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
DPTO. DE CIRUGIA SERV. CIRUGIA GENERAL

Rosa Luz Quispe Casas

Dra. ROSA LUZ QUISPE CASAS
MÉDICO ASISTENTE
C.O.P. 10012

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3595-4149>

ASESOR: Rosa Luz Quispe Casas

DNI: 10866413

INTRODUCCIÓN

El internado médico se realiza en el último año de la carrera de medicina humana, después de pasar 3 años de ciencias básicas y 3 años de ciencias clínicas. Este constaba, hasta el año 2019, de doce meses de duración con prácticas completamente realizadas en centros hospitalarios. Debido a la crisis sanitaria causada por la pandemia del SARS-CoV-2, el internado sufrió algunos cambios tanto en la duración como en la distribución de los internos. A partir del 2020 se redujo el tiempo del internado médico a 10 meses y se alternó la estancia hospitalaria con prácticas en centros de salud de primer nivel. La rotación en el centro de salud de primer nivel permite al interno entender cómo se manejan y dirigen las campañas de prevención y promoción de la salud en las comunidades a las cuales pertenecen, además sirve de preparación para el Serums.

El centro de Salud Gustavo Lanatta Luján se encuentra en el distrito de Chorrillos, pertenece a la Diris Lima Sur, RIS Chorrillos-Barranco-Surco.(1) Es un establecimiento de nivel I-3 y cuenta con múltiples servicios. En este centro el alumno rotó por los servicios de medicina general 2 meses, nutrición 2 semanas, PCT 1 mes, PROCETS 2 semanas, rayos x 2 semanas y tópico 2 semanas.

El hospital María Auxiliadora se ubica en el distrito de San Juan de Miraflores y pertenece a la Diris Lima Sur. Es un hospital de nivel III-1 que junto con el hospital de emergencia de Villa el Salvador son los dos centros de referencia de todo Lima Sur. Cuenta con los servicios de atención de emergencias, sala de parto, hospitalización, diagnóstico por imágenes, centro quirúrgico, rehabilitación y laboratorio. En el hospital, el interno realizó las rotaciones de pediatría, cirugía, medicina interna y ginecología-obstetricia con una duración de cinco semanas cada una.

La función del interno de medicina tanto en el centro de salud como en el hospital, es abordar correctamente al paciente realizando una buena historia clínica, lo cual implica el llenado correcto de la anamnesis, incluyendo a los antecedentes y el examen físico para plantear el mejor plan de trabajo

aplicando los conocimientos estudiados durante los 6 años previos de manera conjunta y eficaz.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

En el presente capítulo se presentarán 8 casos clínicos estudiados y experimentados por el autor durante las cuatro rotaciones del internado médico:

1.1 Medicina interna

Caso clínico 1

Anamnesis

Paciente varón de 32 años, acude a emergencia del hospital María Auxiliadora. Menciona que desde hace 3 días presenta un cuadro caracterizado por sensación de alza térmica no cuantificada, dolor y aumento del volumen del miembro inferior derecho. Refiere que los síntomas iniciaron después de una caída en su centro de labores y que presenta una herida en la zona afectada. Niega antecedentes patológicos y quirúrgicos; niega alergias.

Examen físico

Funciones vitales: Temperatura: 37.5°C, frecuencia cardíaca: 82, frecuencia respiratoria: 17, saturación de oxígeno: 99%, presión arterial: 120/80, talla: 1.68, peso: 71.5 kg.

Piel: caliente, húmeda, elástica.

Miembro inferior derecho: 1/3 superior de cara interna presenta signos de flogosis en área aproximada de 6x5 cm: edema +/+++ , rubor y calor. Dolor a la palpación y leve limitación funcional.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores, no tirajes.

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad. No hay soplos audibles.

Abdomen: depresible, blando y sin dolor a la palpación. Ruidos hidroaéreos presentes. No hay signos peritoneales.

Sistema nervioso central: localizado en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow: 15 puntos.

Impresión diagnóstica

Celulitis de miembro inferior derecho

Plan de trabajo

Se le solicitan examen de sangre completo, glucosa en sangre, perfil lipídico, urea, creatinina y curación diaria de la herida.

Exámenes auxiliares

- Glucosa: 86 mg/dl, urea: 34.9, creatinina: 1.1, triglicéridos: 140.2, colesterol total: 170.
- Hematología: leucocitos: 9900, Hemoglobina: 16.1, Hematocrito: 49, abastionados: 1%, segmentados: 67%, eosinófilos:1%, monocitos: 6%, linfocitos: 25%.

Tratamiento

Con los resultados obtenidos se decide iniciar antibioticoterapia con penicilina procaínica 1 millón UI y dicloxacilina 500mg c/6h x 7 días. Curaciones diarias con aplicación de ácido fusídico en crema por 10 días.

Reevaluación en consultorio externo de medicina interna en 1 semana.

Caso clínico 2

Anamnesis

Paciente varón de 44 años de edad. Acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 2 meses caracterizado dolor en hemitórax izquierdo de tipo pleurítico con malestar general asociado a sensación de alza térmica. 2 días antes del ingreso se agrega tos con expectoración marrón. Los síntomas empeoran por lo cual acude al nosocomio. Antecedentes: Absceso pulmonar en octubre del año pasado, recibió tratamiento antibiótico en otro nosocomio por 2 meses sin completar el esquema total. No recuerda el nombre de los fármacos recibidos en aquella ocasión. No volvió para reevaluación.

Diagnóstico de epilepsia hace 5 años con tratamiento actual con fenitoína. Niega intervenciones quirúrgicas ni reacción adversa a medicamentos.

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardíaca: 74, frecuencia respiratoria: 19, saturación de oxígeno: 95%, presión arterial: 123/75, talla: 1.64, peso: 60 kg.

Piel: Fría, poco elástica y poco hidratada. Llenado capilar menor de 2 segundos. No signos de ictericia ni cianosis.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en hemitórax derecho, pasa abolido en 1/3 inferior de hemitórax izquierdo.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad. No se auscultan soplos.

Abdomen: Simétrico, ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible.

Sistema nervioso central: localizado en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow: 15 puntos. Moviliza 4 extremidades, no signos de focalización.

Impresión diagnóstica

Absceso pulmonar en hemitórax izquierdo

Descartar tuberculosis pulmonar

Epilepsia por historia clínica

Plan de trabajo

Se solicita hemograma completo, análisis de gases arteriales (AGA), radiografía de tórax postero-anterior y lateral, muestra de esputo para examen de BK seriado. También se manda la interconsulta al servicio de neumología para sugerencias en el manejo.

Exámenes auxiliares

- Hematología: leucocitos: 23,410, abastionados: 8%, hemoglobina: 9.5, plaquetas: 638, linfocitos: 2282, glucosa: 144, urea: 8, creatinina: 0.39.
- Examen de BK seriado: 1er muestra: negativo, 2da muestra: negativo, 3era muestra: negativo.

- Radiografía de tórax: signo de consolidado en hemitórax izquierdo.

Tratamiento

Se decide su hospitalización con radiografía de tórax con consolidado en hemitórax izquierdo, con hemograma patológico (leucocitos: 23,410 y abastionados: 8%) y se inicia antibióticoterapia con ciprofloxacino 400mg cada 12h y clindamicina 600mg cada 8h por un tiempo de 42 días.

2.1 Ginecología y Obstetricia

Caso clínico 1

Anamnesis

Paciente femenina de 46 años de edad, acude a consultorio externo de ginecología con un tiempo de enfermedad de 10 años caracterizado por dolor pélvico a predominio de hemiabdomen inferior derecho asociado a sensación de masa en el mismo lado. Actualmente refiere presentar poliaquiuria. Niega antecedentes personales, niega antecedentes familiares. Antecedentes ginecológicos: G0P0, menarquia: no recuerda, FUR: hace 1 semana, RC: 3d/30d, IRS: 35 años, NPS: 1, MAC: preservativo, PAP: hace 2 meses (-). Niega cirugías previas, niega reacción adversa a medicamentos.

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 82, frecuencia respiratoria: 16, saturación de oxígeno: 98%, presión arterial: 110/70, talla: 156, peso: 67 kg.

Piel: Tibia, elástica e hidratada. Llenado capilar menor de 2 segundos. No ictericia ni cianosis.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos audibles.

Abdomen: Poco globuloso. Ruidos hidroaéreos presentes. Blando, depresible. No dolor a la palpación superficial ni profunda. Útero de +/- 2 cm por encima de cicatriz umbilical.

Genitales externos: No evidencia de sangrado vaginal.

Génito-urinario: Puño-percusión lumbar: positivo. Puntos renoureterales: negativos.

Sistema nervioso central: Localizada y orientada en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow: 15 puntos. Reflejos osteotendinosos: ++/++++.

Impresión diagnóstica

Infección de tracto urinario

Miomatosis uterina

Plan de trabajo

Examen de orina completo

Hemograma completo

Ecografía transvaginal

Exámenes auxiliares

Hemograma: leucocitos: 4,900, abastionados: 0%, plaquetas: 389000, hemoglobina: 13.6.

Examen de orina: leucocitos: 20-40 por campo.

Ecografía transvaginal: mioma cervical 8x6 cm, un mioma intramural en cara anterior de 42mm, uno en posterior de 41mm y dos miomas subserosos.

Tratamiento

Preparar para cirugía electiva: histerectomía abdominal subtotal (HAST).

Reporte operatorio

Operación realizada: HAST + Anexectomía izquierda.

Diagnóstico postoperatorio: Miomatosis uterina.

Hallazgos: Útero miomatoso de 30x30cm con múltiples miomas subserosos siendo el mayor de +/-15cm. Anexos sin alteraciones.

Caso clínico 2

Anamnesis

Paciente femenina de 33 años, acude a tópico de ginecología con un tiempo de enfermedad de +/-12 horas. Refiere que presenta dolor tipo cólico en hemiabdomen inferior de inicio súbito y de curso progresivo. Menciona que presenta dificultad respiratoria y náuseas. Niega episodios de sangrado vaginal. Antecedentes: niega enfermedades crónicas, niega antecedentes quirúrgicos. Antecedentes ginecológicos: G3P2012 (G1: parto eutócico hace 14 años; G2: parto eutócico hace 3 años; G3: ectópico actual), menarquia: 12 años, FUR: no precisa, RC: 2d/30d, IRS: 17 años, NPS: 1, MAC: no usa. Niega reacción adversa a medicamentos.

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 121, frecuencia respiratoria: 24, saturación de oxígeno: 98%, presión arterial: 110/70, talla: 165, peso: 69kg.

Piel: Tibia, elástica, poco hidratada. Llenado capilar menor de 2 segundos. No hay signos de cianosis. Leve palidez en rostro.

Tórax y pulmones: Amplexación normal. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se escuchan ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No se auscultan soplos.

Abdomen: Blando, depresible. Ruidos hidroaéreos presentes. Dolor a la palpación profunda a predominio de hemiabdomen inferior. No signos peritoneales.

Génito-urinario: Puño percusión lumbar: negativo, puntos renoureterales: negativos.

Sistema nervioso central: localizada y orientada en tiempo, espacio y persona. No presencia de signos meníngeos. Escala de Glasgow: 15 puntos.

Impresión diagnóstica

Descartar embarazo ectópico

Descartar quiste pedículo torcido

Plan de trabajo

Se solicita hemograma completo, examen de orina completo, ecografía transvaginal, dosaje de B-HCG.

Exámenes auxiliares

Hemograma: leucocitos: 11,600, abastados: 0%, hemoglobina: 8.9, hematocrito: 21%, plaquetas: 268,000, TGO: 16, TGP: 9, urea: 28, creatinina:0.6.

Examen de orina: leucocitos: 0 x campo, células epiteliales escasas.

B-HCG: 2500

Ecografía: embarazo ectópico complicado, líquido libre en cavidad peritoneal (+/-1500cc), útero vacío.

Tratamiento

Se inicia transfusión inmediata de 2 paquetes globulares, hidratación parenteral y se programa para sala de operaciones para una salpingectomía laparoscópica.

Evolución postoperatoria

Evolución favorable, recibió 4 paquetes globulares en total. Alta en el día postoperatorio 7.

3.1 Pediatría

Caso clínico 1

Anamnesis

Paciente varón de 15 años acude a consultorio de medicina del centro de salud por tos con expectoración amarillenta desde hace 3 semanas. Menciona episodios de sudoración nocturna en 2 ocasiones desde hace 2 semanas y sensación de falta de aire al realizar ejercicio físico. También refiere falta de apetito con leve sensación de cansancio durante el día y falta de ganas para hacer actividades que antes realizaba con normalidad. Antecedentes: niega intervenciones quirúrgicas y enfermedades crónicas. Niega reacciones alérgicas a medicamentos. Antecedentes familiares: padre en tratamiento de

segunda fase por tuberculosis pulmonar sensible en el mismo centro de salud. Padre con diabetes mellitus tipo 2, abuela con diagnóstico de hipertensión arterial controlada. Madre y hermanos sin síntomas.

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardíaca: 75, frecuencia respiratoria: 21, saturación de oxígeno: 97%, presión arterial: 120/90, talla: 1.55, peso: 55.5 kg.

Piel: tibia, húmeda, elástica, con llenado capilar menor a 2 segundos.

Orofaringe: Levemente eritematosa y bien hidratada.

Tórax y pulmones: Amplexación normal. Murmullo vesicular pasa disminuido en tercio medio del hemitórax izquierdo. No se auscultan estertores ni crepitantes.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad. No se auscultaron soplos.

Abdomen: Blando, depresible. No hay dolor a la palpación superficial ni profunda.

Sistema nervioso central: Localizado y orientado en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow: 15 puntos.

Impresión diagnóstica

Tuberculosis pulmonar

Plan de trabajo

Se deriva al paciente al servicio de PCT

Se solicita hemograma completo, prueba baciloscopía de esputo seriado, radiografía de tórax.

Por la alta sospecha de paciente con tuberculosis, se decide solicitar la prueba de PCR en tiempo real: GenXpert

Exámenes auxiliares

Hematología: leucocitos: 8100 mm³, Hb: 13.9, HTO: 42%, abastionados: 0%, segmentados: 59%, eosinófilos: 2%, basófilos: 0%, monocitos: 4%, linfocitos 35%. Glucosa: 103 mg/dl, proteínas totales: 7.90 g/dl, albúminas: 3.97 g/dl, TGO: 34 U/L, TGP: 32 U/L, fosfatasa alcalina: 199, creatinina: 0.7 mg/dl.

Prueba de esputo: 1era muestra: negativo, 2da muestra: negativo

Radiografía de tórax: patrón intersticial difuso

GenXpert: Mycobacterium tuberculosis detectado sin resistencia a rifampicina.

Tratamiento

Se inicia tratamiento para tuberculosis sensible: Primera fase: 2 meses (isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol), diario con un total de 50 dosis; segunda fase: 4 meses (isoniacida y rifampicina), tres veces por semana con un total de 54 dosis.

Caso clínico 2

Anamnesis

Paciente varón de 6 años procedente del distrito de San Juan de Miraflores, acude a tópico de pediatría, con un tiempo de enfermedad de 4 días caracterizado por tos seca y rinorrea. El día del ingreso se agrega dificultad respiratoria por lo cual es traído por su madre a emergencia. Antecedentes: niega crisis anteriormente, niega intervenciones quirúrgicas. Familiares: madre con rinitis alérgica y padre presentó crisis asmáticas hasta los 10 años. Niega reacción alérgica a medicamentos.

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 115, frecuencia respiratoria: 38, saturación de oxígeno: 92%, talla: 1,18 m, peso: 24 kg.

Piel: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar menor a 2 segundos. No presencia de ictericia ni cianosis.

Tórax y pulmones: Tirajes subcostales e intercostales. Murmullo vesicular pasa disminuido en ambos campos pulmonares. Se auscultan sibilantes en ambos tiempos (inspiración y espiración).

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad.

Abdomen: Blando y depresible. Ruidos hidroaéreos presentes. No signos peritoneales.

Sistema nervioso central: Despierto, reactivo a estímulos. Escala de Glasgow: 15 puntos.

Impresión diagnóstica

Crisis asmática moderada

Plan de trabajo

Hemograma completo, electrolitos séricos, glucosa, urea y creatinina.

Radiografía de tórax posteroanterior y lateral.

Inicio de tratamiento para crisis asmática moderada:

- Metilprednisolona 25mg EV c/12 horas.
- Nebulización con: salbutamol 15 gotas + suero salino 4cc c/2 horas
- Inhalador con: bromuro de ipatropio 4 puff c/4 horas

Exámenes auxiliares

Bioquímica: creatinina: 0.39, urea: 33, glucosa: 74, K: 4.5, Na: 142, Ca: 1.35, Cl: 106

Hemograma: leucocitos: 15.6, abastionados: 0%, segmentados: 58.2%, hemoglobina: 14.3, plaquetas: 627,000.

Radiografía de tórax: Aumento de trama vascular.

Tratamiento

Se procede a hospitalizar al paciente y se continúan con las indicaciones médicas.

Evolución

Favorable. Alta en su segundo día hospitalario con las siguientes indicaciones: Prednisona 12cc c/12horas por 3 días, salbutamol 6 puff c/3horas, c/4horas, c/6horas por 2 días respectivamente, budesonida 1 puff c/12horas hasta control por neumología. Transferencia al servicio de neumología pediátrica dentro de 5 días.

4.1 Cirugía

Caso clínico 1

Anamnesis

Paciente femenina de 73 años de edad, acude a tópico de cirugía con un tiempo de enfermedad de +/- 36 horas que inicia con dolor abdominal difuso persistente que no cede a la ingesta de líquidos tibios. Posteriormente, 10 horas antes del ingreso, se añaden náuseas sin vómitos, hiporexia constipación y sensación de alza térmica no cuantificada. Por este motivo acude a emergencia. Antecedentes personales: niega hábitos nocivos; patológicos: hipertensión arterial en tratamiento con amlodipino, asma en tratamiento con salbutamol; quirúrgicos: niega. Niega reacción alérgica a medicamentos.

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardíaca: 118, frecuencia respiratoria: 24, saturación de oxígeno: 98%, presión arterial: 130/80, temperatura: 38°C talla: 156, peso: 62kg.

Piel: Tibia, elástica e hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, leve tinte icterico, no signos de cianosis ni palidez.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no rales.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos en intensidad y frecuencia. Blando y depresible. Dolor a la palpación profunda en cuadrante

inferior derecho. McBurney (+). Signo de rebote: positivo. Resistencia muscular involuntaria: positivo.

Genito-urinario: Puño percusión lumbar: negativo. Puntos renoureterales: negativo.

Sistema nervioso central: Localizado y orientado en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow: 15 puntos. No signos de focalización ni signos meníngeos.

Impresión diagnóstica

Apendicitis aguda complicada.

Plan de trabajo

Hemograma completo, perfil de coagulación, perfil hepático.

Examen completo de orina.

Ecografía abdominal inferior.

Preparar paciente para sala de operaciones.

Exámenes auxiliares

Hemograma: leucocitos: 20,130, abastionados: 1%, hemoglobina: 13.4, hematocrito: 40%, plaquetas: 297000.

Perfil de coagulación: INR: 1.01, TP: 13.4 segundos.

Perfil hepático: bilirrubina total: 2.19, bilirrubina directa: 0.6, bilirrubina indirecta: 1.59.

Examen de orina: leucocitos: 20-25 x campo, hematíes: 10-12 x campo.

Ecografía abdominal: Imágenes que sugieren plastrón apendicular, correlacionar con clínicos de laboratorio del paciente.

Tratamiento

Se prepara para sala de operaciones por apendicitis aguda complicada para una apendicectomía por laparotomía.

Preoperatorio: NPO 24 horas, hidratación endovenosa con NaCl 9% 35ml x kg. Se le administra antibioticoterapia con metronidazol 500mg IV/8h + ceftriaxona 2g IV/24h. Uso obligatorio de medias compresivas.

Reporte operatorio

Operación practicada: apendicectomía retrógrada + cura quirúrgica.

Diagnóstico post operatorio: apendicitis aguda necrosada

Hallazgos: Apéndice cecal plastronada por epiplón, necrosada en toda su extensión hasta 0,5cm de su base. Base y ciego sin alteraciones. Secreción seropurulenta escasa en CID.

Paciente pasa a recuperación y posteriormente a piso. Continúa con terapia antibiótica con metronidazol 500mg/8h + ceftriaxona 1-2g/día por 5 días.

PO1: paciente presenta abdomen blando, depresible, leve dolor a la palpación en zona de herida, buenos ruidos hidroaéreos y elimina flatos. Por ello se inicia dieta.

PO2: paciente presenta mejoría, niega dolor a la palpación, tolera la vía oral. Ruidos hidroaéreos presentes y de buena intensidad. Se continúa con terapia antibiótica con metronidazol y ceftriaxona.

PO3: Paciente presenta muy buena evolución y se decide alta. Se indica completar tratamiento antibiótico hasta completar los 5 días.

Caso clínico 2

Anamnesis

Paciente varón de 59 años, acude con un tiempo de enfermedad de +/-10 años. Niega alergias a medicamentos, niega cirugías previas. Refiere que percibe una tumoración a nivel de región umbilical que aumenta progresivamente de tamaño. El paciente refiere que al esfuerzo la tumoración aumenta de tamaño y hace 6 meses refiere dolor en los episodios donde la tumoración protruye al exterior. Ante la persistencia de los síntomas acude por consultorio externo de cirugía general donde se decide programación para cirugía electiva.

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 80, frecuencia respiratoria: 16, saturación de oxígeno: 98%, presión arterial: 110/70, talla: 170, peso: 78kg.

Piel: Tibia, elástica e hidratada. Llenado capilar menor a 2 segundos. No hay signos de cianosis, ictericia ni palidez.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No estertores.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No se auscultan soplos.

Abdomen: Globuloso por panículo adiposo. Ruidos hidroaéreos presentes. Blando y depresible. No dolor a la palpación.

Tumoración de +/- 2x2cm a nivel de cicatriz umbilical que protruye a maniobra de valsalva y que reduce con maniobras de digitopresión, se palpa defecto de 2cm de diámetro. No presenta signos de flogosis ni cambios de coloración.

Sistema nervioso central: Localizado y orientado en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow: 15 puntos. No signos meníngeos.

Impresión diagnóstica

Hernia umbilical no complicada

Plan de trabajo

Hemograma completo, perfil de coagulación.

Examen completo de orina.

Preparar paciente para sala de operaciones.

Tratamiento

Se prepara al paciente para cirugía electiva de hernioplastía umbilical. NPO por 8 horas. El día de la operación se le coloca vía periférica para hidratación con NaCl 0.9% 1000cc. Antibioticoterapia profiláctica: cefazolina 1g IV c/8h, metamizol 1g IV c/8h, omeprazol 40mg IV c/24h.

Reporte operatorio

Operación practicada: hernioplastía umbilical.

Diagnóstico post operatorio: hernia umbilical.

Hallazgos: A nivel umbilical defecto herniario de +/-1cm, adyacente a este se evidencia defecto herniario de +/-2cm, saco herniario de 8x4cm.

Paciente tolera el acto quirúrgico, pasa a recuperación y posteriormente a piso.

PO1: Niega dolor abdominal, niega náuseas, niega fiebre, elimina flatos, ruidos hidroaéreos presentes. Tolerancia la vía oral. Se decide alta con tratamiento analgésico.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El centro de salud Gustavo Lanatta Luján es un centro de salud de categoría I-3, está ubicado en la avenida Defensores del Morro N° 556 (Ex Huaylas), junto a la municipalidad en el distrito de Chorrillos. El horario de atención es de 12 horas de lunes a sábado. (1)

Dentro de sus servicios cuenta con 4 consultorios de medicina general, 2 consultorios de obstetricia, 1 consultorio de psicología, odontología, 1 tópicos de urgencias, área de triaje, rayos x, laboratorio, área de prevención y control de tuberculosis (PCT), nutrición, área para el programa de control de enfermedades de transmisión sexual y sida (PROCETSS), área para control de crecimiento y desarrollo (CRED) y vacunas.

El centro de salud pertenece a la Diris Lima Sur, específicamente a la red integrada de salud (RIS) Chorrillos-Barranco-Surco. Por ello, ante eventualidades como emergencias o referencias a especialidades; los centros de salud de referencia son el C.M.I. Virgen del Carmen y el centro de emergencias San Pedro de Chorrillos. En el caso que se requiera una especialidad de mayor complejidad o herramientas diagnósticas más precisas el hospital de referencia es el Hospital María Auxiliadora ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores.

El hospital María Auxiliadora es una institución asistencial de nivel III-1 dependiente del ministerio de salud ubicado en la avenida Miguel Iglesias 968 en el distrito de San Juan de Miraflores. Junto con el hospital de emergencia de Villa el Salvador son centros de referencia en el cono sur de Lima Metropolitana, brindando atención integral básica a una población aproximada de 1 903 527 habitantes.(2)

El hospital cuenta con los siguientes departamentos: consulta externa y hospitalización, medicina, medicina física y rehabilitación, cirugía, gineco-obstetricia, pediatría, odontoestomatología, enfermería, emergencia y cuidados críticos, anestesiología y centro quirúrgico, patología clínica y anatomía patológica, diagnóstico por imágenes, nutrición y dietética, servicio

social, psicología, farmacia y oncología. Al ser un hospital docente, recibe cada año internos de todas las carreras de ciencias de la salud promoviendo el trabajo en equipo desde esta etapa formativa. El interno de medicina rota dentro del hospital por los cuatro grandes servicios que componen el internado médico: medicina interna, cirugía, ginecología-obstetricia y pediatría; con una duración de 5 semanas en cada uno de ellos y recibiendo la capacitación de los médicos residentes y asistentes e incluso participando activamente en la realización del plan de trabajo.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En este capítulo se desarrolla una comparación en el manejo realizado en el hospital María Auxiliadora, con la información de las guías y literatura nacionales e internacionales de acuerdo a las áreas respectivas.

1.1 Medicina interna

Caso clínico 1

La celulitis es una patología que al inicio parece no tener mayor consecuencia, pero que se caracteriza por su rápida propagación en todo el cuerpo llegando a ser potencialmente fuente de una sepsis severa. Comúnmente, la celulitis bacteriana tiene como fuente a estafilococos o estreptococos del grupo A.(3)

Al ser una infección que afecta la dermis profunda y parte del tejido celular subcutáneo, su clínica característica será la presencia de rubor en la zona afectada, calor, edema y dolor persistente.(4) En el caso presentado se mencionan dichas características clínicas y agregado a eso la dificultad para movilizar el miembro afectado. También se menciona que el paciente tuvo una lesión previa al inicio de los síntomas lo cual generó la puerta de ingreso para las bacterias implicadas.

Para el manejo de la celulitis bacteriana, el minsa recomienda el uso de antibioticoterapia de acuerdo a la gravedad de la infección: en celulitis leve a moderada se recomienda uso de penicilina, cefalexina o dicloxacilina oral; mientras que para celulitis severas se sugiere el uso de cefazolina, clindamicina o vancomicina de acuerdo al agente etiológico.(5) Otro punto importante a mencionar es que debemos tener en consideración si el paciente tiene comorbilidades como diabetes, hipertensión o algún estado inmunodepresivo ya que estos pueden ser factores importantes para una celulitis severa o recurrente.

Caso clínico 2

El absceso de pulmón es una patología infecciosa que produce una lesión cavitaria, supurativa y en ciertos casos necrosada que afecta el parénquima pulmonar. En su mayoría, tienen una etiología polimicrobiana donde

predominan los gérmenes anaerobios (95% de casos). Se pueden clasificar en primarios: afectan un parénquima sano; o secundarios: ocurren en procesos pulmonares previos (neumonías aspirativas).(6)

La clínica de los abscesos pulmonares suele desarrollarse en periodos largos (de semanas a meses), los síntomas principales que se manifiestan durante este periodo son la fiebre, la tos que se va haciendo productiva con el paso de las semanas hasta hacerse hemoptoica, y la sudoración nocturna.(7) Como nos podemos dar cuenta, tiene una clínica muy similar a la tuberculosis pulmonar y, al encontrarnos en una ciudad con alta incidencia de esta patología, es necesario hacer el diagnóstico diferencial entre ambas. Por esta razón se le mandó una prueba de esputo para detectar BK.

En este caso, el paciente presentó toda la clínica característica del absceso pulmonar, incluso se escuchaban ruidos abolidos en la base del hemitórax izquierdo. Este diagnóstico presuntivo se refuerza con la radiografía de tórax postero-anterior, en la cual se observa un patrón de consolidación parenquimal y sumado a los exámenes de laboratorio con leucocitosis con desviación a la izquierda, más el antecedente de que el paciente ya tuvo absceso pulmonar hace 1 año con tratamiento incompleto se confirma la sospecha diagnóstica.

Existen otros métodos diagnósticos para el absceso pulmonar como son la tomografía computarizada en la cual se observa característicamente una imagen de una lesión redondeada, radioluminiscente, con paredes gruesas e irregulares. Otro método es el aspirado con aguja transtorácica, este busca aislar los gérmenes presentes y definir el o los agentes etiológicos para una terapéutica más específica.(7) En este caso no se realizó dicha técnica porque ya se había iniciado la terapia antibiótica y por el costo-beneficio que esta conlleva.

En cuanto al manejo farmacológico, se inicia de manera empírica y hay varias opciones como: clindamicina 600mg c/8h iv, amoxicilina con ácido clavulánico 2g/200mg c/8h iv, metronidazol 500mg + amoxicilina 500mg.(8) En este caso se utilizó la clindamicina combinada con ciprofloxacino.

2.1 Ginecología y Obstetricia

Caso clínico 1

La miomatosis o leiomiomatosis es la principal causa orgánica de hemorragia uterina anormal. Hasta un 80% de mujeres en edad fértil pueden llegar a tener un mioma. Es una patología benigna que se da por el crecimiento de músculo liso y puede ocurrir en 3 regiones del útero, lo cual deriva en su clasificación: a) Submucosos: menos frecuentes y producen síntomas como metrorragia, infertilidad y dismenorrea. B) Intramurales: usualmente asintomáticos, se palpa una masa y si produce síntoma sería la hipermenorrea. C) Subserosos: los más frecuentes, también suelen ser asintomáticos, con masa palpable y si dan síntomas sería el dolor difuso por la compresión extrínseca hacia vísceras adyacentes.(9)

La clínica va a depender mucho de la ubicación del leiomioma, pero como se mencionó anteriormente en la mayoría de casos suele ser asintomática. Otros factores como el tamaño, la cantidad de miomas e incluso la edad de la paciente pueden influir en la sintomatología que se presente. Algo que es común en la mayoría de casos y es por lo cual las pacientes acuden a consulta es el sangrado crónico y excesivo durante cada periodo menstrual.(10) En este caso, la paciente acude por dolor y sensación de bulto, lo cual se puede correlacionar con miomas de tipo subserosos.

En cuanto al diagnóstico, la clínica se puede apoyar del ultrasonido, siendo de elección la ecografía transvaginal debido a su fácil acceso y el costo-beneficio.(11) También podemos apoyarnos de exámenes de laboratorio como el dosaje de hemoglobina sérica en pacientes con sangrado menstrual excesivo. En este caso la hemoglobina se observa dentro de los valores normales, sin embargo, en la ecografía transvaginal se describen hallazgos patológicos con múltiples miomas tanto intramurales, subserosos y cervicales.

El tratamiento de elección en miomas uterinos es la cirugía, siendo la histerectomía el procedimiento definitivo.(10) También se puede usar la miomectomía, pero es de uso en miomas simples. Si la cirugía está contraindicada se elige la embolización vascular.(12) En el caso de la paciente se eligió la histerectomía subtotal debido a la cantidad de miomas y a que

algunos de ellos superaban los 5 cm. La evolución fue favorable y se fue de alta al 2do día postoperatorio.

Caso clínico 2

El embarazo ectópico ocurre cuando el embrión es implantado por fuera de la cavidad endometrial. Puede tener distintas ubicaciones, siendo la más frecuente y la que se observa en el caso presentado la de tipo tubárica (80%). Otras localizaciones son: a) Istmo (12%): produce rotura precoz, b) Intersticial (2.2%): produce rotura tardía, c) Abdominal (1.4%). (13)

Las manifestaciones clínicas de un embarazo ectópico pueden ser variadas, pero se ha establecido una triada clásica que puede servir de apoyo en el diagnóstico: Amenorrea, dolor pélvico y hemorragia.(13) En el caso presentado sólo es evidente el dolor pélvico, pero es importante mencionar que en los exámenes de laboratorio se observa una hemoglobina muy por debajo de los valores normales lo cual nos puede orientar a que la paciente tiene un sangrado crónico y que es imperceptible para ella. También es fundamental preguntar en la anamnesis la fecha de última regla para determinar la probable edad gestacional; en este caso la paciente no precisa la fecha exacta. En el momento que se sospecha de un embarazo ectópico, se decide realizar la ecografía transvaginal, la cual es de mucha ayuda en el diagnóstico y cuyo resultado nos confirma la patología sospechada. Es importante recalcar que el diagnóstico debe ser rápido y el tratamiento oportuno por la alta tasa de mortalidad que implica la ruptura de un ectópico.(14)

En cuanto al tratamiento tenemos dos opciones: el manejo médico mediante metrotexate, para lo cual el paciente debe cumplir ciertos criterios como: que se encuentre hemodinamicamente estable, que tenga un saco menor a 4cm, que no haya presencia de líquido libre y que tenga títulos cuantitativos de B-HCG mayores a 2000 seriados cada 48 horas y que permanezcan estables o aumenten su valor.(15) El manejo quirúrgico es la otra opción y este puede ser mediante laparoscopia (paciente hemodinamicamente estable) o laparotomía (paciente hemodinamicamente inestable), en ambos casos no se deben cumplir los criterios mencionados para el manejo médico. (16) En este

caso se realizó una salpingectomía mediante laparoscopia; esta técnica es la de elección en este caso porque la paciente presentaba una ecografía que confirmaba el diagnóstico planteado, tenía un B-HCG mayor de 2000 (confirma que hay presencia de saco) y además no cumplía los criterios de manejo médico: había presencia de líquido libre en cavidad. La evolución postoperatoria de la paciente fue favorable y se le dio de alta al 7mo día de hospitalización.

3.1 Pediatría

Caso clínico 1

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, se trata de una enfermedad curable y prevenible con mucha prevalencia en el Perú y el mundo.(17) Esta enfermedad afecta en su mayoría a los pulmones, aunque puede también afectar tejidos extrapulmonares como el sistema nervioso central, osteoarticular, renal, etc. La tuberculosis en nuestro país es la décimo quinta causa de muerte y vigésima séptima en carga de enfermedad medida por años de vida saludable (AVISA). (18)

En el Perú, los casos de tuberculosis se centran en Lima Metropolitana y Callao teniendo entre las dos regiones el 64% del total de casos. La pandemia por Covid-19 produjo una disminución entre el 25 al 30% de las notificaciones de casos en muchos países con alta carga de enfermedad. Se estima que, si continúa de esa manera, el impacto en esos países se traduciría en el aumento significativo de la mortalidad ante esta enfermedad.(19)

La forma de contagio es a través del aire mediante pequeñas gotas diseminadas en el momento en que una persona con enfermedad activa tose o estornuda. Los síntomas característicos son: tos por más de dos semanas, tos con sangre, pérdida involuntaria de peso, sudoración nocturna, fatiga, entre otras. Si bien la tuberculosis afecta principalmente a los pulmones, también puede afectar otros órganos. Al ser una enfermedad que afecta principalmente a personas con un sistema inmune deprimido, hay cierta prevalencia en pacientes con VIH. (20)

El paciente acudió a consultorio de medicina por síntomas que coinciden con los previamente mencionados para diagnóstico de tuberculosis. Estos eran tos persistente por más de dos semanas, la disnea a moderados esfuerzos, la pérdida del apetito y la sudoración nocturna. Además, el padre del paciente fue diagnosticado con tuberculosis pulmonar y recibe tratamiento encontrándose en la segunda fase del mismo. Se solicitaron las pruebas de esputo y una radiografía de tórax, ambas pruebas salieron negativas, pero, ante la sospecha por ser contacto, la clínica característica y con una radiografía que reflejaba un patrón intersticial se solicitó la prueba de PCR-GeneXpert, la cual sirve para detectar la presencia de Mycobacterium y también para encontrar resistencia a fármacos de primera línea como la isoniacida o rifampicina. En esta segunda prueba el resultado fue positivo para presencia de Mycobacterium sin hallarse resistencia a dichos fármacos.

Los casos de tuberculosis se pueden clasificar según su sensibilidad a los fármacos anti-TB por pruebas convencionales. Según la norma técnica del MINSA, estos pueden dividirse en 4 grupos:(21)

- Caso de TB pansensible: Se demuestra sensibilidad a todos los fármacos de la primera línea (isoniacida y rifampicina).
- Caso de TB multidrogorresistente (TB MDR): Existe resistencia a rifampicina e isoniacida de manera simultánea.
- Caso de TB extremadamente resistente (TB XDR): Es un caso de TB MDR, pero se suma la resistencia a una fluoroquinolona y a un inyectable de segunda línea.
- Otros casos: a) TB monorresistente: sólo hay resistencia a un fármaco anti-tuberculoso. b) TB polirresistente: existe resistencia a más de un fármaco anti-tuberculoso, pero son cumplir el criterio del caso TB-MDR

Con el diagnóstico definido se procedió a iniciar el tratamiento según la normativa del Minsa para tuberculosis pulmonar sensible en pacientes mayores a 15 años: Primera fase: Rifampicina (10 mg/kg), Isoniacida (5mg/kg), Pirazinamida (25mg/kg) y Etambutol (20mg/kg) de manera diaria hasta cumplir las 50 dosis. Segunda fase: Rifampicina (10mg/kg) e Isoniacida (10mg/kg) 3 veces por semana hasta completar 54 dosis.

Caso clínico 2

El asma es una patología que se define como la inflamación de la vía aérea, la cual produce a su vez signos y síntomas característicos de obstrucción bronquial como la dificultad respiratoria, la tos y las sibilancias. Las crisis asmáticas se definen como la hiperreactividad bronquial, la cual genera exacerbaciones del estado basal del paciente con asma y produce finalmente los signos y síntomas característicos. Se consideran a las crisis asmáticas como la urgencia pediátrica más frecuente y suele seguir un patrón estacional.(22)

En cuanto al diagnóstico, al ser una urgencia médica, requiere ser rápido y efectivo. Por este motivo, debemos diagnosticar clínicamente una crisis asmática y al mismo tiempo clasificarla según el grado de severidad ya que esto nos permitirá tomar las medidas terapéuticas más adecuadas. Para estratificar la gravedad de la obstrucción la escala más utilizada es el Pulmonary score (**Tabla 1**). Este score mide tres parámetros (frecuencia respiratoria, sibilancias y uso de musculatura accesorio) y les da un puntaje del 0 al 3; finalmente se divide en categorías según el puntaje total obtenido siendo: a) menos de 3pts: crisis leve, b) 4 a 6pts: crisis moderada, c) 7pts a más: crisis severa.(23) En el caso presentado, el paciente tiene 6 años y, según las características clínicas de la crisis que presentó, se clasificó como moderada según: a) Frecuencia respiratoria: 38 x min (2pts), b) Sibilancias: inspiración y espiración (2pts), c) Uso de músculos accesorios: subcostales e intercostales (2pts); en total se obtuvieron 6 puntos lo cual clasifica la crisis asmática como moderada.

Para el tratamiento de las crisis, debemos tener en cuenta la severidad de la misma. En este caso se trata de una crisis moderada y por lo tanto debemos iniciar el tratamiento con oxígeno, el cual es recomendado en pacientes moderados, pero con un gran trabajo respiratorio. El objetivo de la oxigenoterapia será mantener una saturación mayor o igual a 92%. En segundo lugar, se recomienda el uso de B2-agonistas de acción corta (salbutamol) y pueden ser administrados mediante dispositivos presurizados en cámara o mediante nebulizador a dosis de 0,15 mg/kg.(22) En este caso

se optó por la nebulización a 15 gotas cada 2 horas. El tercer paso es el uso de corticoides sistémicos, el cual se recomienda debido a su efecto para disminuir la inflamación y potenciar el efecto de los broncodilatadores. Tenemos la opción de corticoides por vía oral (dexametasona 0,6mg/kg o prednisona 1-2mg/kg), la cual es recomendada en pacientes leves o moderados; y la vía parenteral (metilprednisolona 1-2mg/kg) la cual se recomienda en pacientes severos o que no toleren la vía oral. En este caso se prefirió la vía endovenosa ya que, si bien el paciente presentaba una crisis moderada, estaba al límite de una severa y se aplicó metilprednisolona 25mg c/12 horas. Por último, el bromuro de ipratropio es un fármaco anticolinérgico cuya acción es más prolongada que el salbutamol y se recomienda su administración conjunta ya que mejora los síntomas de manera más rápida.(24) La dosis recomendada en dispositivos presurizados es 4 pulsaciones. En el caso se indicó 4 puff cada 4 horas. El paciente fue subido a piso para un mejor monitoreo donde presentó una evolución favorable al destete de la oxígeno terapia, al 3er día de hospitalización fue dado de alta con las indicaciones de prednisona, salbutamol y budesonida, además de un control por neumología pediátrica después de 5 días.

4.1 Cirugía

Caso clínico 1

La apendicitis es la urgencia quirúrgica más frecuente en el mundo y representa la primera causa de abdomen quirúrgico. Se define como la inflamación del apéndice vermiforme por obstrucción de la base.(25) Esta obstrucción puede tener distintas etiologías: en niños frecuentemente ocurre por inflamación de los folículos de Roux, mientras que en adultos la causa más común es por fecalitos que obstruyen la luz apendicular. Otras causas probables son los parásitos (oxiuros, trichuris trichura), las hernias o tumores carcinoides que provocan obstrucción extrínseca. Los gérmenes que más abundan en esta patología son los gramnegativos (E. coli) en fases no complicadas y los anaerobios (bacteroides) en fases complicadas.(26)

La clínica de la patología apendicular se puede dividir en 4 fases: 1ºCongestiva (dolor inespecífico, náuseas y anorexia), 2ºSupurada (dolor

localizado), 3ºNecrosada (fiebre), 4ºPerforada (dolor al rebote). Clásicamente se menciona que sigue una secuencia denominada cronología de Murphy según se indica a continuación: 1ºAnorexia, 2ºDolor inespecífico, 3ºNáuseas, 4ºFiebre. En el caso presentado se mencionan todos los síntomas de la cronología de Murphy, aunque no respetan el orden establecido, además se menciona un signo que indica gravedad como es el rebote (+), lo cual nos lleva a sospechar de una apendicitis perforada. Otro punto importante a mencionar son los puntos dolorosos, los cuales sirven de apoyo en el diagnóstico rápido de esta patología. En el caso se menciona McBurney (+) y es interesante ya que, como se menciona en el reporte operatorio, la paciente presentaba un apéndice retrocecal; esto quiere decir que, si bien el punto de McBurney es de mucha ayuda diagnóstica, no es el único punto a evaluar. Existen una serie de puntos dolorosos como son: Morris (apéndices paraileales), Lanz (apéndices pélvicos) y Lecene (apéndices retroperitoneales).(27) En este caso el punto de Lecene es el ideal por la posición del apéndice. El Gold estándar para el diagnóstico de apendicitis es la tomografía axial computarizada con contraste, siendo el método más preciso, pero tiene algunas contraindicaciones como en el caso de mujeres embarazadas o en edad fértil donde se prefiere una ecografía abdominal o como segunda opción una resonancia.(28) En el caso de la paciente se optó por la ecografía ya que teníamos la clínica y necesitábamos una imagen de referencia; en el resultado se mencionan signos que sugieren plastrón, lo cual fue confirmado en la cirugía.

Para el tratamiento de la apendicitis aguda el manejo quirúrgico con abordaje laparoscópico es lo ideal.(26) A pesar de lo mencionado, en casos complicados como el presentado, se opta por una cirugía abierta para tener mayor control sobre posibles complicaciones.

Las complicaciones de una apendicitis pueden ser severas, por ello es importante mencionar algunas de ellas:

- a) Peritonitis: probablemente la complicación más frecuente y ocurre normalmente pasadas las 24 horas, si es localizada se realiza una apendicectomía + drenaje/aspirado + antibioticoterapia. Por otro lado,

si es generalizada se realiza la apendicectomía + lavado de cavidad peritoneal + antibioticoterapia.

- b) Masas apendiculares: ocurren después de 4 días de iniciado el cuadro. Estas masas pueden ser plastrones (requieren tratamiento antibiótico) o abscesos (requieren drenaje + antibioticoterapia).
- c) Pileflebitis: también llamada tromboflebitis portal, es una de las complicaciones más severas de la patología apendicular. Se forman microabscesos hepáticos debido a que las bacterias presentes en el apéndice viajan por vía portal hasta el hígado provocando su crecimiento bacteriano en dicho órgano. Pueden dar signos característicos del daño hepático como la ictericia o la hepatomegalia.

Caso clínico 2

Las hernias umbilicales son un defecto de la pared abdominal que representa entre el 5-15% del total de hernias en esta zona. Es la segunda en frecuencia sólo superada por las hernias inguinales. Está relacionada con factores de riesgo como la obesidad, el estreñimiento crónico, la multiparidad u otras patologías que aumenten la presión intraabdominal.(29) La complicación más severa y por lo que debe ser tratada a tiempo es la estrangulación o encarcelamiento, lo cual conlleva a la necrosis y un desenlace de mayor complejidad. (30)

En el caso presentado se menciona que el paciente tiene un tiempo de enfermedad de +/- 10 años, esto es algo bastante frecuente de ver en nuestro sistema de salud ya que este tipo de cirugías son de carácter electivo en la mayoría de hospitales y por lo tanto no son tomados con la importancia que requieren siendo la mayoría de veces postergados hasta que producen síntomas que afecten el estilo de vida normal del paciente.

Existe cierto debate sobre cuál es la técnica quirúrgica ideal, pero en realidad debe ser enfocado de acuerdo al paciente. La herniorrafia umbilical es la técnica adecuada para hernias de pequeño tamaño cuyo orificio no sea mayor de 2cm, esta técnica consta del cierre del defecto mediante sutura previa disección del saco herniario, el cual debe ser introducido al espacio preperitoneal. En el caso de la hernioplastia, esta técnica consta del uso de

mallas las cuales pueden ser de tipo planas o perforadas; normalmente es la técnica usada en defectos de mayor tamaño (más de 2cm) y tienen poca recidiva. (31)

En el caso presentado se optó por una hernioplastia umbilical abierta con colocación de malla de propileno de 12x8cm y fijado en 4 puntos cardinales. El paciente tuvo una evolución postoperatoria favorable sin complicación en el sitio operatorio por lo que se le da de alta al segundo día postoperado.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El profesional médico en el Perú debe cursar una carrera universitaria que consta de 7 años de duración. En la Universidad San Martín de Porres, estos 7 años se dividen en tres grandes bloques:

Ciencias básicas, con una duración de 3 años, donde se aprenden las bases teóricas del conocimiento médico como son la anatomía, fisiopatología, salud pública, farmacología, entre otros. Todos estos cursos permiten al alumno tener una visión general de la salud del país y de los grandes problemas sanitarios que lo afectan.

El segundo bloque es el de ciencias clínicas, el cual tiene una duración de 3 años y significan la base práctica de la medicina. En esta etapa se llevan cursos de mayor complejidad, pero que terminarán de formar al estudiante y le proporcionará herramientas para realizar planteamientos sobre la situación actual del paciente, un posible diagnóstico, exámenes auxiliares necesarios y el tratamiento necesario.

Finalmente, el internado médico es el último año de la carrera de medicina humana y consta de una duración de 10 meses netamente prácticos en los cuales se aplican los conocimientos aprendidos tanto en el bloque de ciencias básicas como en ciencias clínicas.

A causa de la emergencia sanitaria por el SARS-CoV-2, el internado tuvo que disminuir su duración de 12 a 10 meses, esto sumado a la reducción del aforo de los hospitales, provocó que las plazas ofertadas para la elección de sedes hospitalarias fueran menos que la demanda de internos. A pesar de estos inconvenientes se logró distribuir a todos los internos de la USMP tanto en sedes hospitalarias como en centros de salud de primer nivel de atención.

En los hospitales se realizaron las cuatro rotaciones: Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Cirugía. El tiempo varió de acuerdo a la sede hospitalaria: en el Hospital María Auxiliadora cada rotación tuvo una duración de 5 semanas.

Durante los 10 meses de internado, el interno de medicina aprendió no solo a ejercer la profesión en distintos ámbitos y bajo distintas circunstancias, sino que tuvo que desarrollar capacidades y destrezas específicas para cada servicio. Esto conlleva un gran reto ya que en cada especialidad médica varía tanto en la edad de los pacientes, el sexo de los mismos, los agentes etiológicos más frecuentes y múltiples de variables que hacen más enriquecedor el aprendizaje.

CONCLUSIONES

1. El internado médico es la cima de una montaña de experiencias y conocimientos que el estudiante de medicina ha acumulado durante todos los años de carrera, es por ello que corresponde a la etapa más importante de la formación médica.
2. El interno de medicina forma parte del equipo multidisciplinario de salud tanto en hospitales como en centros de primer nivel y su trabajo es de suma importancia para garantizar una adecuada atención.
3. La rotación por un centro de salud de primer nivel es muy importante ya que sirve como preparación para el SERUMS y permite al interno entender la manera correcta de aplicar medidas de prevención y promoción de la salud.
4. Es de suma importancia que el interno rote por los 4 servicios dentro de un hospital de alta complejidad, esto debido a que se aprende un manejo más específico y se cuenta con herramientas que permiten un diagnóstico más preciso.
5. La docencia durante el internado médico es pieza clave para la formación del interno de medicina. Esto se aplica tanto en el primer nivel de atención como en el hospital. El interno muchas veces está frente a patologías de las cuales desconoce su diagnóstico o manejo, sin embargo, el residente o el asistente está a su costado enseñando y replicando la situación en la que alguna vez también estuvo.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a los internos de los próximos años, ser proactivos en cada actividad que realicen en los hospitales, tanto en la parte asistencial como en la académica. De esa manera podrán aprovechar al máximo el aprendizaje teórico y práctico en simultáneo con la finalidad de consolidar su conocimiento. Recordar que el mejor libro es el paciente. Lo mejor antes de iniciar el internado es organizar sus horarios y mentalizarse que durante el tiempo que dure, las salidas y las distracciones se reemplazarán por más horas de estudio y más tiempo con sus pacientes. Al final se darán cuenta que valió la pena. Siempre deben llevar una buena relación, no sólo con los médicos y sus co-internos, sino con todo el personal que trabaja en el área (enfermeras, obstetras, técnicas de enfermería, personal de laboratorio, personal de limpieza, etc.) ya que todos forman parte el equipo multidisciplinario de salud.
2. A las universidades, se les recomienda seguir apoyando a los internos a pesar que no tengan actividades dentro la misma facultad, ya que algunas veces no tienen a quien acudir frente a cualquier tipo de problema durante el internado. Otra recomendación es realizar un trabajo en conjunto con las entidades del estado correspondientes para ofertar una mayor cantidad de plazas intrahospitalarias, debido a que, es allí donde se consolida con mayor fuerza el conocimiento del interno.
3. A los hospitales y centros de salud, se les recomienda estandarizar los procedimientos y métodos diagnósticos mediante la adquisición de mejoras, tanto en infraestructura como en el incremento de personal asistencial. Además, el seguimiento de los internos por parte de los tutores y residentes debe ser más estricto en ciertas áreas.
4. Finalmente, es necesario que el internado médico, que es la etapa más importante de la carrera de medicina humana, debe volver a su duración de 12 meses, manteniéndose la rotación en centros de primer nivel de salud con una mejora en la distribución del tiempo.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. RIS CHORRILLO - BARRANCO - SURCO [Internet]. DIRIS LIMA SUR. [citado 25 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.dirislimasur.gob.pe/ris-cho-barr-surc/>
2. MINISTERIO DE SALUD. Hospital Maria Auxiliadora-Reseña histórica [Internet]. [citado 27 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/v2/paginas/Rese%C3%B1aH.html>
3. Cohen M. La celulitis | CDC [Internet]. 2023 [citado 26 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/groupastrep/diseases-public/cellulitis-sp.html>
4. Villamil Manrique NF, Torres Virgüez AG, Soto Duran JE, Claros Achury AD, Sarmiento Trujillo CT, Ramírez Olaya LC, et al. Factores de riesgo para la celulitis de miembros inferiores: revisión sistemática y metaanálisis. *Piel*. diciembre de 2023;38(10):619-27.
5. Fica C A. Celulitis y erisipela: Manejo en atención primaria. *Rev Chil Infectol*. 2003;20(2):104-10.
6. Correa S, Torales M, Perendones M, Valiño J, Dufrechou C. Absceso de pulmón: nuestra experiencia en un servicio de Clínica Médica. *Arch Med Interna*. marzo de 2013;35(1):9-14.
7. García J. Sanchez-Cuellar S Abscesos pulmonares [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.neumomadrid.org/wp-content/uploads/monogxvi_1._abscesos_pulmonares.pdf
8. Chinarro BJ, Fernández AA, Satué JLG. ABSCESO PULMONAR Y NEUMONÍA NECROTIZANTE.
9. Fábregues F, Peñarrubia J. Mioma uterino. Manifestaciones clínicas y posibilidades actuales de tratamiento conservador. *Med Integral*. 15 de septiembre de 2002;40(5):190-5.
10. Hernández-Valencia M, Valerio-Castro E, Tercero-Valdez-Zúñiga CL, Barrón-Vallejo J, Luna-Rojas RM, Hernández-Valencia M, et al. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. *Ginecol Obstet México*. 2017;85(9):611-33.
11. Mutch D, Biest S. Manual MSD versión para profesionales. [citado 14 de abril de 2023]. Miomas uterinos - Ginecología y obstetricia. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/miomas-uterinos/miomas-uterinos>
12. Carmona F. Histerectomía. Cirugía ginecológica aplicada en determinadas patologías [Internet]. Clínica ginecológica. [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.womens.es/cirugia-ginecologica/histerectomia/>

13. Sowter M, Farquhar C. Progresos de Obstetricia y Ginecología. Elsevier; 2007 [citado 14 de abril de 2023]. Embarazo ectópico. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-embarazo-ectopico-13106416>
14. Arellano-Borja A, Antillón-Valenzuela J, González-Olivos AJ, Mojarra-Estrada JM. Manejo conservador laparoscópico de un embarazo ectópico intersticial no roto: Reporte de caso, descripción de la técnica quirúrgica y revisión de la literatura. Perinatol Reprod Humana. junio de 2012;26(2):121-8.
15. Bueno N. F, Sáez C. J, Ocaranza B. M, Conejeros R. C, Vaccarezza P. I, Borquez V. P, et al. TRATAMIENTO MEDICO DEL EMBARAZO ECTOPICO. Rev Chil Obstet Ginecol. 2002;67(3):173-9.
16. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Embarazo ectópico [Internet]. [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/recomendaciones/embarazoEctopico.pdf>
17. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Tuberculosis [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
18. Alarcón V, Alarcón E, Figueroa C, Mendoza-Ticona A. Tuberculosis en el Perú: Situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 30 de junio de 2017;34(2):299.
19. Cardenas-Escalante J, Fernandez-Saucedo J, Cubas WS. Impacto de la pandemia por COVID-19 en la tuberculosis en el Perú. Enferm Infecc Microbiol Clin. enero de 2022;40(1):46-7.
20. CLINICA MAYO. Tuberculosis - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/tuberculosis/symptoms-causes/syc-20351250>
21. Alarcon V, Aylas R, Chavarri D, Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis [Internet]. [citado 27 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/382664/Norma_t%C3%A9cnica_de_salud_para_la_atenci%C3%B3n_integral_de_las_personas_afectadas_por_tuberculosis20191011-25586-i65fww.pdf
22. Calzón NP, Fernández JB. Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en Urgencias.
23. Pellegrini J, Ortega C, Arriba S. Nuevo abordaje en el tratamiento del niño con asma | Pediatría integral [Internet]. 2021 [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2021-03/nuevo-abordaje-en-el-tratamiento-del-nino-con-asma/>

24. Castro-Rodríguez JA. Tratamiento de la crisis asmática en pediatría. An Pediatría. 1 de octubre de 2007;67(4):390-400.
25. CLINICA MAYO. Apendicitis - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. [citado 20 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/appendicitis/symptoms-causes/syc-20369543>
26. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir Gen. marzo de 2019;41(1):33-8.
27. Casado P, Salvador R, Mendez H, Valor actual de la secuencia de Murphy en el diagnóstico de apendicitis aguda [Internet]. [citado 20 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2017/amc171f.pdf>
28. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [Internet]. [citado 20 de abril de 2023]. Diagnóstico de la apendicitis - NIDDK. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/apendicitis/diagnostico>
29. Lora-Aguirre A, Vega-Peña NV, Barrios-Parra AJ, Ruiz-Pineda JP. Hernia umbilical: un problema no resuelto. Iatreia. 1 de octubre de 2019;32(4):288-97.
30. Viscido G, Pugliese A, Bocco MC, Picón Molina H, Palencia R, Parodi M, et al. Hernioplastias umbilicales en adultos. Análisis a largo plazo. Rev Hispanoam Hernia. 1 de enero de 2016;4(1):13-9.
31. Pico-Sánchez L, Hinojosa-Arco LC, Cuba-Castro JL, Cabrera-Bermón JM, Monje-Salazar C, Corrales-Valero E, et al. Técnicas de reparación de hernia umbilical: descripción y comparación. 2018;

ANEXOS

Anexo 1

Puntuación PS	Frecuencia respiratoria por edad		Sibilancias	Uso de músculos accesorios (ECM)
	<6 años	>6 años		
0	<30	<20	No	No
1	31-45	21-35	Final espiración	Leve
2	46-60	36-50	Toda la espiración	Moderado
3	>60	>50	Inspiración y espiración sin fonendoscopio*	Máximo

Tabla 1: Pulmonary Score. Disponible en:

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/04_crisis_asmatica.pdf