

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL LIMA ESTE VITARTE 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

SANDRA PATRICIA MEDICO SALAS

JOSE LUIS FIGUEROA REATEGUI

ASESOR

JOHAN MEDRANO ALVAREZ

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 EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL LIMA ESTE VITARTE 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
SANDRA PATRICIA MEDICO SALAS
JOSE LUIS FIGUEROA REATEGUI**

**ASESOR
MC JOHAN MEDRANO ALVAREZ**

LIMA-PERÚ

2024

JURADO

Presidente: EMMA MERCEDES HUAMANI DE LA CRUZ

Miembro: JEFFREE TOVAR ROCA

Miembro: SANDRO YANICK CANO GAMARRA

DEDICATORIA

A nuestros padres, que han sido una constante fuente de motivación, un apoyo fundamental en cada etapa de nuestra formación y han contribuido a nuestra preparación como futuros profesionales.

AGRADECIMIENTOS

A Johan Medrano Alvarez, médico especialista en Cirugía General, por la asesoría temática.

A los integrantes del Cuerpo Médico del Hospital Lima Este Vitarte, por su apoyo.

ÍNDICE

| | |
|---|------------|
| PORTADA | i |
| JURADO | ii |
| DEDICATORIA | iii |
| AGRADECIMIENTOS | iv |
| ÍNDICE | v |
| RESUMEN | vi |
| ABSTRACT | vii |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL | 3 |
| 1.1 Rotación en Medicina Interna | 3 |
| 1.2 Rotación en Pediatría | 14 |
| 1.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia | 24 |
| 1.4 Rotación en Cirugía General | 32 |
| CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA | 41 |
| CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL | 43 |
| CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA | 57 |
| CONCLUSIONES | 61 |
| RECOMENDACIONES | 62 |
| FUENTES DE INFORMACIÓN | 63 |
| ANEXOS | |

RESUMEN

Objetivo: A través de este trabajo, se busca demostrar la experiencia y conocimientos adquiridos durante el internado médico en el Hospital Lima Este Vitarte, durante el período de abril 2023 a enero 2024, a través de la sustentación de casos clínicos extraídos de las cuatro rotaciones que conforman el internado médico. **Materiales y métodos:** Se elaboran y presentan dieciséis casos clínicos tomando como base algunas patologías de interés, mediante la revisión de historias clínicas durante el internado. **Resultados:** De la rotación en Medicina Interna se expone los casos de pancreatitis aguda, pielonefritis, pie diabético y VIH con tuberculosis meníngea. De la rotación en Pediatría se expone sepsis tardía, celulitis, bronquiolitis y hepatitis A. De la rotación en Ginecología y Obstetricia se expone quiste de anexo a pedículo torcido, embarazo ectópico, aborto incompleto y preeclampsia. De la rotación en Cirugía General se expone vólvulo intestinal, apendicitis complicada, hernia inguinal y colecistitis aguda. **Conclusiones:** La realización del internado médico representa un paso crucial en la formación de futuros profesionales de la medicina. Durante este periodo, se consolida y aplica de manera práctica el conjunto de conocimientos adquiridos en años anteriores, proporcionando una base fundamental para la formación de futuros médicos cirujanos.

Palabras clave: Internado médico, casos clínicos, experiencia preprofesional, medicina humana

ABSTRACT

Objective: Through this work, we look forward to demonstrate the experience and knowledge acquired during the medical internship at the Lima Este Vitarte Hospital, during the period from April 2023 to January 2024, through the presentation of clinical cases extracted from the four rotations that make up the medical internship: Internal Medicine, Pediatrics, Gynecology and Obstetrics and General Surgery. **Materials and methods:** Sixteen clinical cases are prepared and presented based on some pathologies of interest, through the review of medical records during the internship. **Results:** From the rotation in Internal Medicine, cases of acute pancreatitis, pyelonephritis, diabetic foot and HIV with meningeal tuberculosis are presented. The rotation in Pediatrics exposes late sepsis, cellulitis, bronchiolitis and hepatitis A. The rotation in Gynecology and Obstetrics exposes ovarian cyst with twisted pedicle, ectopic pregnancy, incomplete abortion and preeclampsia. The rotation in General Surgery exposes intestinal volvulus, complicated appendicitis, inguinal hernia and acute cholecystitis. **Conclusions:** Completing the medical internship represents a crucial step in the training of future medical professionals. During this period, the set of knowledge acquired in previous years is consolidated and applied in a practical way, providing a fundamental basis for the training of future surgeons.

Keywords: medical internship, clinical cases, pre-professional experience, human medicine

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO
O EN EL HOSPITAL LIMA ESTE VITARTE
2023-2024**

AUTOR

SANDRA PATRICIA MEDICO SALAS

RECuento DE PALABRAS

17701 Words

RECuento DE CARACTERES

95584 Characters

RECuento DE PÁGINAS

66 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

4.9MB

FECHA DE ENTREGA

Mar 18, 2024 2:36 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 18, 2024 2:37 PM GMT-5

● **14% de similitud general**

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

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% 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



DNI: 03667079
ORCID: 0000-0002-0177-381X
MEDRANO ALVAREZ, JOHAN EDUARDO

INTRODUCCIÓN

El Internado Médico consiste en la etapa de formación práctica y clínica del último año de la carrera de medicina, que se realiza en varios países, incluido Perú, donde corresponde al séptimo año académico. Durante este periodo, el estudiante de medicina tendrá la oportunidad de poner en práctica los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas adquiridas durante los seis años previos de estudio.

Los objetivos del internado son: aplicar los conocimientos teóricos, desarrollar habilidades clínicas, de diagnóstico, de toma de decisiones médicas bajo supervisión, mejorar la capacidad de comunicación con pacientes, familiares y otros profesionales de la salud, aprender a trabajar en equipo, entender el funcionamiento del sistema de salud y explorar las diferentes especialidades médicas para ejercer en el futuro.

El trabajo de suficiencia profesional se desarrolla a partir de la experiencia vivida en el internado médico por los autores a través de la exposición de dieciséis casos clínicos, desarrollando cuatro casos clínicos por cada especialidad en la que se rotó dos meses: Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Pediatría. Se llevó a cabo en el Hospital Lima Este Vitarte en el periodo de abril de 2023 hasta enero de 2024.

El propósito de este trabajo es compartir nuestros conocimientos adquiridos en esta etapa, destacando las patologías que encontramos con mayor frecuencia, detallando el manejo completo, desde que llega el paciente a emergencia hasta que se va de alta.

Este trabajo es relevante, ya que permite a los autores demostrar y reconocer la importancia fundamental de esta etapa en la formación profesional del médico y la transcendencia que implica el cuidado de una vida humana.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Según el plan de estudios de la facultad de Medicina Humana se cuenta con 14 ciclos, de los cuales, inicialmente se llevan cursos de ciencias básicas que brinda conceptos básicos, como: química, biología, anatomía humana, fisiología, fisiopatología, farmacología y salud pública. Posteriormente, siguen los cursos de ciencias clínicas, en la cual se aplican los conocimientos previos e incluye cursos como medicina, laboratorio clínico, diagnóstico por imagen y psiquiatría. La integración de los conocimientos adquiridos en cada curso permite que el estudiante sea capaz de identificar la etiología, presentación clínica y fisiopatología de una enfermedad.

Finalmente, sigue el internado médico, que corresponde al último ciclo de la carrera de medicina, crucial para la formación profesional del médico, ya que permite al estudiante aplicar de manera práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de los 6 años previos de estudio. Dicha experiencia se realiza bajo la supervisión de un médico docente que se encarga de guiar, enseñar y evaluar lo aprendido. Además, se llevan a cabo actividades académicas destinadas a promover el aprendizaje que consisten en exposiciones de las patologías más frecuentes en cada especialidad, presentación de casos clínicos y artículos científicos.

Los autores desarrollaron su internado en el Hospital de Lima Este Vitarte durante ocho meses, en las cuatro especialidades fundamentales de medicina: Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Pediatría. Cada servicio brindó una valiosa experiencia y conocimientos sobre cómo identificar las patologías atendidas, por lo que seleccionaron cuatro casos clínicos que representan algunas de las patologías comúnmente observadas durante esta experiencia.

1.1 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º1: pancreatitis aguda

Paciente mujer de 65 años con antecedente de litiasis vesicular diagnosticado en el 2020, con un tiempo de enfermedad de 3 días, acude a emergencia por

presentar dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho de intensidad 9/10 que no cede con analgésicos y se irradia a región lumbar derecha, asociado a náuseas y vómitos (3 veces) de contenido alimenticio, acude por exacerbación de dicho cuadro.

Examen físico: REG, REN, REH

- Funciones vitales: PA 120/70 mmHg, FR 18 rpm, T 36.7°C, SatO2 98 %
- PIEL y TCSC: Tibia, elasticidad disminuida, semihidratada, sin edemas, mucosas orales deshidratadas
- TyP: Murmullo vesicular pasa en AHT, no ruidos agregados
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos
- ABD: RHA+, blando/depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Murphy (+)
- GU: PPL (-), PRU (-)
- SNC: Glasgow 15, no signos meníngeos, no signos de focalización

Diagnóstico presuntivo

1. Pancreatitis aguda de probable etiología biliar
2. Colecistitis aguda

Plan

- Se solicita hemograma, PCR, perfil hepático, amilasa, lipasa, electrolitos, urea, creatinina, examen de orina, ecografía abdominal superior.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos 9520 x mm³, Hb 12.4 g/dL, Plaquetas 259 000 x mm³.
- Bioquímico: bilirrubina total 2.8 mg/dL, bilirrubina directa 1.62 mg/dL e indirecta 1.18 mg/dL, creatinina 0.59 mg/dL, urea 18 mg/dL, fosfatasa alcalina 1171 U/L, GGT 1375 U/L, TGO 1263 U/L, TGP 747 U/L, DHL 2579 U/L, PCR 52 mg/dl, amilasa 2207 U/L y lipasa 4089 U/L.

- Electrolitos: Na 139.4 mmol/L, Cl 100.8 mmol/L y K 4.31 mmol/L.
- Examen de orina: leucocitos 3-6 xC, hematíes 1-3 x C, gérmenes 1+
- Ecografía abdominal superior: colédoco de 4mm, vesícula biliar de 64 x 44 mm, pared de 2.5 mm. con abundante barro biliar, litiasis de 10 mm hacia infundíbulo, edema perivesicular.

Se reevalúa a la paciente con los resultados de los exámenes auxiliares, por lo que se hospitaliza con los siguientes diagnósticos: pancreatitis aguda leve, Bisap 1 Marshall 0 de etiología biliar y colecistitis aguda.

Por ello, se indica: NPO, ClNa 0.9 % 1000cc + 2 amp NaCl 20 %, escopolamina 20mg EV c/8h, omeprazol 40mg EV c/24h, metamizol 1g EV PRN fiebre / dolor, tramadol 50mg + dimenhidrinato 50mg EV PRN dolor intenso, CFV + BHE. Al día siguiente cede el dolor abdominal por lo que se inicia tolerancia con dieta líquida, progresa a dieta blanda con buena tolerancia oral ya que no presentó náuseas ni vómitos.

Al tercer día de hospitalizada presenta un pico febril, por lo que se pide exámenes para desfocalizar, en los cuales llama la atención la fosfatasa alcalina, la cual aumentó a 1258. Asimismo, presentó leve dolor en hipocondrio derecho. Se solicita una colangiografía magnética con contraste para descartar coledocolitiasis, que se realiza al día siguiente, donde no se evidencian cálculos en la vía biliar. En su quinto día de hospitalización refiere que ya no presenta dolor abdominal, no vuelve a presentar fiebre, considerándose la fiebre como parte del propio proceso inflamatorio de la pancreatitis. La paciente presenta evolución favorable, por lo que es dada de alta y se indica control por consultorio externo de cirugía general para ser programada para una colecistectomía.



Figura 1. Colangiorensonancia C/C

Caso clínico n.º 2: pielonefritis

Paciente mujer de 66 años con antecedentes de importancia: HTA controlada, diagnosticado hace 12 años y en tratamiento con losartán, litiasis renal diagnosticado hace 6 meses e infección del tracto urinario recurrente. Acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 4 días, refiere fiebre (38.4 °C) con escalofríos que no cede con repriman, luego se agrega náuseas y vómitos (3 veces), palidez en rostro y dolor tipo cólico intenso en región lumbar a predominio de lado derecho que se irradia a región abdominal.

Al examen físico: REG, REN, REH

- Funciones vitales: PA 100/60mmHg, FC 86 lpm FR 18 rpm T 38.5 °C
- Piel: llenado capilar <2" leve palidez no ictericia
- CV: RCR BI, no soplos IY (-)
- Ty P: MV pasa bien por AHT, no rales
- Abdomen: RHA+, B/D, dolor a la palpación en hipogastrio, no signos peritoneales
- GU: PRU (-) PPL (+) bilateral
- SNC: despierta, LOTEPE, Glasgow 15 (AO=4, RV=5, RM=6). moviliza 4 extremidades, no signos meníngeos, no signos focalización

Diagnóstico presuntivo

1. Síndrome Febril
2. Infección del tracto urinario (ITU): d/c pielonefritis aguda

Plan

- Se solicita hemograma, PCR, urea, creatinina, examen de orina y urocultivo, ecografía renal.
- Hospitalización

Exámenes auxiliares

- Bioquímico: creatinina 1.73 mg/dL, urea 62 mg/dL PCR 39.34 mg/L.
- Hemograma: leucocitos 16 540 x mm³, segmentados 93 %, Hb 10.8 g/dL, Hto 32.7 %, VCM 89 fl, HCM 29.4 pg, y plaquetas 344 000 x mm³.
- Examen de orina: leucocitos 70-80 xC, hematíes 3-5 x C, gérmenes 2+.
- Ecografía renal: en el riñón derecho se encontró dilatación piélica de forma moderada de contenido hipoecogénico en zona de declive, litio de 18 mm a nivel de la unión pieloureteral.

Se indica: CINA 0.9 % 15 gotas por minuto, antibioticoterapia con ceftriaxona 2g EV c/24h, metamizol 1g EV PRN fiebre, tramadol 100mg EV PRN dolor, Dimenhidrinato 50mg EV PRN nauseas, losartán 50 mg VO c/12h, captopril 25 mg VO PRN PA \geq 160/90 mmHg, CFV + BHE.

Con los resultados de los exámenes auxiliares se actualizan los diagnósticos:

1. ITU complicada: pielonefritis Aguda
 - 1.1. Probable absceso renal derecho
2. Litiasis renal derecha + hidronefrosis moderada
3. Anemia leve normocítica hipocrómica
4. Hipertensión arterial

A los 4 días de hospitalizada, se rota el antibiótico a meropenem 1g EV c/8h por los resultados de urocultivo positivo a E. Coli BLEE resistente a Trimetoprim/Sulfametoxazol; y se evidencia que la hemoglobina cae a 9.5

mg/dl, por lo que recibe eritropoyetina 2000 U SC c/48h para tratamiento de la anemia. Al octavo día de hospitalizada la paciente persiste con picos febriles (hasta 38.6 °C) y dolor en la región lumbar a predominio derecho, por lo que se realiza interconsulta a urología y UROTEM con contraste para descartar presencia de absceso renal. En el informe tomográfico concluye: litiasis renal derecha (lito de 14mm en el grupo calicial superior derecho), leve ectasia pielocalicial y ureteral ipsilateral.

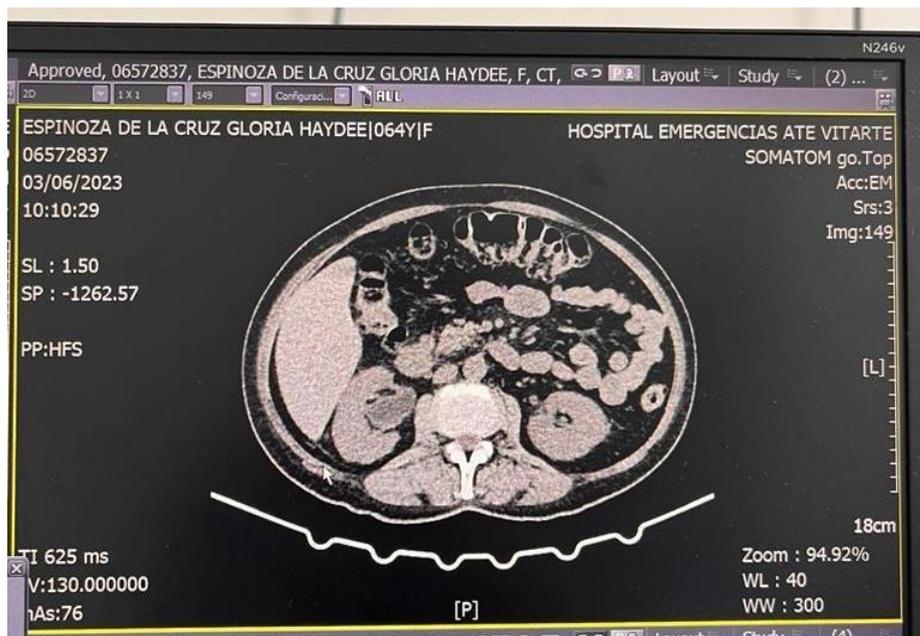


Figura 2. UROTEM

Urología indica tratamiento quirúrgico de cistoureteroscopia con inserción de catéter dilatador derecho permanente, en la cual se encuentra un cálculo coraliforme derecho en cáliz inferior y pelvis renal, y un lito en cáliz superior. En dicho procedimiento, al momento de realizar la punción en el riñón, se evidencia orina purulenta, por lo que se coloca sonda Foley que es retirada a las 24 horas ya que no presentaba piuria ni hematuria. Hasta el 5to día de post operada, la paciente se mantiene afebril, hemodinámicamente estable, con evolución favorable por lo que se da de alta y se indica tratamiento con losartán y ácido fólico por 10 días, y control por consultorio externo de urología.

Caso clínico n.º3: pie diabético

Paciente mujer de 59 años con antecedente de Diabetes *mellitus* tipo 2 controlado, diagnosticado hace 5 años con tratamiento irregular con metformina 1 tableta c/12h, con tiempo de enfermedad de 1 semana, refiere lesión en pie izquierdo por mordedura de araña, por lo que acude a centro de salud donde indican tratamiento médico (no recuerda nombre de los medicamentos), pero al no ver mejoría clínica acude a este nosocomio.

Al examen físico: AREH, AREN, REG

- Funciones vitales: PA 100/60 mmHg, FC 87 lpm FR 18 rpm T 37 °C SatO₂ 97 %
- Piel: T/E/H. Llenado capilar <2". No cianosis, no ictericia.
- CV: RCR de buena intensidad, taquicardia.
- TyP: MV pasa bien por AHT, no rales.
- Adb: RHA+, B/D, no doloroso, timpanismo conservado.
- GU: PRU (-) PPL (-)
- SNC: despierta, LOTEP, Glasgow 15 (AO=4, RV=5, RM=6). Moviliza 4 extremidades, no signos meníngeos, no signos de focalización.
- MMII izquierdo: lesión en 4to dedo con secreción seropurulenta y terminación necrótica.
-

Diagnostico presuntivo

1. Pie diabético PEDIS estadio 3
2. Diabetes *mellitus* tipo 2 con complicaciones tardías.
3. D/C Insuficiencia arterial periférica

Plan

- Se solicita AGA, hemograma, urea, creatinina, glucosa, electrolitos y examen de orina
- Se hospitaliza

Exámenes auxiliares

- AGA: pH 7.35, pCO₂ 40, pO₂ 82, glucosa 408 mg/dL, HCO₃ 20

- Bioquímico: creatinina 1.01 mg/dL, urea 45 mg/dL, glucosa 513 mg/dl. Na 133 mmol/L, Cl 92 mmol/L, K 4.7 mmol/L.
- Hemograma: leucocitos 13 130 x mm³, seg 84 %, Hb 12 g/dL, Hto 35 %, plaquetas 428 000 x mm³.
- Examen de orina: leucocitos 3-8 xC.

Se aplica insulina R 7 unidades SC para disminuir la glucosa, y se indica NPH 15 UI 8am y 8 UI 8pm más cobertura antibiótica con ciprofloxacino y clindamicina EV, y se solicita ecografía Doppler arterial de miembros inferiores. Al día siguiente, se realiza la ecografía Doppler, en la cual se evidencian ondas bifásicas y no se identifican signos de estenosis ni placas ateromatosas significativas en pie izquierdo. Es evaluada por traumatología, quien indica limpieza quirúrgica, en la cual, se evidencia necrosis del 4to dedo y con mucha secreción purulenta en dorso de pie izquierdo. Sugieren evaluación por cirugía cardiovascular para definir nivel de amputación. Se informa al paciente y familiar, los cuales dan el consentimiento de realizar dicha cirugía. Por lo tanto, se realiza interconsulta a cirugía cardiovascular, quien solicita un ANGIOTEM con contraste donde se evidencia en MMII izquierdo, a partir de la arteria tibial posterior, calibre disminuido con placas ateromatosas sin puntos de estenosis significativa y permeable, arteria peronea, dorsal del pie y plantar con calibre disminuido y permeable, compatible con una insuficiencia arterial izquierda. Se indica amputación del 4to dedo. Se solicita prequirúrgicos, riesgo quirúrgico y evaluación preanestésica.

En su día 8 de hospitalización, se programa para desbridamiento quirúrgico por traumatología. Se encontró signos de flogosis en región de 4to dedo del pie izquierdo con 15 cc de secreción purulenta de mal olor, compromiso medio del pie con tejido de mala calidad, fístula en región dorsal a región plantar, región de 4to dedo con abrasión del falange distal, medio y proximal, por lo que se realiza amputación de 4to dedo: del falange distal, proximal y medial con abordaje distal de aproximadamente 7 cm y plantar de 10 cm, sin afrontamiento de los bordes. Indican lavado de herida en 48 horas. Se realiza lavado donde se evidencia secreción purulenta, por lo que se indican

curaciones diarias. En su día 14 de hospitalización, se programa para cierre de herida por segunda intención. Se encontró herida operatoria limpia con tejido de granulación, por lo que se reavivan los bordes, se lava y se colocan puntos de afrontamiento. Continúa con cobertura antibiótica. Luego de 3 días, se mantiene afebril y controlando glicemias, se realiza hemograma control con leucocitos en 7 000 x mm³, segmentados 51 %, Hb 11.5 g/dl, Hto 35.2 %, plaquetas 229 000 x mm³ y glucosa sérica en 131.7 mg/dl; con evolución favorable, es dada de alta con clindamicina, ciprofloxacino y glibenclamida, y control por consultorio externo de endocrinología y traumatología.

Caso clínico n.º 4: tuberculosis en pacientes con VIH

Paciente femenino de 31 años con antecedente de infección por VIH hace 7 años con abandono de tratamiento hace 3 años (no recuerda que pastillas tomaba) con un tiempo de enfermedad de 11 días, refiere cefalea, vómitos y fiebre que no cede con paracetamol, progresivamente se agrega dolor a la movilidad de miembros inferiores. 5 días antes de su ingreso refiere debilidad de miembros inferiores y dificultad para ponerse de pie, por lo que acude a este nosocomio. Niega convulsiones, niega tos, niega diarrea.

Al examen físico: AREG, AREN, AREH

- Funciones vitales: PA 120/80 mmHg, FC 69 lpm FR 21 rpm T 37 °C SatO₂ 97 %
- Piel: caliente, húmeda, elástica. Llenado capilar <2". No cianosis, no ictericia.
- TCSC: edema en MMII a predominio pierna izquierda, Godet +/-
- Cavidad oral: lesiones blanquecinas que salen al raspado en dorso de lengua.
- CV: RCR de regular intensidad. No soplos.
- TyP: MV pasa disminuido AHT, no rales.
- Abdomen: RHA+, B/D, no visceromegalia, no doloroso.
- GU: PRU (-) PPL (-)

- SNC: letárgica, desorientada en tiempo, Glasgow 15 (AO=4, RV=5, RM=6). Moviliza 4 extremidades, paresia de MMII predominio lado izquierdo. Rigidez de nuca positivo, Signo de Kerning positivo.

Diagnóstico presuntivo

1. Síndrome de meningoencefalitis
2. Enfermedad por VIH en abandono de TARV
3. D/C infección oportunista por VIH

Plan

- Se solicita hemograma, perfil hepático, urea, creatinina, PCR, TTPA, electrolitos, examen de orina, urocultivo, hemocultivo, tomografía cerebral sin contraste.
- Se hospitaliza para ampliar estudio.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: leucocitos 6040 x mm³, segmentados 85 %, Hb 10 g/dL, Hto 31 %, VCM 82 fl, HCM 27 pg, plaquetas 310 000 x mm³.
- Bioquímico: BT 0.4 mg/dL, TGP 32 U/L, TGO 30 U/L, urea 25 mg/dL, Cr 0.53 mg/dL, PCR 115 mg/L, TTPA 39.9 segundos.
- Electrolitos séricos: Na 129 mmol/L, K 3.38 mmol/L.
- Examen de orina: Leucocitos 6-9 x C, hematíes 0-2 x C, proteínas 2+
- Tomografía cerebral sin contraste.



Figura 3. TEM cerebral S/C

Con los resultados de los exámenes solicitados, se evidencia hiponatremia moderada y en la tomografía se ve imágenes hipodensas focales delimitadas, por lo que se indica: CINA 9 % 1000 cc, dextrosa 5 % 1000 cc + CINA 20 % 02 amp, metamizol 1.5g EV PRN fiebre, ranitidina 50 mg EV c/12h, interconsulta a infectología y neurología.

Es evaluada por neurología, visualizan la tomografía, en la cual impresiona 3 lesiones: una en fosa posterior, otra región temporal y en frontal derecha, con realce en anillo homogéneo con edema vasogénico perilesional, refieren probable infección del SNC: toxoplasmosis vs TBC SNC, por lo que sugieren punción lumbar diagnóstica, RMN encéfalo con contraste y evaluación por infectología. Asimismo, infectología sugiere punción lumbar con estudio de LCR, antígeno sérico para criptococos e iniciar tratamiento de toxoplasma con cotrimoxazol 2 tabletas vía oral c/12h por 6 semanas. Se actualizan los diagnósticos:

1. Síndrome de meningoencefalitis
 - D/C toxoplasmosis vs absceso cerebral
 - D/C MEC TBC
2. Hiponatremia moderada
3. PVVS sin TARV
4. Anemia moderada normocítica normocrómica

Al día siguiente, se agrega Ceftriaxona y metronidazol EV por la sospecha de un absceso cerebral. Se realizan los exámenes correspondientes y después de 2 días se obtienen los siguientes resultados de LCR: líquido turbio, leucocitos 268, PMN 79, MN 21, hematíes 80, glucosa 7.7, proteínas 6228, DHL 1043, BK sin resultado debido a muestra insuficiente, tinta china negativa, ADA 19, cultivo pendiente y presión de apertura 5 cm H₂O. El antígeno sérico para criptococos negativo, hemocultivos negativos hasta el 3er día y BK esputo, orina y heces sin resultados. En conclusión, el LCR con predominio de PMN, hipoglucoorraquia y proteinorraquia con un examen de ADA mayor a 9, que orientan el cuadro clínico a una meningitis tuberculosa. En su 5to día de hospitalización, no presenta mejoría clínica, persisten picos febriles, SatO₂ 95 % y crépitos a predominio de hemitórax derecho a la auscultación, por lo que se realiza una tomografía de tórax, en la que se evidencia lesiones nodulares a nivel de todo el parénquima pulmonar, sugestivo de una TBC. Asimismo, se obtiene el resultado de GENEXPERT de LCR positivo para Mycobacterium Tuberculosis resistente a Rifampicina. Es evaluada por neumología, indica inicio de tratamiento antituberculoso con amikacina, levofloxacino, cicloserina, etionamida, piridoxina y dexametasona. Al día siguiente, se evidencia signo de Babinski positivo y espasticidad generalizada, con evolución desfavorable. La paciente falleció de forma súbita a medianoche en el día 6 de hospitalización.

1.2 Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º1: sepsis tardía

Paciente femenino de 28 días de edad con antecedentes de nacido por parto pretérmino (35 semanas), controles prenatales insuficientes (4), bajo peso al nacer (2410 gr.) e ictericia neonatal como antecedente postnatal, por lo que recibe fototerapia. Acude a emergencia del Hospital Lima Este Vitarte con un tiempo de enfermedad de 16 horas con un cuadro clínico caracterizado por fiebre cuantificada por madre (38.7° C), por lo que le administra paracetamol en casa (una cuchara de sopa), sin remisión del cuadro e incremento de la fiebre a la hora, y se agrega 4 cámaras diarreicas acuosas, tras lo que decide llevarla a emergencia.

Al ingreso, el examen físico fue como se detalla a continuación:

- Funciones vitales: FR 39 rpm, FC 165 lpm, PA 89/70 mmHg, peso 4400 gr, T 39.1 °C
- PYF: piel fría en extremidades, hidratada y elástica, diaforesis (+), llenado capilar mayor de 2 segundos, no ictericia, no cianosis, palidez en cara.
- CYC: fontanelas normotensas, clavículas íntegras.
- TYP: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No rales.
- ABD: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes (10 por minuto), no doloroso a la palpación, timpanismo conservado.
- GU: sexo femenino, genitales adecuados para el sexo y edad.
- LCM: moviliza 4 extremidades, fuerza muscular y rangos articulares conservados
- SNC: Despierto, hipoactivo, reflejo de búsqueda (+), succión (-). Reflejos primitivos (+)

Diagnóstico presuntivo

1. Síndrome febril
2. Sepsis tardía probable
3. Diarrea aguda infecciosa

Plan

- Se solicita hemograma, bilirrubinas, PCR, examen completo de orina, prueba de reacción inflamatoria en heces, ecografía renal.
- Se hospitaliza para ampliar estudios.

Exámenes auxiliares

- Prueba de reacción inflamatoria en heces: Color amarillo de consistencia acuosa, moco 2+, leucocitos >100 x campo, polimorfonucleares 70, mononucleares 30.

- Examen completo de orina: leucocitos 0-2 x campo, hematíes 0-2 x campo, no se observó gérmenes, nitritos, cilindros ni filamentos mucoides.
- Hemograma: Hb 9.2 g/dl, Hto 27 %, MCV 93 fl, Leucocitos 5560 x mm³, segmentados 60.5 %, monocitos 6.5 %, eosinófilos 1.9 %, plaquetas 391 000 x mm³, bilirrubinas totales 10.4 mg/dl, PCR 5.8 mg/L.
- Ecografía renal: riñones y vías urinarias morfológicamente conservados.

Se reevalúa a la paciente con los resultados, y se hospitaliza con los diagnósticos de: síndrome febril, sepsis tardía probable y diarrea aguda infecciosa. Por lo que, mientras se esperan los resultados de coprocultivo y hemocultivo, se inicia cobertura antibiótica con ampicilina + gentamicina EV, además de paracetamol ante presencia de fiebre, hidratación con dextrosa, ClNa y KCl, y LME a demanda.

La paciente persiste con picos febriles de 38.7°C, 37.9°C y 37.7°C dentro de los 2 días subsiguientes a iniciado el tratamiento antibiótico, acompañado del mal estado general previo. Posterior a ello, al tercer día de hospitalización, presenta mejoría de la tolerancia oral y del estado general de la paciente. Asimismo, no se reporta picos febriles y remisión parcial de la diarrea, mejorando ésta de consistencia acuosa con moco a semi acuosa sin moco. En el día 4 de hospitalización, se obtiene coprocultivo positivo a *Campylobacter jejuni* resistente a eritromicina y hemocultivo positivo a *E. coli* resistente a azitromicina, confirmando los diagnósticos mencionados.

Posterior al hallazgo de dichos resultados, se decide mantener la doble cobertura antibiótica con cefotaxima y ampicilina hasta completar el día 7 de tratamiento antibiótico. La paciente permanece hospitalizada para continuar recibiendo tratamiento endovenoso, y con evolución favorable hasta el día 7 en que se solicita un nuevo hemograma y PCR control, obteniendo leucocitos 8930 x campo, segmentados 60 %, linfocitos 21, Hb 10.1 mg/dl, plaquetas 298 000 x mm³ y PCR 4.2 mg/L. Ante la ausencia de fiebre, mejoría clínica y laboratorial, la paciente es dada de alta al día 8 de hospitalización con una

evolución favorable, pronóstico bueno, y es citada por consultorio externo de pediatría para su control a los 5 días.

Caso clínico n.º2: celulitis de miembro inferior

Paciente femenino de 2 años, sin antecedentes patológicos, proveniente de Huamanga, Ayacucho. Acude desde el Hospital Regional de Huamanga sin una referencia a Lima, refiere su menor venía siendo tratada 4 días antes, sin mejoría clínica ni de la fiebre, por lo cual decide solicitar su retiro voluntario y llevar a la paciente a Lima para ampliar estudios. Acude por emergencia de pediatría con un tiempo de enfermedad de 6 días caracterizado por fiebre cuantificada (38.4 °C), aumento de volumen, dolor, eritema generalizado y limitación funcional en todo el miembro inferior izquierdo. Asociado a una lesión tipo úlcera en tobillo del mismo miembro afectado, posterior a picadura de mosquito.

El examen físico de ingreso: REG, REN, REH

- Funciones vitales: FR 28 rpm, FC 145 lpm, PA 94/73 mmHg, PESO 12 kg, T 39.4 °C
- PYF: piel tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar mayor de 2 segundos, no ictericia, no cianosis, no palidez.
- CYC: suturas cerradas, no adenopatías.
- TYP: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No rales.
- ABD: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes (10 por minuto), no doloroso a la palpación, timpanismo conservado.
- GU: sexo femenino, genitales adecuados para el sexo y edad.
- OM: moviliza 4 extremidades. MMII izquierdo presenta aumento de volumen ++/+++ abarcando desde dorso y dedos del pie hasta tercio medio del muslo, asociado a dolor +++/+++ a la movilización activa y pasiva, limitación funcional y coloración eritematosa-violácea a predominio de región tibial anterior izquierda y dorsal del pie izquierdo. Llenado capilar en pie menor de 2 segundos. Se evidencia lesión ulcerativa en región del tobillo izquierdo de aproximadamente 1 cm. x

1.5 cm., con secreción serosa de moderada cantidad. Pulsos pedios presentes, de baja intensidad.

- SNC: Despierta, quejumbrosa, reacciona a estímulos, no signos meníngeos ni de focalización.



Figura 4. Miembro inferior de la paciente al ingreso en emergencia

Diagnóstico presuntivo

1. Síndrome febril
2. Infección de partes blandas: celulitis de MMII izquierdo

Plan

- Se solicita hemograma, PCR

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Hb 11.8 g/dL, Hematocrito 35.2 %, Leucocitos 17 370 x mm³, segmentados 61 %, linfocitos 26 %, monocitos 8.2 %, plaquetas 314 000 mm³, PCR 190 mg/L.

Se trata de una paciente que es hospitalizada con los siguientes diagnósticos:

1. Celulitis de miembro inferior izquierdo
2. D/C hipoperfusión distal de miembro inferior izquierdo

Se inició cobertura antibiótica con oxacilina + clindamicina EV, metamizol ante presencia de fiebre y/o dolor, y dieta completa con líquidos a voluntad.

La paciente presenta dos picos febriles de 39.1 y 39.2° C durante su primer día en hospitalización, la cual cede ante administración de metamizol y medios

físicos. Ese mismo día, se envían muestras de cultivo de secreciones de herida y se realizan curaciones horarias de la misma. La paciente persiste con evolución estacionaria hasta el día 3 de hospitalización en que, al realizar el examen físico, no se logra encontrar el pulso pedio del lado comprometido, dolor incrementado, además de coloración violácea acentuada en comparación a días anteriores, planteando la posibilidad de un síndrome compartimental. Por ello se decide solicitar ecografía Doppler arterial de miembros inferiores, además de realizarse una interconsulta a cirugía de tórax y cardiovascular para evaluar la necesidad de manejo quirúrgico.

La ecografía Doppler arterial es realizada, informando: estudio ecográfico vascular arterial no muestra hallazgos significativos al momento del estudio y edema a nivel de tejido celular subcutáneo en pierna izquierda, evaluar posibilidad de celulitis. Cirugía de Tórax y Cardiovascular evalúa a la paciente y los resultados de ecografía Doppler arterial, descartando hipoperfusión del miembro y síndrome compartimental, pero sugiere continuar antibióticos, mantener miembro en altura, manejo horario del dolor con AINES y reevaluación en 48 horas.

Al día 5 de hospitalización, al examen físico se evidenció disminución del edema y dolor del miembro afectado, una leve remisión de la coloración violácea que involucra el miembro hasta el muslo, fácil palpación del pulso pedio, además de la ausencia de secreción serohemática y de la fiebre durante 4 días, por lo que se decide continuar antibióticos e indicaciones adicionales. Se obtienen resultados del cultivo de secreciones, dando como resultado cultivo polimicrobiano que aparenta muestra contaminada. La paciente continúa con evolución favorable hasta el día 7 de hospitalización en que se decide solicitar control de hemograma y PCR cuantitativo, obteniéndose los siguientes resultados: hemoglobina 12.2 g/dL, hematocrito 37.4 %, leucocitos 6420 x mm³, segmentados 57 %, linfocitos 32 %, plaquetas 322 000 x mm³, PCR 6.2 mg/L.

Por ello, se decide suspender la cobertura antibiótica de oxacilina + clindamicina al culminar el día 7, y se rota a dicloxacilina vía oral. Al día 8 de

hospitalización, se reevalúa a la paciente con resultados de laboratorio y examen clínico, encontrándose ausencia de fiebre y remisión notoria del cuadro inflamatorio en miembro inferior, siendo dada de alta con un buen pronóstico, indicando dicloxacilina por vía oral como tratamiento de alta y control por consultorio externo.



Figura 5. Miembro inferior de la paciente al momento del alta

Caso clínico n.º3: bronquiolitis aguda

Paciente mujer de 10 meses de edad, con síndrome de Down como antecedente patológico. Acude por emergencia de pediatría con un tiempo de enfermedad de 5 días caracterizado presentar tos seca asociado a rinorrea abundante y fiebre. El día del ingreso, madre refiere que la nota agitada y la tos se hace más persistente, administrándole paracetamol en jarabe, sin mejoría de los síntomas, por lo que decide llevarla a emergencia.

El examen físico al ingreso:

- Funciones vitales: FR 39 rpm, FC 143 lpm, PA 101/90 mmHg, PESO 11 kg, TEMP 38.3°C, SatO₂ 93 %
- PYF: piel tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar mayor de 2 segundos, no ictericia, cianosis leve en cara, no palidez.
- CYC: suturas cerradas, no adenopatías.
- TYP: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. Se auscultan subcrepitantes y crépitos difusos en AHT, tirajes subcostales e intercostales presentes ++/+++.

- ABD: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes (6 por minuto), no doloroso a la palpación, timpanismo conservado.
- GU: sexo femenino, genitales adecuados para el sexo y edad.
- SNC: Despierta, quejumbrosa, reacciona a estímulos, no signos meníngeos ni de focalización.

Diagnóstico presuntivo

1. Bronquiolitis aguda
2. Neumonía atípica
3. Síndrome de Down

Plan

- Se solicita hemograma, PCR, radiografía de tórax
- Metamizol EV
- Aporte de oxígeno por cánula binasal a 1 L.

Se solicitan exámenes auxiliares de ingreso:

- Hemograma: Hb 11, hematocrito 33, leucocitos 9540 x mm³, segmentados 60.8 %, linfocitos 35.1 %, monocitos 1.8 %, plaquetas 453 000 x mm³, PCR cuantitativa 1.8.
- Radiografía de tórax: se evidencia patrón intersticial en lóbulo superior de hemitórax derecho con leves signos de atrapamiento aéreo.

Con los resultados de los exámenes, se hospitaliza con los diagnósticos planteados y se inicia cobertura antibiótica con azitromicina, además de paracetamol y nebulización con solución hipertónica.

Los tirajes se hacen menos notorios culminando el primer día de manejo hospitalario y remiten por completo al segundo día. La fiebre moderada y tos seca persisten durante los primeros tres días. En este tiempo, la paciente mantiene el aporte de oxígeno a 1 L y la cobertura antibiótica con azitromicina. Al cuarto día de hospitalización, la paciente presenta disminución de la tos y remite la fiebre sin necesidad de metamizol, además, al examen físico, se

ausculta una notoria mejoría de los subcrepitantes y crepitantes encontrados al ingreso, y presentaba saturaciones de oxígeno que oscilaban entre 95 y 96 %, por lo que se plantea el pronto destete de oxígeno. Alcanzado el cuarto día de hospitalización, la paciente presenta una mejoría clínica notoria, además de mejores tolerancia oral y estado de ánimo. Por ello, se retira el aporte de oxígeno por cánula binasal y se mantiene vigilancia constante del patrón respiratorio y saturación de la paciente durante la guardia nocturna. Al quinto día de hospitalización, enfermería reporta saturaciones de 96 % sin necesidad de aporte de oxígeno y una evolución favorable de la paciente. El examen físico se encontró sin alteraciones, por lo que se solicitó un hemograma y PCR control, los cuales dieron resultados dentro de los valores normales. Se decide dejar a la paciente en observación hasta el sexto día de hospitalización, en que, dada la mejoría clínica y laboratorial, se da de alta a la paciente con un buen pronóstico, siendo citada a consultorio de pediatría al cabo de 5 días.

Caso clínico n.º4: hepatitis viral

Paciente mujer de 5 años, con antecedente personal de ingesta frecuente de comida en la calle, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 3 días, con un cuadro caracterizado por sensación de alza térmica, náuseas asociadas a vómitos (5 veces), fatiga, hiporexia y dolor abdominal. La madre refiere que 1 día antes del ingreso, la paciente presenta ictericia en escleras, diarrea (4 cámaras) e hiporexia, y los síntomas no mejoran con paracetamol, por lo que decide llevarla a emergencia.

El examen físico de ingreso se detalla a continuación:

- Funciones vitales: FR 24 rpm, FC 122 lpm, PA 110/74 mmHg, PESO 22 kg, T 38.1°C, SatO2 98 %
- PYF: piel tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar mayor de 2 segundos, ictericia presente +/-+++ en escleras, no cianosis, no palidez.
- CYC: normocéfalo, no adenopatías.
- TYP: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos. No hay ruidos agregados.

- ABD: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes (6 por minuto), leve dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, timpanismo conservado.
- GU: sexo femenino, genitales adecuados para el sexo y edad.
- OM: moviliza 4 extremidades. Fuerza muscular y rangos articulares conservados.
- SNC: Despierta, quejumbrosa, reacciona a estímulos, no signos meníngeos ni de focalización.

Diagnóstico presuntivo

1. Hepatitis viral probable
2. Intoxicación alimentaria

Plan

- Se solicita hemograma, PCR, creatinina, urea, albumina, perfil hepático, INR, ecografía abdominal superior

Exámenes auxiliares

- Hemograma y bioquímico: hb 13.4 g/dL, hematocrito 38.4 %, leucocitos 13 200 x mm³, segmentados 69 %, linfocitos 24.1, monocitos 2.5, plaquetas 423 000, PCR cuantitativa 11.6, urea 22 mg/dL, creatinina 0.52 mg/dL, albúmina 3.2 g/dL, GGT 215 U/L, DHL 551 U/L, FA 1450 U/L, TGO 1237 U/L, TGP 1824 U/L, Bilirrubinas totales 8.9 mg/dL, bilirrubina directa 7.6 mg/dL, INR 1.22.
- Ecografía abdominal superior: hígado y vesícula de aspecto conservado.

Se reevalúa paciente y se hospitaliza con los diagnósticos: Hepatitis viral probable, intoxicación alimentaria e hiperbilirrubinemia. La paciente pasa a la habitación de aislamiento hasta confirmarse el diagnóstico. Se inicia el manejo con hidratación y dieta blanda, sin administración de antibióticos. El primer día de hospitalización se solicitan pruebas de IgM anti HAV, las cuales, al cabo de unas horas, dan resultado positivo, confirmándose el diagnóstico de

Hepatitis viral tipo A en fase aguda. El manejo se mantiene solo con hidratación, dieta blanda, paracetamol en presencia de fiebre y dimenhidrinato en presencia de náuseas o vómitos. Los picos de fiebre baja continúan presentándose hasta el día 3 de hospitalización. Ese mismo día, la paciente presenta mejoría de la fatiga y la fiebre remite espontáneamente.

Al cuarto día, la paciente presentó remisión del dolor abdominal, incremento del apetito y leve disminución de la ictericia en escleras, por lo que se solicita un hemograma y perfil hepático de control para el día siguiente, obteniéndose los resultados: Hb 13.2 g/dL, Hematocrito 38.1 %, Leucocitos 7220 x mm³, segmentados 61 %, linfocitos 28 %, monocitos 1.9 %, plaquetas 356 000 x mm³, PCR 2.1 mg/L, urea 22 mg/dL, creatinina 0.50 mg/dL, albúmina 3.7 g/dL, GGT 186 U/L, DHL 260 U/L, FA 180 U/L, TGO 433 U/L, TGP 512 U/L, Bilirrubina total 4.6 mg/dL, bilirrubina directa 3.8 mg/dL. INR 1.17.

Siendo el sexto día de hospitalización, se encuentra una mejoría de la ictericia de la paciente, ausencia de fiebre por tres días, mejoría notoria del apetito y resultados de laboratorio con disminución de enzimas hepáticas, por lo que se decide dar de alta a la paciente con un pronóstico bueno, y se le cita por consultorio externo de pediatría a los 3 días.

1.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º1: quiste de ovario a pedículo torcido

Paciente mujer de 40 años con antecedente patológico de hipertensión arterial controlada con hidroclorotiazida y enalapril desde hace 2 años, antecedente familiar de madre con ovario poliquístico, antecedente quirúrgico de bloqueo tubárico bilateral en el 2022 y tabaquismo desde hace 15 años. Refiere haber tenido su menarquia a los 13 años, 7 gestaciones previas (G7P7007), 7 partos vaginales, siendo el último en el 2021, y su última menstruación hace 1 mes. Acude por emergencias de ginecología con un tiempo de enfermedad de 3 días, con un cuadro caracterizado por dolor pélvico tipo cólico de intensidad 8/10, sensación de alza térmica no cuantificada, náuseas y vómitos (5 veces).

Refiere haberse automedicado con hioscina e ibuprofeno 6 horas antes de acudir por emergencias, sin mejoría del cuadro.

Se le realiza examen físico al ingreso, encontrándose: REG, REH, REN

- Funciones vitales: FR 24 rpm, FC 118 lpm, PA 99/74 mmHg, PESO 71 kg, TALLA 150 cm, IMC 31,55 kg/m², T 38.6° C
- PYF: piel fría, hidratada y elástica. Llenado capilar < de 2 segundos, no palidez
- TYP: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No rales.
- ABD: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes (5 por minuto) de buena intensidad, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, masa palpable dolorosa +++/+++ en fosa iliaca derecha de aproximadamente 11 cm. x 10 cm., timpanismo conservado.
- Ginecológico: atrofia moderada de genitales externos y del canal vaginal. Al tacto vaginal se encuentra cérvix posterior, orificio cervical externo cerrado. Doloroso a la movilización del cérvix. No se evidencia sangrado en dedo de guante.
- SNC: Glasgow 15, despierta, quejumbrosa, reacciona a estímulos, no signos meníngeos ni de focalización.

Diagnóstico presuntivo

1. Síndrome doloroso abdominal
2. Síndrome febril
3. Quiste complejo anexial D/C pedículo torcido
4. Infección de tracto urinario

Plan

- Se solicita hemograma, urea, creatinina, glucosa, PCR, examen completo de orina, ecografía transvaginal, B-HCG.

Exámenes auxiliares

- Examen de sangre: Hb 13.5 g/dL, Hto 40.6 %, leucocitos 9120 x mm³, abastados 0 %, segmentados 85.5 %, plaquetas 224 000 x mm³, glucosa 99 mg/dL, urea 23 mg/dL, creatinina 0.82 mg/dL y PCR 190.2 mg/L.
- Examen de orina: color amarillo, pH 6.0, proteínas (2+), células epiteliales abundantes, leucocitos 20-30 x campo, hematíes 3-5 x campo, gérmenes (2+), cilindros 2-4 x campo. b-HCG negativo.
- Ecografía transvaginal: Se encuentra quiste multilocular en anexo derecho de aproximadamente 9 cm x 10 cm.

Se inicia el manejo de la paciente con ciprofloxacino, metronidazol y tramadol con dimenhidrinato EV, a la vez que se hospitaliza y se programa para realización de laparotomía exploratoria. La paciente permanece en observación de ginecología a la vez que se administra el tratamiento indicado. La paciente ingresa a sala y se realiza laparotomía exploratoria, la cual estuvo a cargo de un cirujano general y un ginecólogo, encontrándose los siguientes hallazgos: quiste a pedículo torcido: 2 vueltas, de 14 cm. x 13 cm., tabicado, de bordes regulares, epiplón infartado plastronado a quiste, contenido líquido citrino >100 cc y adherencias de colon a plastrón epiploico.

El médico ginecólogo realiza pinzamiento, corte y ligadura de quiste para ovárico derecho. A la vez que cirujano general realiza liberación de adherencias de colon a plastrón epiploico, constatando colon indemne. Se realiza omentectomía parcial con puntos transfixiantes y aspiración de contenido citrino >100 cc al momento de liberación de adherencias con posterior cerrado de incisión y la paciente pasa a sala de recuperación.

La paciente presenta evolución favorable posterior a la cirugía y continúa recibiendo cobertura antibiótica con ciprofloxacino y metronidazol hasta el día 5. Dada la mejoría clínica, ausencia de fiebre y buena tolerancia al procedimiento quirúrgico, la paciente es dada de alta y citada por consultorio externo de ginecología a los 7 días.

Caso clínico n.º2: embarazo ectópico

Paciente mujer de 17 años, sin antecedentes patológicos, ingresa por emergencia de cirugía general, con tiempo de enfermedad 4 días, refiere dolor abdominal bajo de intensidad 8/10 que aumenta progresivamente, hace 7 días inició su periodo menstrual.

Se le realiza examen físico al ingreso, encontrándose: REG, REH, REN

- Funciones vitales: FR 22 rpm, FC 120 lpm, PA 98/71 mmHg, PESO 46 kg, TALLA 150 cm, T 37° C
- PYF: piel fría, hidratada y elástica. Llenado capilar < de 2 segundos, leve palidez
- TYP: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No rales.
- ABD: RHA presentes. B/D, dolor a la palpación en hipogastrio, fosa iliaca izquierda y derecha, signo de Mc Burney negativo, signo de Murphy negativo, signo Blumberg negativo.
- GU: PPL (-), PRU (-)
- SNC: Glasgow 15, despierta, quejumbrosa, no signos meníngeos ni de focalización.

Diagnóstico Presuntivo

1. Sd doloroso abdominal
2. D/C embarazo

Plan

- Tratamiento analgésico endovenoso
- Se solicita hemograma, urea, creatinina, PCR, HCG-b, examen de orina

Exámenes auxiliares

- HCG-B cuantitativo: 5392
- Hemograma: hb 10.9 g/dL, hematocrito 32.8

- Bioquímica: creatinina 0.6 mg/dL, glucosa 95 mg/dL, urea 14 mg/dL, PCR 0.5 mg/L.
- Examen de orina: leucocitos 0-2 x campo.

Dado el resultado del HCG-B, se realiza interconsulta a ginecología. Es evaluada por esta especialidad: la paciente refiere menarquia a los 11 años, fecha de última regla 10/12/2023 (7 semanas antes de su ingreso), inicio de relaciones sexuales a los 16 años, niega gestaciones previas, niega abortos, niega uso de métodos anticonceptivos. refiere desde hace 4 días dolor abdominal bajo acompañado de sangrado vaginal tipo mancha desde hace 7 días. Se realiza una ecografía transvaginal: se observa útero sin evidencia de saco gestacional en su interior. Endometrio engrosado de 10 mm. Por lo que se hospitaliza en el servicio de ginecología con los diagnósticos: Abdomen agudo quirúrgico y D/C embarazo ectópico. Se plantea: pase a SOP de emergencia y se solicitan prequirúrgicos.

Ya que la paciente presentaba inestabilidad hemodinámica, entra a sala de operaciones y se le realiza una laparotomía exploratoria, donde se encuentra trompa izquierda dilatada, se evidencia volumen aumentado en su tercio distal, hemoperitoneo de 300cc, ovario izquierdo, trompa y ovario derecho indemne. Se realiza una salpingectomía izquierda sin complicaciones, Se coloca sonda Foley y se indica cobertura antibiótica con cefazolina EV, analgesia y control de hemoglobina. Al día siguiente, la paciente no refiere molestias, el servicio de enfermería no reporta interurrencias, se encuentra afebril, con diuresis de 2500cc sin hematuria, por lo que se decide retirar sonda Foley. El resultado del control de hemoglobina es de 8 mg/dl, indicando una anemia moderada, por lo que se indica hierro sacarato. En su tercer día de hospitalización con evolución favorable, se decide dar de alta con tratamiento antibiótico con cefalexina y analgésico con paracetamol, y control por consultorio externo de ginecología en 7 días para retiro de puntos.

Caso clínico n.º 3: aborto incompleto

Paciente mujer de 20 años, gestante de 9 semanas aproximadamente por fecha de última regla. Sin antecedentes patológicos, refiere menarquia a los

11 años, régimen catamenial 4/28, inicio de relaciones sexuales a los 15 años, niega uso de métodos anticonceptivos, con formula obstétrica G1P0000. Acude a emergencia de ginecología con tiempo de enfermedad de 3 horas, refiere que posterior a labores domésticas presentó dolor pélvico tipo cólico de intensidad 6/10 y sangrado vaginal en regular cantidad.

Al examen físico: AREN, AREH, AREG

- Funciones vitales: FR 22 rpm, FC 108 lpm, PA 110/60 mmHg, PESO 52 kg, TALLA 149 cm, T 38.7° C.
- PYF: T/E/H, llenado capilar < 2 segundos, no palidez, no ictericia.
- TYP: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No rales.
- ABD: RHA presentes. B/D, dolor a la palpación superficial y profunda en hipogastrio
- GU: PPL- PRU-
- SNC: Glasgow 15, despierta, quejumbrosa, no signos meníngeos ni de focalización.
- Tacto vaginal: útero en posición AVF y tamaño de 8 cm. Cuello abierto. Se evidencian restos trofoblásticos escasos.

Diagnóstico presuntivo

1. Primigesta nulípara de 9 semanas por FUR
2. Aborto incompleto

Plan

- Se solicita hemograma, examen de orina, ecografía transvaginal

Resultados de exámenes auxiliares

- Hemograma: Hb 13.2 g/dL, Hto 40 %, leucocitos 7900 x campo, abastoados 0, segmentados 88.4, plaquetas 250000 x campo.
- Examen de orina: sin alteraciones.
- Eco TV: Útero en posición AVF, medidas: L 83 mm., AP 38 mm., T 41 mm., endometrio de 15 mm.

Se reevalúa paciente con los resultados de los exámenes solicitados, por lo que se hospitaliza con el diagnóstico de aborto incompleto y se plantea: NPO, ClNa 0.9 % 1000cc EV pasar 500cc a chorro y luego 30 gotas por minuto, control de funciones vitales y preparar para AMEU.

Posteriormente, se realiza dicho procedimiento sin complicaciones. Luego la paciente pasa a centro obstétrico donde se controlan sus funciones vitales, posterior a 5 horas sin interurrencias, es dada de alta con tratamiento por vía oral con doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 5 días e ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 3 días, y control por consultorio externo en 7 días.

Caso clínico n.º4: preeclampsia

Paciente femenina de 28 años, primigesta, con antecedentes de hipertensión arterial crónica no controlada desde hace 5 años, acude a emergencia de ginecología y obstetricia con una edad gestacional de 38 semanas y 3 controles prenatales, con un cuadro caracterizado por dolor abdominal bajo intermitente, cefalea y visión borrosa desde hace 4 días.

Durante el examen físico se evidencia: AREG, AREH, AREN

- Funciones vitales: FR 18 rpm, FC 94 lpm, PA 166/119 mmHg, PESO 69 kg, TALLA 159 cm, T 36.9° C
- PYF: T/E/H, llenado capilar < 2 segundos, palidez leve en mucosas, no ictericia, diaforesis ++/+++
- TYP: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No rales.
- ABD: Abdomen distendido con útero grávido de 36 cm. de altura. RHA presentes. No signos peritoneales. Duro, distendido. Timpanismo conservado.
- OBS: AU 36 cm, FCF 152 lpm, SPP LCD, percibe movimientos fetales, LCF 156 x minuto, no contracciones.
- GU: PPL- PRU-
- SNC: Glasgow 15, despierta, no signos meníngeos ni de focalización.

- Tacto vaginal: útero en posición AVF. Cérvix cerrado. No sangrado, ni restos en dedo de guante. No se evidencian secreciones. No pérdida de líquido amniótico.

Diagnóstico presuntivo

1. Primigesta nulípara de 38 semanas.
2. No trabajo de parto.
3. Enfermedad hipertensiva del embarazo D/C preeclampsia con signos de severidad.

Plan

- Se solicita perfil de preeclampsia.

Exámenes auxiliares

- Hemograma y perfil bioquímico: leucocitos 10 900 x campo, plaquetas 112 000 x mm³, hemoglobina 9.3 g/dL, TGO 160 U/L, TGP 220 U/L, DHL 196 U/L, urea 64 mg/dL, creatinina 1.22 mg/dL, ácido úrico 7.1, albúmina 2.9 mg/dL, bilirrubina total 2.21 mg/dL, bilirrubina indirecta 1.18 mg/dL
- Examen de orina: leucocitos 3 - 5 x campo, hematíes 0 - 2 x campo, proteínas 3+.

Una vez se realizan los exámenes laboratoriales se confirma el diagnóstico de preeclampsia con signos de severidad, se hospitaliza y se inicia el manejo farmacológico con nifedipino VO ante la presencia de presión arterial mayor de 160/110, a la vez que se solicitan exámenes prequirúrgicos, riesgo cardiovascular ante la necesidad de realizarse cesárea. La paciente es programada para cesárea en su primer día de hospitalizada y se administra cefazolina EV previa a SOP. No se reporta interurrencias durante la cesárea, excepto una presión arterial sostenida en 145/95 mmHg, a pesar de la administración de nifedipino, y líquido amniótico claro. El recién nacido presenta un peso de 3750 gr, sexo masculino, Apgar de 8 al minuto y 9 a los 5 minutos, pasa a atención inmediata en una incubadora y se le realiza vigilancia durante 3 horas. En la evolución neonatológica se reporta buena

tolerancia oral y un examen físico sin alteraciones, por lo que se mantiene en vigilancia hasta que pueda ser llevado con la madre. Por parte de la madre, pasa a sala de recuperación posterior a la cesárea, donde al cabo de dos horas se reporta buena tolerancia al procedimiento quirúrgico, por lo que pasa a piso de ginecoobstetricia para continuar manejo. Al pasar a hospitalización, se entrega a la madre de su menor hijo para continuar con la lactancia durante el tiempo que dure la hospitalización. La paciente persiste con picos de presión arterial oscilando en 145/95 durante dos días, pero con mejoría clínica y continúa con la indicación de nifedipino VO PRN PA > 160/110 mmHg y tramadol con dimenhidrinato EV. Al tercer día de hospitalización se decide darle de alta con indicación de ibuprofeno VO y se le cita a consultorio de gineco obstetricia al cabo de 5 días o por emergencia en caso de persistir cefalea, dolor abdominal y dificultad visual.

1.4 Rotación en Cirugía General

Caso clínico n.º1: vólvulo intestinal

Paciente mujer de 24 años procedente de Puno sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos, con tiempo de enfermedad de 4 días acude a emergencia refiriendo dolor abdominal tipo cólico difuso a predominio de flanco izquierdo que aumenta de forma progresiva, con hinchazón abdominal, se agrega náuseas y vómitos. Refiere haber hecho deposiciones escasas y duras hace 3 días.

Al examen físico: REG, REH, REN

- Funciones vitales: PA 110/60 mmHg, FR 18 rpm, FC 98 lpm, T 36.7°C.
- PIEL y TCSC: T/E/H, llenado capilar <2". No ictericia, no cianosis, no palidez.
- TyP: Murmullo vesicular pasa en AHT, no ruidos agregados
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos.
- ABD: simétrico, distendido ++/+++. RHA presentes (2 por minuto). Doloroso a la palpación profunda en todo el abdomen a predominio de cuadrante superior izquierdo. Timpanismo +++/+++.

- Ampolla rectal: vacua, no sangrado en dedo de guante. No se palpa heces.
- GU: PPL- PRU-
- SNC: Glasgow 15, no signos meníngeos, no signos de focalización.

Diagnóstico presuntivo

1. Síndrome doloroso abdominal
2. D/C obstrucción intestinal

Plan

- Se solicita hemograma, perfil hepático, amilasa, lipasa, glucosa, examen de orina, ecografía abdominal completa.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: leucocitos 6650 x mm³, seg 78 % Hb 13.5 g/dL, Hto 40 %.
- Bioquímico: BT 0.57 mg/dL, Albumina 4.5 g/dL, TGO 14 U/L, TGP 17 U/L, GGT 15 U/L, FA 533 U/L, amilasa 51 U/L, lipasa 32 U/L, glucosa 85 mg/dL.
- Examen de orina: leucocitos 0-2 x campo.
- Ecografía abdominal completa: sin alteraciones, se evidencia extenso y abundante gas intestinal.

Dado los resultados de los exámenes auxiliares, se descarta posible causa biliar. Llama la atención en la ecografía el extenso meteorismo intestinal, por lo que se solicita una radiografía de abdomen de pie.

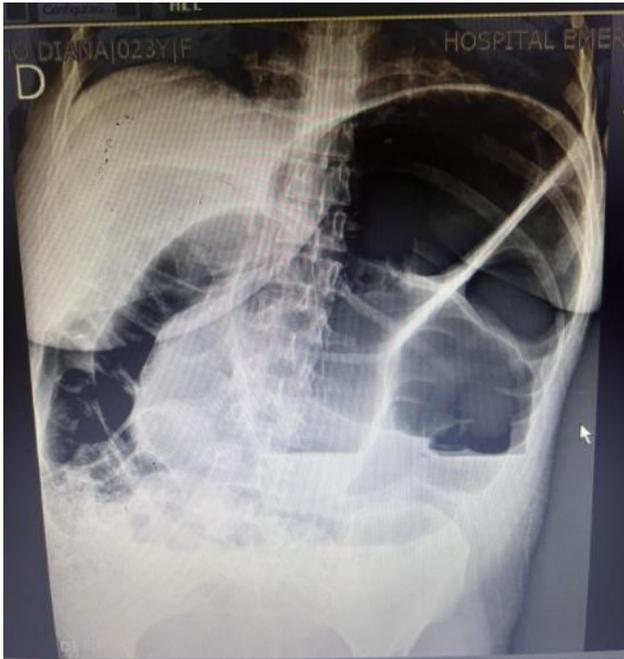


Figura 6. Radiografía de abdomen simple de pie

Se hospitaliza con los siguientes diagnósticos: Abdomen agudo quirúrgico y a D/C obstrucción intestinal por vólvulo de sigmoides. Se indica: colocar SNG a gravedad, hidratación EV, metoclopramida 10 mg EV c/8h, ceftriaxona 2g EV c/24h, metronidazol 500 mg EV c/8h, metamizol 1.5 g EV c/8h, se solicitan prequirúrgicos y preparar para SOP.

Ya que la paciente presentaba signos peritoneales, se realiza una laparotomía exploratoria, en la cual se encuentra 600cc líquido turbio sin mal olor a predominio de hemiabdomen izquierdo, dolicomegacolon y vólvulo de sigmoides rotado en 360 grados con diámetro del intestino aproximadamente 15 cm con marcado edema. Se realiza colostomía tipo Hartman en flanco izquierdo, sin complicaciones. Inició cobertura antibiótica con ceftriaxona endovenosa y permanece con sonda nasogástrica, hemodinámicamente estable, afebril. Al segundo día de hospitalizada, presenta gasto por colostomía de 30 cc fecaloide, elimina flatos, no dolor abdominal, se inicia tolerancia oral. Con evolución favorable en su 4to día de hospitalizada, se da de alta y control por consultorio externo.

Caso clínico n.º 2: apendicitis aguda

Paciente mujer de 54 años con antecedente de Diabetes Mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina, con tiempo de enfermedad de 5 días, acude a emergencia refiriendo dolor abdominal difuso que posteriormente se acentúa en fosa iliaca derecha con intensidad 9/10 que no cede con analgésicos. Se agrega náuseas, no vómitos, hiporexia y sensación de alza térmica no cuantificada.

Al examen físico: MEG, REH, REN.

- Funciones vitales: PA 110/70 mmHg, FR 20 rpm, FC 95 lpm, T 38.6 °C.
- PIEL y TCSC: T/E/H, llenado capilar <2". No ictericia, no cianosis, no palidez.
- TyP: Murmullo vesicular pasa en AHT, no ruidos agregados.
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos.
- ABD: Globuloso, distendido +/-+++. RHA presentes (2 por minuto). Poco depresible. Doloroso a la palpación en hipogastrio y fosa iliaca derecha. Signo de Blumberg positivo, Mc Burney positivo, Rovsing positivo.
- GU: PPL (-), PRU (-).
- SNC: EG 15/15 no signos meníngeos, no signos de focalización.

Diagnóstico presuntivo

1. Síndrome doloroso abdominal
2. D/C apendicitis aguda

Plan

- Se solicita hemograma, urea, creatinina, PCR, glucosa, perfil de coagulación, examen de orina, ecografía abdominal completa.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: leucocitos 17 100 x mm³, seg 87 %, Hb 13.9 g/dL, Hto 40.7 %, plaquetas 330 000 x mm³.
- Bioquímico: urea 42 mg/dL, creatinina 1.76 mg/dL, PCR 11.9 mg/L, glucosa 181 mg/dL, TTPA 30.6, TP 15.2, INR 1.15

- Examen de orina: leucocitos 0-2 xC.
- Ecografía abdominal completa: en fosa iliaca derecha presencia de líquido libre de 100 cc. Se aprecia imagen tubular de 9.6 mm con presencia de líquido libre periférico, con presencia de apendicolito de 7.3 mm. Presencia de líquido libre interasas, cambios inflamatorios en tejido graso mesentérica.

Se realiza una ecografía confirmando la sospecha y se hospitaliza con el diagnóstico de apendicitis aguda. Se indica: NPO, CIna 0.9 % 1000 cc 30 gotas por minuto, cefazolina 1g EV c/8h, omeprazol 40mg EV c/24h, se solicita prequirúrgicos y preparar para SOP.

Entra a sala de operaciones, se realiza una incisión mediana infraumbilical y apendicectomía. En el intraoperatorio se encuentra secreción purulenta libre en cavidad aproximadamente 1000 cc fecaloide, adherencias interasas cubiertas con fibrina, apéndice gangrenosa y perforada en base. Se colocó dren laminar de fosa iliaca derecha, sin complicaciones y se rota antibioticoterapia al día siguiente a piperacilina/tazobactam. En su quinto día de hospitalización se evidencia escaso gasto por dren laminar, por lo que se retira. La paciente se mantiene afebril, con evolución favorable, por lo que se decide dar de alta y retiro de puntos en 5 días por consultorio externo.

Caso clínico n.º 3: hernia inguinal directa

Paciente varón de 65 años con antecedente de consumidor de tabaco hace 30 años, acude a consultorio de cirugía general del Hospital de Lima Este Vitarte con un tiempo de enfermedad de 6 meses, con un cuadro caracterizado por abultamiento en región inguinal derecha que se incrementa al realizar esfuerzos físicos. El paciente refiere notar la protuberancia hace al menos 6 meses, pero recientemente ha experimentado leve dolor y mayor sensación de bulto en la zona afectada.

Al examen físico dirigido: REG, REN. REH

- Funciones vitales: PA 110/70 mmHg FR 18 rpm FC 82 lpm T 36.7 °C

- ABD: no distendido, no se observan cicatrices. Ruidos hidroaéreos presentes (6 por minuto). Blando, depresible, no doloroso a la palpación. No se palpan masas ni visceromegalias. Timpanismo conservado.
- Región inguinal derecha: se observa masa en región inguinal derecha de aproximadamente 8 x 9 cm sin cambios de coloración que no abarca escroto. No dolorosa. Reducible. Protruye a la maniobra de Valsalva.

Diagnóstico presuntivo

1. Hernia inguinal directa

Plan

- Se solicita ecografía de partes blandas inguinal derecha y exámenes prequirúrgicos.

Se realiza la ecografía de región inguinal derecha: hallazgos ecográficos en relación con hernia en región inguinal. Tejido celular subcutáneo y plano muscular de aspecto conservado. Saco herniario de 7.5 x 9.5 cm.

El paciente es inicialmente atendido en consultorio de cirugía, donde se le realiza un examen físico y ecográfico, encontrándose hallazgos sugerentes de hernia inguinal directa.

Al paciente se le cita nuevamente por consultorio al cabo de 1 semana para iniciar sus exámenes prequirúrgicos y anestesiológicos, los cuales se mantienen dentro de los rangos normales. Por ello, se decide programar al paciente para cirugía. Al cabo de 1 mes el paciente es ingresado a sala, realizándole una cirugía para reparación quirúrgica del defecto de pared abdominal mediante técnica de Lichtenstein. De la cual se reporta: hernia inguinal directa derecha, defecto de pared posterior de aprox. 7 cm. x 8 cm., por el que protruye saco de 10 cm. x 9 cm., reducible, con contenido de epiplón y un anillo herniario de 3 cm de diámetro. Se realiza la hernioplastia y un reforzamiento de la pared posterior y, posteriormente, el paciente pasa a sala de recuperación donde, al cabo de dos horas y tras tolerar bien el procedimiento, es transferido a hospitalización de cirugía. El paciente continúa

hospitalizado durante 2 días y, dada su evolución favorable y correcto cierre de la herida operatoria, se decide darle de alta con ibuprofeno oral y es citado por consultorio de cirugía general para su control al cabo de 5 días.

Caso clínico n.º4: colecistitis aguda con colelitiasis

Paciente mujer de 23 años con antecedente de uso de anticonceptivos orales desde hace 6 años, acude con un tiempo de enfermedad de 72 horas, con un cuadro caracterizado por dolor abdominal tipo cólico 9/10 localizado en hipocondrio derecho. Refiere que su madre la medicó con una pastilla para el dolor (desconoce cuál), pero los síntomas persisten y se asocia a náuseas y vómitos (2 veces) 3 horas antes del ingreso, por lo que acude al nosocomio.

Al examen físico: REG, REH, REN

- Funciones vitales: PA 108/74 mmHg FR 24 rpm FC 112 lpm T 37.7 °C
- PIEL y TCSC: T/E/H, llenado capilar <2". No ictericia, no cianosis, no palidez.
- TyP: Murmullo vesicular pasa en AHT, no ruidos agregados
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos
- ABD: Globuloso, no distendido. RHA presentes (7 por minuto). Blando, depresible, doloroso +++/+++ a la palpación en mesogastrio e hipocondrio derecho. Murphy (+). Timpanismo conservado.
- GU: PPL (-), PRU (-)
- SNC: EG 15/15. LOTEPE, no signos meníngeos, ni de focalización.

Diagnóstico presuntivo

1. Litiasis vesicular con colecistitis aguda

Plan

- Se solicita hemograma, urea, creatinina, glucosa, perfil de coagulación, examen completo de orina y ecografía abdominal completa.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: leucocitos 18 300 x mm³, seg 78 %, Hb 12.4 g/dL, plaquetas 380 000 x mm³.
- Bioquímico: urea 17 mg/dL, creatinina 0.66 mg/dL, PCR 14 mg/L, glucosa 104 mg/dL, TP 13.7, INR 1.0
- Examen de orina: leucocitos 0 - 2 por campo. Hematíes 0 - 2 por campo.
- Ecografía abdominal completa: Hígado de bordes regulares, parénquima homogéneo. Vías biliares no dilatadas, de calibre y trayecto conservados. Vena porta de 9 mm. Colédoco de 5 mm. Vesícula biliar mide 71 mm x 28 mm, pared engrosada de 6 mm con múltiples litos en su interior (la mayor de 10 mm). Páncreas de tamaño y morfología conservada. Bazo de tamaño conservado y bordes regulares. No líquido libre. Resto normal.

La paciente ingresa por emergencia con un cuadro doloroso abdominal, por lo que se le realizan exámenes laboratoriales y de imágenes. Al evaluar los resultados, se decide hospitalizar con el diagnóstico de litiasis vesicular con colecistitis aguda.

La paciente inicia cobertura antibiótica con ceftriaxona y manejo de la fiebre con metamizol mientras se espera resultados de exámenes prequirúrgicos. Los resultados de los exámenes se encuentran dentro de los valores normales, por lo que, la paciente ingresa a cirugía, realizándose una colecistectomía laparoscópica, en la que se reportan los hallazgos: vesícula biliar de +/- 8 x 3 cm, de paredes engrosadas indemnes, con múltiples litos en su interior de +/- 1 cm. Se evidencia conducto y arteria cística únicos. Colédoco no evaluable. No se reportan incidentes durante la cirugía. Posteriormente la paciente pasa a unidad de recuperación para, 2 horas después, pasar a piso de cirugía para continuar manejo.

Se continúa con la cobertura antibiótica durante 3 días. La paciente tolera bien el procedimiento quirúrgico y no se reporta fiebre ni interurrencias. Por ello,

se decide darle de alta al tercer día de hospitalización, indicando ibuprofeno y cefuroxima vía oral, y es citada por consultorio de cirugía general a los 3 días.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Lima Este Vitarte es una institución que pertenece al Ministerio de Salud (MINSa), ubicado en el distrito de Ate Vitarte. El 04 de enero del 2024, el Hospital de Lima Este Vitarte oficializó la apertura de la unidad ejecutora 150, la cual corresponde a la fusión del Hospital de Baja Complejidad Vitarte y el Hospital de Emergencia Ate Vitarte, los cuales venían operando de manera conjunta hasta el 31 de diciembre del año anterior (1).

El Hospital de Baja Complejidad Vitarte tiene sus orígenes en un Puesto de Salud establecido el 20 de marzo de 1957, mediante la Resolución Ministerial N° 443-1957. Inicialmente ubicado en el Ministerio de Vivienda en Ate, que posteriormente se trasladó a la Av. Nicolás Ayllón 5880. En respuesta a la epidemia de cólera en 1991, se amplió su horario de atención a 24 horas y poco a poco se integraron médicos especialistas, lo que permitió ofrecer servicios como atención de partos y cirugías menores. En ese mismo año, cambió su nombre a Centro de Salud de la AIS - SBS El Agustino (DISURS IV Lima Este), que más tarde, el 5 de agosto de 2003, fue reconocido como Hospital Vitarte con un nivel II-1. Debido a la alta demanda de la población, en el 2021 se decidió trasladar el hospital al nuevo Hospital Emergencia Ate Vitarte (2).

El hospital de Emergencia Ate Vitarte (HEAV) fue establecido en el 2020 mediante Decreto de Urgencia N 032-2020 como centro especializado para el tratamiento de COVID-19. Inicialmente un hospital de Nivel II-1, que fue ampliando sus servicios de forma progresiva hasta ser un nivel II-2 en el 2023 (3).

El actual Hospital Lima Este Vitarte, con un área de terreno aproximada de 14 231 m², se encuentra en la Av. José Carlos Mariátegui 364, distrito de Ate Vitarte, ubicado en la zona oriental de la provincia de Lima, siendo el distrito con mayor población, con una estimación de 500 000 habitantes. Esta institución ha sido clasificada como nivel III-E, correspondiente a un Hospital

de atención especializada. Recientemente se inauguró la Unidad de Cuidados Intensivos Neuro Cardiovascular, la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos y el Área de Soporte Metabólico y Nutricional (UCI ASMEN) (1).

En este Hospital se llevó a cabo el internado, con una duración de 8 meses, donde se realizó las 4 rotaciones indicadas. La labor del interno implica entrevistar y examinar al paciente, elaborar las historias clínicas de quienes requieren hospitalización, así como el seguimiento diario de la evolución del paciente, participando de la visita médica, juntas médicas si era necesario, control de las funciones vitales, y bajo supervisión de un médico asistente o residente, se puede realizar toma de muestras para análisis de gases arteriales (AGA), colocación y retiro de sondas, curación de heridas, sutura de heridas, retiro de puntos y retiro de catéter.

El Centro de Salud La Molina, ubicado en calle El Haras S/N cuadra 4 Rinconada baja - La Molina y es un centro de categoría I - 3 perteneciente a la DISA Lima Este, fue inaugurado en 1982 con la finalidad de brindar atención médica primaria a la población del distrito de La Molina (4).

En este centro de salud, se realizó la rotación de dos meses en el primer nivel de atención, durante la cual el interno adquiere conocimientos sobre el llenado adecuado del Formulario Único de Atención (FUA), el formato de referencias, recetas médicas y una correcta entrevista médico-paciente. Además, se familiariza con los códigos del sistema de clasificación CIE-10 y con las dosis de presentación de cada medicamento, así como con su correspondiente posología.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

1. Medicina Interna

Caso clínico n.º1

La paciente presenta como antecedente relevante litiasis vesicular, y acude a emergencia por un síndrome doloroso abdominal que se asocia a náuseas, vómitos y fiebre, no refiere otros síntomas. Al examen físico se encuentra el signo de Murphy positivo. Además, se le realiza exámenes de laboratorio encontrándose solo el perfil hepático alterado: BT 2.8 mg/dL, BD 1.62 mg/dL, BI 1.62 mg/dL, FA 1171 U/L, GGT 1375 U/L, amilasa 2207 U/L y lipasa 4089 U/L, se le realiza una ecografía abdominal encontrándose litiasis vesicular. Por todo ello, se sospecha de una colecistitis aguda con colelitiasis, siendo esta la causa más frecuente de pancreatitis aguda.

La incidencia de la pancreatitis aguda está en aumento debido a la alta prevalencia de la obesidad, consumo de alcohol y colelitiasis, siendo estas las causas más comunes. La etiología biliar es la más frecuente en un 50 %, siguiendo el alcohol y la hipertrigliceridemia (>1000 mg/dl). En este caso, en contexto de una colelitiasis, la contracción normal de la vesícula produce que los litos junto con la bilis salgan por el conducto biliar, si estos son de 5mm o más, pueden impactar en el conducto pancreático bloqueando el flujo del jugo pancreático al duodeno, produciendo una activación precoz de las enzimas pancreáticas que auto digieren el tejido pancreático, desencadenando inflamación, que se traduce como fiebre hasta una semana después del inicio de los síntomas (5).

Para la clasificación, se usaron dos escalas.

1. Criterios de BISAP (Bedside Index of severity in Acute Pancreatitis): predice la gravedad y el pronóstico, donde 0-2 puntos es pancreatitis aguda leve y 3-5 puntos es grave. Evalúa cinco parámetros.
 - Urea sérica > 25mg/dL (1 punto)
 - Estado mental con escala de Glasgow <15 (1 punto)
 - Evidencia de SIRS (1 punto)
 - Edad mayor a 60 años (1 punto)

- Efusión pleural (1 punto)
2. Criterios de Marshall modificados: evalúa la presencia de una falla orgánica, donde mayor o igual a 2 puntos en en cualquier sistema orgánico de los evaluados se define como falla orgánica. Evalúa tres parámetros.
- Sistema respiratorio: Pa/FiO₂ 201-300 (2 puntos)
 - Sistema renal: creatinina sérica 1.9-3.6 mg/dL (2 puntos)
 - Sistema cardiovascular: presión arterial sistólica <90 mmHg no responde a fluidos (2 puntos)

Finalmente, el manejo se basa en 3 pilares: fluidoterapia intravenosa en las primeras 24 horas para corregir la depleción intravascular, analgesia para tratar el dolor abdominal, usando si es necesario opioides, y la nutrición, nada por vía oral para no estimular la secreción exocrina pancreática. Aunque, actualmente se recomienda la nutrición enteral en las primeras 24 horas para proteger la mucosa gástrica (5).

Caso clínico n.º2

Se trata de una paciente que sufre de infecciones urinarias a repetición y, junto con el cuadro clínico que presenta, se sospecha de una infección del tracto urinario alto, que se confirma con el examen de orina patológico, por lo que se solicita urocultivo. Se realiza ecografía renal en la cual se encuentra hidronefrosis moderada derecha, condicionada por litiasis en unión ureteropielica, es decir, un compromiso renal obstructivo. Asimismo, se encuentra anemia normocítica hipocrómica, la urea y la creatinina elevadas por lo que se plantea probable injuria renal aguda o enfermedad renal crónica reagudizada.

La infección del tracto urinario (ITU) comprende la uretritis, cistitis, ureteritis y pielonefritis. Su prevalencia es mayor en mujeres jóvenes asociado a la actividad sexual. Se puede clasificar en ITU no complicada, que se da en mujeres sanas no gestantes con síntomas de una cistitis o pielonefritis, e ITU complicada que se da en mujeres con comorbilidades, anomalías estructurales, obstructivas o funcionales que puedan condicionar una evolución desfavorable, como la litiasis renal que produce ITU recurrente o

persistente. La etiología más común es *E. coli*, tanto en ITU no complicada (75 %) como ITU complicada (65 %). La ITU recurrente es aquella que se presenta más de 3 veces en 1 año o más de 2 veces en 6 meses. Estas pueden producirse por recidiva (cuando es el mismo germen) o reinfección (cuando es un germen diferente), Su diagnóstico debe ser confirmado con un urocultivo y antibiograma para el correcto tratamiento, además de tratar la causa de fondo (6).

La insuficiencia renal aguda es un síndrome clínico en la cual los riñones no son capaces de filtrar los productos nitrogenados y alteran el equilibrio hidroelectrolítico. Se puede clasificar en tres grupos: pre renal, intrínseca y post renal, siendo esta última el caso de la paciente, en la cual, hay una obstrucción al flujo urinario por litiasis renal, que puede ser reversible, retornando la función renal a la normalidad. El diagnóstico consiste en una minuciosa anamnesis y un correcto examen físico para identificar la causa. Asimismo, las pruebas complementarias como la osmolaridad y sodio urinario, proteinuria, hemograma y bioquímica, donde se encuentra la urea y creatinina elevado, y estudios de imagen como la ecografía que permite visualizar el tamaño del riñón y una posible afectación obstructiva. En caso de la paciente, se plantea como diagnóstico diferencial una insuficiencia renal crónica reagudizada, por presencia de la hemoglobina baja y su descenso rápido durante la hospitalización (7). El manejo de la causa obstructiva es por urología, siendo el tratamiento de elección colocación de catéter endoluminal doble J.

Caso clínico n.º3

Se trata de una paciente con Diabetes *mellitus* tipo 2 que acude por presentar una lesión cutánea sin mejoría clínica a pesar de recibir tratamiento médico por una semana, y además se le encuentra la glucosa elevada (408 mg/dl). La Diabetes es un síndrome clínico con la presencia de hiperglicemia crónica, se asocia a complicaciones agudas y crónicas.

Se sospecha de una probable crisis hiperglucémica, la cual se divide en cetoacidosis diabética (CAD) que sucede cuando hay deficiencia absoluta de

insulina, el estado hiperosmolar hiperglucémico (EHH) y el estado mixto. Se diferencian por diferentes valores de glucosa, pH, bicarbonato, anion gap y cetonas séricas o urinarias (8).

- Glucosa(mg/dl): CAD >250 y EHH >600.
- pH: CAD ≤ 7.3 y EHH >7.3.
- Bicarbonato (mEq/L): CAD ≤ 18 y EHH >15.
- Anion GAP (mEq/L): CAD >10 y EHH variable.
- Cetonas séricas o urinarias: CAD positivo y EHH negativo.

Dado los resultados de los exámenes, se descarta una crisis hiperglucémica. Por otro lado, están las complicaciones crónicas, que se dividen en microvasculares y macrovasculares. Las macrovasculares se producen debido a un proceso de aterosclerosis, condicionando una enfermedad arterial periférica, como en el caso de la paciente. En dicho contexto, cualquier infección, ulceración o destrucción de los tejidos del pie se denomina pie diabético. Asimismo, esta hiperglucemia influye de forma negativa en la cicatrización generando un cuadro crónico que puede llegar a la amputación. Se usó la clasificación de PEDIS, que permite evaluar y clasificar la gravedad y la extensión de las lesiones del pie, siendo un estadio 3.

- Perfusión: presentaba isquemia crítica
- Extensión: entre 1-3 cm²
- Profundidad: afectaba fascia y músculo
- Infección: presentaba secreción purulenta

El manejo en este caso es multidisciplinario, a parte de las curaciones diarias prolijas, tratamiento antibiótico y control de la glucosa, necesita evaluación por traumatología.

Caso clínico n.º 4

Se trata de una paciente inmunodeprimida, con VIH sin tratamiento desde hace 3 años, que presenta signos y síntomas característicos de un síndrome meningoencefálico y candidiasis oral. Se le realiza exámenes auxiliares donde se evidencia hiponatremia moderada con anemia moderada normocítica normocrómica. Además, se le realiza una tomografía cerebral sin contraste

donde se evidencia lesiones con realce en anillo homogéneo y edema vasogénico perilesional en todo el parénquima cerebral.

En este tipo de pacientes, las infecciones oportunistas son la principal causa de morbilidad y mortalidad, por ello, es importante recibir tratamiento y dosar el recuento de linfocitos CD4 y de carga viral. Sin embargo, en este caso no se conoce dichos datos, pero, por todo lo mencionado, es probable que se encuentre un recuento de CD4 <200 células/mm³ debido a una infección del SNC por toxoplasmosis, tuberculosis, criptococosis o un absceso cerebral (9).

Para identificar la causa de la meningitis se realiza una punción lumbar y análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR), en la cual se evalúa el color, las células, proteínas, glucosa, presión de apertura y cultivo. Además, pruebas adicionales como ADA y GeneXpert de LCR si se sospecha de una meningitis tuberculosa, siendo este el caso de la paciente. Esta enfermedad tiene tres estadios: el primero presenta síntomas no específicos sin alteración de la conciencia ni déficit neurológico focal, el segundo presenta letargia, signos meníngeos, alteración de los pares craneales (principalmente los oculomotores III, IV, VI y VII facial), y el tercero presenta estupor, coma, convulsiones, espasticidad generalizada, déficit neurológico severo, siendo este último el más grave y el caso de la paciente (10). El tratamiento antituberculoso empleado en pacientes nunca tratados es el esquema TB sensible, con una duración de 2 meses la primera fase y 10 meses la segunda fase. Se usan corticosteroides para disminuir el riesgo de complicaciones neurológicas graves como edema cerebral y presión intracraneal elevada. En el caso de la paciente, tuberculosis resistente a rifampicina, se indicó amikacina, levofloxacino, cicloserina, etionamida, piridoxina y dexametasona.

2. Pediatría

Caso clínico n.º 1

El caso trata de una paciente neonato de 28 días de vida con múltiples factores de riesgo perinatales, la cual acude a emergencia con un cuadro febril que aparenta probable etiología infecciosa, además de signos de hipoperfusión, por lo que se solicita monitoreo de funciones vitales y

exámenes auxiliares, los cuales al cabo de unas horas dan los resultados (prueba de reacción inflamatoria en heces: color amarillo de consistencia pastosa, moco 1+, leucocitos >100 x campo, polimorfonucleares 70 %, mononucleares 30 %). Estos son evaluados por el médico pediatra y, aunado a la clínica, se sospecha de probable sepsis con punto de partida digestivo, solicitando hemocultivos y coprocultivos.

La sepsis neonatal tardía se da en pacientes posterior a las primeras 72 horas y hasta las 4 semanas de vida, siendo la vía horizontal la principal vía de transmisión. Esta es principalmente causada por *S. epidermidis* u otros hongos como cándida, y debe recibir cobertura contra patógenos Gram + y -, precedido por hemocultivos como su Gold Standard. En estos casos, según la normativa actual, el manejo se basa fundamentalmente en manejo de los síntomas y antibioticoterapia con ampicilina y gentamicina, salvo en casos especiales en que se asocie a meningoencefalitis bacteriana o infección en otros órganos, en los que se puede agregar una cefalosporina, dependiendo de los resultados de los cultivos (11).

Caso clínico n.º 2

El caso trata de una paciente mujer de 2 años con factores de riesgo como extrema pobreza, carencia de recursos económicos y falta de acceso a condiciones higiénicas adecuadas, la cual es proveniente de provincia, y acude por emergencia con un cuadro febril y un aparente foco infeccioso cutáneo en miembro inferior izquierdo. Por lo que se solicita exámenes laboratoriales de ingreso y se administra manejo antibiótico empírico y del dolor. Los exámenes auxiliares apuntan a un cuadro infeccioso que, asociado a la clínica presente, fueron motivo para ingresar a la paciente a hospitalización de pediatría para continuar manejo. Se cataloga el caso como una infección de partes blandas o celulitis.

Las infecciones de partes blandas tienen algunos factores de riesgo como heridas abiertas, traumas, mala circulación, edad avanzada, patologías que comprometan el sistema inmune, así como condiciones sanitarias subyacentes que predisponen a adquirir una infección. En el caso, tratamos a

una paciente que presenta una lesión (foco de ingreso) ocasionada por la picadura de un insecto, que además presentaba condiciones sanitarias inadecuadas, lo cual la predispone a adquirir una infección localizada en la lesión. En estos casos, se sugiere el manejo con antibióticos que brinden una cobertura contra patógenos Gram positivos, principalmente *S. aureus* y *S. pyogenes* grupo A (12).

En Perú, es frecuente el uso de oxacilina y clindamicina, tal como en el caso de la paciente, a pesar de no encontrarse este esquema en guías internacionales. Esto podría estar relacionado con la sinergia que realizan ambos fármacos al inhibir la leucocidina de Pantón - Valentine, una exotoxina e importante factor de virulencia producido por varias cepas de *S. aureus*, además de la oxacilina tener cobertura sobre *S. aureus* sensible a meticilina (MSSA), y la clindamicina tener cierta cobertura contra *S. aureus* resistente a meticilina (MRSA) adquirido en la comunidad (13).

Caso clínico n.º 3

El caso trata de una paciente lactante de 10 meses, quien acude con un cuadro de dificultad respiratoria y fiebre. Además, cuenta con el diagnóstico previo de síndrome de Down. Al evaluar a la paciente se encuentran hallazgos clínicos de dificultad respiratoria, por lo que se decide brindar apoyo oxigenatorio y hospitalizar para continuar manejo. Para el desarrollo del caso es importante tener en cuenta el antecedente patológico de síndrome de Down, ya que esta patología tiene cierto grado de asociación con la bronquiolitis, esto dada la presencia de una incidencia incrementada de cardiopatías congénitas, alteraciones en la morfología de la vía aérea superior e inferior, y la hipotonía muscular presente en estos pacientes, dado que esto generaría una dificultad en el drenaje y movilización de las secreciones respiratorias (14).

Según la normativa peruana, el manejo de la bronquiolitis consta de oxigenoterapia (o soporte ventilatorio), nebulización con solución salina, corticoides, broncodilatadores u otros sintomáticos. Además, al caso se sobreagrega una neumonía atípica, por lo que se administra antibioticoterapia

con azitromicina, siendo exactamente los macrólidos como eritromicina, claritromicina y azitromicina, la familia de antibióticos de elección para tratar neumonías atípicas (15).

Caso clínico n.º 4

El caso nos habla de una paciente mujer de 5 años con antecedente epidemiológico de ingesta frecuente de comida ambulante, la cual es llevada a emergencias por un cuadro que aparenta etiología infecciosa abdominal, pero que, al cabo de unos días, se asocia a ictericia en escleras. Esto podría orientar el diagnóstico a alguna patología hepática, de la vía biliar o hemolítica. Al realizar los exámenes auxiliares se aleja la posibilidad de patología de la vía biliar o anemia hemolítica, quedando alguna patología intrahepática como posibilidad diagnóstica. Dado el antecedente epidemiológico de la paciente, podría orientar el diagnóstico hacia una patología infecciosa hepática de transmisión oral. Cabe resaltar que, la hepatitis A es una de las patologías infecciosas hepáticas más frecuentes en la población pediátrica (aproximadamente el 90 % de los niños ya han contraído el virus antes de los 10 años), y se encuentra dentro de las posibles causas de ictericia en piel y mucosas, sin embargo, esta solo se presenta en el 5 a 10 % de los casos, dado que la clínica de esta enfermedad suele pasar desapercibida (16).

3. Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 1

El caso trata de una paciente mujer de 40 años con múltiples antecedentes y factores de riesgo personales y familiares, quien acude a urgencias con un cuadro de dolor abdominal asociado a masa hipogástrica y fiebre. Dados los hallazgos, se decide solicitar exámenes auxiliares y se realiza una interconsulta a cirugía general. Dicha interconsulta es respondida a la brevedad por los cirujanos, sugiriendo patología anexial como etiología del abdomen agudo. Por ello, la paciente es hospitalizada y se solicitan exámenes prequirúrgicos para posibilidad de manejo quirúrgico.

Existe un amplio espectro dentro de las posibles patologías que podrían generar un síndrome doloroso abdominal. Entre los diagnósticos diferenciales,

hablando específicamente de dolor localizado en región pélvica, podría tratarse de apendicitis, cólicos renales, diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal, salpingitis, embarazo ectópico, adenitis mesentérica, endometriosis, rotura de quiste ovárico, pseudoobstrucción intestinal, colitis isquémica, hernia incarcerada, cólico nefrítico, entre otros. Es por ello que, una adecuada anamnesis, examen físico detallado, y con la ayuda de exámenes laboratoriales y de imágenes, se logra realizar una aproximación diagnóstica cada vez más específica.

El diagnóstico de esta patología suele ser un reto para los cirujanos generales y, en el caso de pacientes mujeres, para los ginecólogos, dada la amplia posibilidad de patologías que originan el dolor abdominal. El manejo puede llegar a requerir de la realización de laparotomía exploratoria a fin de hacer un diagnóstico y tratamiento más precisos (17).

Caso clínico n.º 2

Se trata de una paciente en edad fértil con amenorrea de 7 semanas, metrorragia y dolor pélvico intenso. Dicho cuadro clínico orienta a un probable embarazo ectópico o aborto, causas de hemorragia en la primera mitad del embarazo. Se confirma el diagnóstico de embarazo ectópico con el dosaje cuantitativo de beta hCG superior a 1500-2000 UI/L, ya que superior 1500 UI/L ya debería apreciarse un saco gestacional intra o extrauterino, y con la ecografía transvaginal donde se visualiza el útero vacío como en este caso. La localización más frecuente del embarazo ectópico es en la región ampular de la trompa de Falopio.

El manejo puede ser médico como quirúrgico. El tratamiento médico es con metotrexato, un antimetabolito antagonista del ácido fólico que bloquea la síntesis de ADN y la proliferación celular, está indicado en embarazo ectópico no complicado, hemodinámicamente estable, función hepática y renal conservada. El esquema terapéutico es 1 mg/kg vía IM días 1, 3, 5 y 7, alternados con leucovorina 0.1 mg/kg IM para reducir su toxicidad, y medición de b-HCG c/48h valorando un descenso mayor al 15 % como buena respuesta. Por otro lado, la cirugía de elección es la salpingostomía

laparoscópica, ya que se preserva la trompa, y se realiza en condiciones de integridad tubárica, estabilidad hemodinámica, ubicación ístmica o ampular, y un embarazo ectópico menor a 5 cm. Sin embargo, también se indica salpingectomía (sin ooforectomía) en caso de rotura tubárica con gran hemoperitoneo y compromiso hemodinámico como en el caso de la paciente (18).

Caso clínico n.º 3

Se trata de una paciente gestante de 9 semanas con un cuadro clínico compatible con un aborto, que es una de las causas de la hemorragia en la primera mitad del embarazo. Se considera aborto espontáneo a la pérdida del embarazo antes de las 22 semanas de edad gestacional o feto menor o igual a 500 gr., y en este caso, aborto incompleto debido a la presencia de restos trofoblásticos intrauterinos. Con respecto a su etiología, puede deberse a anomalías genéticas, cromosómicas, autoinmunes y enfermedades maternas como diabetes o hipotiroidismo.

Cómo manejo, puede ser tratamiento médico con misoprostol solo hasta una edad gestacional menor a 6 semanas, aspiración manual endouterina (AMEU) en edad gestacional menor a 12 semanas, y legrado uterino cuando es igual o mayor a 12 semanas. El colegio americano de obstetras y ginecólogos (ACOG) recomienda tanto en el AMEU como en el legrado uterino usar antibiótico profilaxis con doxiciclina 100 mg vía oral 1 hora antes del procedimiento y luego 200 mg después del procedimiento, ó metronidazol 500 mg vía oral c/12h por 7 días (19).

Caso clínico n.º 4

El caso trata de una paciente primigesta de 38 semanas con antecedente patológico de hipertensión crónica no controlada desde hace 5 años y controles prenatales insuficientes, quien al ingreso presenta presión arterial elevada, con un cuadro clínico actual conformada por cefalea, dolor abdominal y visión borrosa, los cuales coinciden con algunos criterios de severidad de la preeclampsia. Además, a la paciente se le realizan exámenes de sangre y orina, en los que se encuentran valores alterados de perfil bioquímico, de

coagulación y del hemograma, los cuales sugieren preeclampsia dado el estado grávido de la paciente. Cabe resaltar que el antecedente patológico de hipertensión arterial crónica, así como el tratarse de su primera gestación, actúan como importantes factores de riesgo de las enfermedades hipertensivas del embarazo, entre las cuales se encuentra la preeclampsia, la cual difiere de la eclampsia por la ausencia de convulsiones o compromiso neurológico de algún tipo (20).

4. Cirugía General

Caso clínico n.º 1

Se trata de una paciente que presenta un cuadro clínico característico de una obstrucción intestinal mecánica. No presenta antecedentes quirúrgicos por lo que se descarta etiología de bridas y adherencias. Al examen físico no se palpan masas ni cambio de coloración en la piel, descartando una hernia incarcerada. Se le realiza una ecografía abdominal encontrándose meteorismo incrementado, por lo que se solicita una radiografía abdominal de pie donde se evidencia el signo de grano de café, clásico del vólvulo de sigmoides. Adicionalmente a esto, la paciente presenta un factor determinante que es procedente de una ciudad que se encuentra a más de 3000 m.s.n.m., y según la Ley Boyle y Mariotte, la presión atmosférica disminuye, por lo tanto, el volumen de gas intraluminal aumenta, generando una distensión crónica y dando lugar a un megacolon, llamado “megacolon andino” (21).

Caso clínico n.º 2

Se trata de una paciente adulta que presenta un cuadro clínico típico de una apendicitis aguda con la clásica cronología de Murphy. La causa principal en este grupo etario es la obstrucción del lumen apendicular por un fecalito. Al examen físico presenta signos de irritación peritoneal como signo de Mc Burney, Blumberg y Rovsing positivo. Se realiza exámenes auxiliares encontrando leucocitosis mayor a 15 000 x mm³ con desviación izquierda.

Se aplica la escala de Alvarado obteniéndose 10 puntos, es decir, alta probabilidad de apendicitis aguda. Además, existen sistemas de puntuación más modernas como el score AIR (Appendicitis Inflammatory Response),

siendo considerado actualmente como la herramienta con mejor predicción clínica ante la sospecha de apendicitis aguda y con mayor poder de discriminación, evitando solicitar exámenes complementarios y hospitalizaciones innecesarias. En este caso, se obtuvo: síntomas como dolor en fosa iliaca derecha 1 punto y vómito 1 punto, signos como rebote grave 3 puntos, temperatura >38.5 °C 1 punto, y laboratorio como leucocitosis >15 000 cél/mm³ 2 puntos, neutrofilia >85 % 2 puntos y PCR 10-49 g/L 1, en total una puntuación de 11 puntos, siendo entre 7-10 puntos alta probabilidad y exploración quirúrgica (22).

Según la fisiopatología, existen 4 fases: la primera es la fase congestiva, se produce por una obstrucción linfática y se acompaña de hiperemia de la pared y congestión vascular, siguiendo la fase supurativa donde se encuentra obstrucción venosa y aparece exudado fibrinopurulento. Estas dos son cuadros no complicados, suceden en menos de 24 horas y predominan gérmenes aerobios como *E. Coli*. Posteriormente sigue la fase necrótica, debido a la obstrucción arterial, produciendo necrosis de la pared, y finalmente, la fase perforada, donde se perfora la pared y libera contenido purulento a la cavidad abdominal, siendo cuadros complicados, donde predomina gérmenes anaerobios como *Bacteroides fragilis*. En el caso de la paciente, con un tiempo de enfermedad de 5 días, se encuentra en fase perforada complicada con una peritonitis generalizada.

Caso clínico n.º 3

El caso trata de un paciente varón adulto que acude a consultorio de cirugía del HLEV por presentar una masa protruida reductible en región inguinal derecha asociada a leve dolor y sensación de bulto. Debemos tener en consideración que patologías de la pared abdominal tales como las hernias inguinales tienen como factores de riesgo el sexo masculino, la edad avanzada, factores genéticos, la obesidad, el tabaquismo, estreñimiento crónico, EPOC o traumatismos abdominales previos. En el caso presentado encontramos un paciente masculino de edad avanzada y consumidor de tabaco, el cual presenta factores de riesgo para sufrir de hernias. Asimismo, para realizar un diagnóstico más preciso, debemos clasificar la hernia inguinal

en su subtipo, así, tenemos las hernias inguinales directas e indirectas. Las hernias inguinales directas se originan por una debilidad de la pared abdominal y emergen mediales a los vasos epigástricos. Por otro lado, las hernias inguinales indirectas estarían más relacionadas con la persistencia del conducto peritoneovaginal y emergen laterales a los vasos epigástricos (23).

Caso clínico n.º 4

El caso trata de una paciente mujer de 23 años con antecedente de uso de anticonceptivos orales durante 6 años, que acude a emergencias del HLEV con un cuadro doloroso abdominal tipo cólico de gran intensidad focalizado en hipocondrio derecho como síntoma principal. Se sospecha de una patología de la vía biliar dado el Murphy positivo, por lo que se solicitan exámenes laboratoriales y de imágenes para aproximar el diagnóstico. Estos dieron resultados alterados, con imágenes sugerentes de colecistitis aguda sin complicaciones por lo que se decide darle manejo quirúrgico.

La paciente es hospitalizada con el diagnóstico de colecistitis aguda Tokio II. La guía de Tokio para colecistitis aguda permite establecer el diagnóstico y la severidad para indicar el manejo adecuado en estos casos. Para el diagnóstico se cuenta con parámetros clínicos, laboratoriales e imagenológicos.

- A. Signos de inflamación local: signo de Murphy (+), masa, dolor o defensa a la palpación en hipocondrio derecho.
- B. Signos de inflamación sistémica: fiebre, PCR elevada, leucocitosis.
- C. Hallazgos imagenológicos compatibles con colecistitis aguda.

Se considera un cuadro sospechoso si se cuenta un ítem de A + un ítem de B. Siendo un caso definitivo si encontramos un ítem de A + uno de B + uno de C.

Mientras para la severidad se clasifica en tres grados.

- Grado I (leve): si no cumple los criterios de grado II o III.
- Grado II (moderada) si cumple por lo menos uno de los criterios: leucocitos > 18000, masa palpable dolorosa en cuadrante superior

derecho, síntomas durante > 72 horas, marcada inflamación local con enfisema, absceso, gangrena, peritonitis o gangrena.

- Grado III (severa) si cumple por lo menos uno de los criterios: hipotensión con requerimiento de vasopresores, alteración de la conciencia, $Pa/FiO_2 < 300$, creatinina en suero > 2 mg/dL, INR > 1.5 o plaquetas $< 100\ 000$.

En el caso de esta paciente es importante tener en cuenta el antecedente de uso de anticonceptivos orales como un importante factor de riesgo para el desarrollo de colestasis, con posterior colelitiasis y/o colecistitis, además del sexo femenino. El mecanismo por el cual el uso de anticonceptivos estaría relacionado con la litiasis vesicular se da al aumentar la secreción y concentración de colesterol en la bilis, además de una disminución en la contractibilidad de la vesícula. Además, el sexo femenino, como factor de riesgo, estaría igualmente relacionado con el factor hormonal (24).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Nuestro proceso de internado constó de 5 rotaciones: Ginecología y obstetricia, Primer nivel de atención, Medicina interna, Cirugía general y Pediatría. Cada una con un periodo de duración de dos meses en los que pudimos obtener la experiencia necesaria para ejercer como futuros médicos. La rotación en primer nivel de atención la realizamos en el Centro de Salud La Molina. El ingreso tanto para el personal, como para estudiantes era a las 7 am, habiendo días en los que debíamos cubrir turnos de mañana de 7 am a 1 pm o turnos por la tarde de 1 pm a 7 pm, e incluso días en los que debíamos cubrir guardias de 12 horas, permaneciendo en el establecimiento de 7 am a 7 pm. Asimismo, la rotación nos permite realizar prácticas en los consultorios de las diferentes especialidades entre las que encontramos Obstetricia, Medicina General, Odontología, Nutrición, Psicología y Vacunación y control del niño sano. Diariamente se atiende por cada médico un aproximado de 16 pacientes, pudiendo atenderse adicionales. Dentro de la rotación, los internos brindaban apoyo en campañas comunitarias de vacunación, concientización sobre educación sexual y planificación familiar, así como tamizaje de ETS e identificación de focos de *aedes aegypti* como prevención del dengue en centros de estudios aledaños. La ubicación de este centro de salud se encuentra en el corazón de la Molina, en una zona exclusiva y tranquila del distrito, por lo que no se llegaron a presentar incidentes en relación con la seguridad de ningún interno. Dentro de los casos más revisados durante esta rotación se encontraron problemas gastrointestinales y respiratorios en pacientes de todas las edades. Cabe resaltar la importancia de la enseñanza acerca de procesos administrativos y relacionados con el primer nivel de atención que se nos brindó en esta rotación, ya que corresponde al conocimientos y habilidades que serán puesta en práctica en el servicio médico rural (Serums).

La siguiente especialidad dentro de nuestras rotaciones fue la de Ginecología y Obstetricia, la cual fue llevada a cabo en el entonces conocido como Hospital de Emergencias de Ate Vitarte durante un período de dos meses. Dentro de la rotación, se cuenta con 3 áreas: hospitalización, emergencia y centro

obstétrico. Siendo el interno parte fundamental en el desarrollo normal de las actividades en cada área, con un especial énfasis en hospitalización, donde un aproximado de 5 internos debían llegar a las 5 am, preparar la visita y evolucionar a todos los pacientes de un total de 40 camas antes de las 7 am en que se pasaba visita. Los procedimientos más realizados en esta especialidad fueron el tacto vaginal, ecografía transvaginal y abdominal, evaluación obstétrica, y entre otros más complejos como participación en cesáreas y atención supervisada de partos vaginales.

Medicina Interna es la siguiente especialidad que conformó nuestro internado. En esta rotación se asistía todos los días de lunes a domingo, con una hora de entrada aproximada a las 6 de la mañana. En este caso, y a diferencia de Ginecología, los pacientes tendían a tratarse de casos más complejos y a tener unas estancias más prolongadas, como es el caso de los pacientes con pancreatitis aguda, neumonía, VIH, accidentes cerebrovasculares, entre otros, lo cual facilitaba el pase de visita, pero generaba un plan de trabajo un tanto más laborioso. Entre los procedimientos más frecuentemente realizados en esta especialidad encontramos análisis de gases arteriales, retiro de catéter venoso central, colocación y retiro de sonda Foley y nasogástrica, curación de úlceras por presión y de pies diabéticos. En el caso de esta rotación, se rota solo en dos áreas, en hospitalización y en emergencia, siendo el piso de hospitalización una de las áreas del hospital en que más conocimiento teórico se adquiere, dada la elevada exigencia de los asistentes y la necesidad de conocer las patologías de todos nuestros pacientes a fondo, a fin de brindar sugerencias tanto diagnósticas como del tratamiento de sus dolencias.

La especialidad de Cirugía General fue la especialidad que más demandó de nuestro empeño y ganas de aprender. Cirugía general se divide en hospitalización y emergencia. La hospitalización fue la parte más exigente de la rotación, debiendo acudir al hospital a partir de las 5 de la mañana para tener todo listo para el pase de visita a las 7 de la mañana. Aquí llegamos a realizar, en algunos casos, jornadas de hasta 17 horas diarias, las cuales realizamos con mucho esmero y aprendimos acerca de las principales

patologías quirúrgicas como apendicitis aguda, colecistitis aguda, hemorroides, hernias, así como heridas por arma de fuego, lesiones cortantes y politraumatizados, dándonos la oportunidad de ingresar a sala de operaciones como personal de apoyo de los médicos asistentes, quienes depositaron su confianza y paciencia en nosotros, los internos, para realizar cualquier acto de apoyo durante la cirugía. Además, se nos dio la posibilidad de rotar en especialidades quirúrgicas tales como cirugía de tórax y cardiovascular, neurocirugía, urología, traumatología, otorrinolaringología y cirugía plástica. La rotación por la emergencia de cirugía se convirtió en la oportunidad de muchos para aprender a fondo el diagnóstico preciso de las diferentes patologías quirúrgicas, además de reforzar nuestras habilidades en cuanto al control y sutura de heridas, las cuales fueron parte de la rutina constante durante las guardias en emergencia. Cirugía general se trató de una de las especialidades más demandantes, pero a su vez, una de las más didácticas, interesantes y motivadoras durante toda la etapa de internos, que permitió desarrollar las destrezas, habilidades y conocimientos hasta un punto que merece ser destacado.

La última rotación fue realizada en la especialidad de Pediatría. Esta fue dividida en dos unidades y fue una especialidad muy tranquila, amena, pero muy protocolizada y exigente. En primer lugar, contamos con el área de neonatología, en la que se evalúa pacientes recién nacidos desde su atención inmediata en sala de partos o sala de operaciones, hasta el alta, ya sea en unidad crítica o en hospitalización, donde se da de alta a la par con la madre, posterior al parto. Al rotar en esta especialidad, el total de pacientes que se manejaron dependía casi en su totalidad de la cantidad de pacientes obstétricas hospitalizadas, es decir, un aproximado de 40. Siendo la mayoría de los pacientes dados de alta al cumplir las 24 horas de hospitalización, sin embargo, podían quedar hospitalizados más días, dependiendo de su evolución clínica o laboratorial, y de si presentaban alguna patología que requiriese estudios, entre las cuales las más frecuentes fueron las malformaciones congénitas, sepsis neonatal, ictericia, deshidratación hipernatrémica e hipoglucemia con elevada pérdida de peso. La siguiente subunidad dentro de Pediatría fue la pediatría en sí misma, aquí evaluamos

pacientes pediátricos de ambos sexos que acuden en su mayoría por patologías infecciosas urinarias, digestivas y respiratorias. Dada la temporada de verano en la que realizamos la rotación, durante el mes de enero, la incidencia de diarreas agudas infecciosas fue predominante. Durante esta rotación nos encontrábamos en temporada de fiestas de Navidad y Año Nuevo, por lo que, con la participación de personal médico, técnico y de enfermería, se realizó eventos y juegos infantiles con temática navideña, además de entrega de regalos y bocaditos a los pacientes y familiares, con el fin de amenizar su estancia intrahospitalaria. Es importante recalcar la importancia de la empatía del personal hacia todos los pacientes en todas las especialidades, pero con un especial énfasis en pediatría, dado que tratamos con niños y madres que ansían de su pronta recuperación.

CONCLUSIONES

1. El internado médico se desarrolla en el séptimo y último año de estudios en la carrera de medicina humana y es una de las etapas más importantes en que se adquieren las destrezas y conocimientos necesarios para que los futuros médicos consoliden, integren y pongan en práctica todo el conocimiento adquirido en años previos, así como desarrollar destrezas y afianzar las habilidades en cuanto a procedimientos que requieren experticia. Pero también yace su importancia al fomentar el trabajo en equipo y los valores como el respeto, puntualidad, responsabilidad, entre otros.
2. El interno es de crucial importancia en el desarrollo de las actividades cotidianas intrahospitalarias, apoyando en labores administrativas, procedimentales, y las relacionadas con el diagnóstico y manejo de pacientes. Pero también tiene una especial implicación en el soporte y apoyo moral de todos los pacientes, dado que es el personal que se encuentra más en cercanía con los pacientes y con quien más tiempo comparten los mismos.
3. Durante el internado se hace hincapié en la importancia del trabajo interdisciplinario. Es así como, tanto personal médico, como técnico, de enfermería, administrativo y de todas las especialidades, deben trabajar en conjunto y tener un desempeño sobresaliente, teniendo como objetivo común la buena atención y pronta recuperación de nuestros pacientes.
4. En lo que respecta al Primer nivel de atención, queda en evidencia la importancia de la prevención y promoción de la salud. Ello se logra mediante los ya aplicados métodos de trabajo empleados en las postas, mediante seguimiento de los pacientes, aplicación de campañas informativas, de tamizaje y vacunación en los que el interno también forma parte y permiten un mayor alcance en la población.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a los próximos internos a disfrutar del internado, a no perder la motivación, la proactividad, las ganas de aprender y ayudar con la iniciación de esta experiencia, que además de ser corta, ya que dura solo 10 meses, es irrepetible y te acerca más a convertirte en el médico que deseas ser y hacer una diferencia en la vida de tus pacientes.
2. Se recomienda al Hospital Lima Este Vitarte que realice el trámite respectivo para la entrega de la tarjeta de identificación de los internos para agilizar su ingreso al hospital, una distribución equitativa de la cantidad de internos en las rotaciones de las 4 especialidades mencionadas, que brinden equipos de protección personal a los internos que rotan en sala de operaciones o se les da la oportunidad de entrar a sala a asistir al médico asistente o residente.
3. Con respecto a las rotaciones, se recomienda una mejor organización del horario de los internos para evitar errores con el registro de entrada y salida al hospital que ocasionen faltas injustificadas; y especialmente, en caso de la rotación en cirugía general, que esta mejora permite que todos los internos tengan la oportunidad de rotar por todas las especialidades quirúrgicas. Además, una mejor elaboración del cronograma de las actividades académicas para garantizar que todos los internos tengan la oportunidad de exponer y que se organicen de manera más efectiva para asegurar la asistencia de todos, con el objetivo de preparar a cada interno para el examen nacional de medicina.
4. Se recomienda al centro de salud La Molina una mejor elaboración del cronograma de internos para que todos tengan la oportunidad de rotar por todas las especialidades mencionadas y participar de las campañas de vacunación y tamizaje programadas.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital de Lima Este – Vitarte: Hospital de Lima Este-Vitarte nace como nueva y única ejecutora [Internet]. [citado 26 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/heav/noticias/891006-hospital-de-lima-este-vitarte-hospital-de-lima-este-vitarte-nace-como-nueva-y-unica-ejecutora>
2. Portal iPerú [Internet]. 2016 [citado 26 de febrero de 2024]. Hospital Vitarte en Lima, Hospital en Perú. Disponible en: <https://www.iperu.org/hospital-vitarte>
3. Hospital Emergencia Ate Vitarte - HEAV [Internet]. 2024 [citado 28 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/heav>
4. Centro De Salud La Molina en La Molina | MINSA [Internet]. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD . [citado 28 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/lima-este/centro-de-salud-la-molina-la-molina/>
5. Garro Urbina V, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. Rev Medica Sinerg. 1 de julio de 2020;5(7):e537.
6. Infecciones de la Vías Urinarias y de Trasmisión Sexual | Nefrología al día [Internet]. [citado 26 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-infecciones-vias-urinarias-trasmision-sexual-462>
7. Insuficiencia Renal Aguda | Nefrología al día [Internet]. [citado 26 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-insuficiencia-renal-aguda-317>
8. Reyna-Medina M, Vázquez-de Anda G, Vicente-Cruz D, García-Monroy J, Campos-Hernández A. Crisis hiperglicémicas y el suministro de atención mediante telepresencia robótica en el Hospital General de Tejupilco. Rev Med E Investig. 1 de julio de 2013;1(2):80-5.
9. Podzamczar D. Tratamiento de las infecciones oportunistas en pacientes adultos y adolescentes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana en la era del tratamiento antirretroviral de gran actividad. Enfermedades Infecc Microbiol Clínica. 1 de julio de 2008;26(6):356-79.

10. Saavedra JS, Urrego S, Pérez Á, Toro ME. Diagnóstico de meningitis tuberculosa. *Acta Neurológica Colomb.* 25 de mayo de 2023;31(2):224-30.
11. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 28 de febrero de 2024]. Sepsis neonatal - Pediatría. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-en-reci%C3%A9n-nacidos/sepsis-neonatal>
12. Gil C, Mileny F. PREVALENCIA DE CELULITIS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO 2017-2018.
13. Arteaga-Livias K, Panduro-Correa V, Trujillo-Correa J. Oxacilina más clindamicina: ¿es una combinación útil? *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* marzo de 2018;35:158-60.
14. Figueras Aloy J. Virus respiratorio sincitial y síndrome de Down. *Rev Médica Int Sobre El Síndr Down.* 1 de noviembre de 2011;15(3):33.
15. Piedrahita-Agudelo M, Ramírez-Granada J. Guía práctica para el diagnóstico y tratamiento de las neumonías atípicas en la infancia. *Rev Médica Risaralda.* enero de 2015;21(1):48-57.
16. Hepatitis A [Internet]. [citado 26 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>
17. Herreros VS. Tratamiento Conclusiones Bibliografía.
18. López-Luque PR, Bergal-Mateo GJ, López-Olivares MC. El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. *Med Fam SEMERGEN.* 1 de mayo de 2014;40(4):211-7.
19. Bombin M, Mercado J, Zúñiga J, Encalada D, Ávila J, Bombin M, et al. Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos. *Rev Chil Obstet Ginecol.* diciembre de 2019;84(6):460-8.
20. Guevara Ríos E, Meza Santibáñez L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet.* octubre de 2014;60(4):385-94.
21. Borda Mederos LA, Kcam Mayorca EJ, Alarcon Aguilar P, Miranda Rosales LM. Megacolon andino y vólvulo del sigmoideas de la altura: Presentación de 418 casos entre 2008 - 2012 en el hospital C. Monge - Puno, Perú. *Rev Gastroenterol Perú.* octubre de 2017;37(4):317-22.

22. Object object. Eficacia de los scores AIR, RIPASA y Alvarado modificado en el diagnóstico de Apendicitis aguda. [citado 28 de febrero de 2024]; Disponible en: <https://core.ac.uk/reader/288302470>
23. Vacca J. Hernia inguinal. La lucha contra la profusión. Nursing (Lond). 1 de marzo de 2018;35(2):26-33.
24. González Liriano R. Incidencia de factores de riesgo para desarrollo de litiasis vesicular en pacientes menores de 40 años colecistectomizados en el hospital Dr. Ricardo Baquero González. Periodo enero 2019- diciembre 2021. Estudio retrospectivo. Rev Venez Cir [Internet]. 15 de agosto de 2022 [citado 26 de febrero de 2024];75(1). Disponible en: <https://www.revistavenezolanadecirugia.com/index.php/revista/article/view/444>

ANEXOS

CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR/ES

Lima, 3 de marzo de 2024

Mediante la presente, me comprometo a asesorar desde el inicio hasta la culminación del trabajo de investigación a los alumnos:

MEDICO SALAS SANDRA PATRICIA con DNI 75946246, y FIGUEROA REATEGUI JOSE LUIS con DNI 72012575

en el Plan de tesis titulado:

“EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE DURANTE EL PERIODO ABRIL 2023 - ENERO 2024”

El cual cumple con los requisitos establecidos en el Reglamento de Investigación de la FMH –USMP.

Atentamente,

Firma:



Asesor: Johan Eduardo Medrano Alvarez.

DNI: 03667079