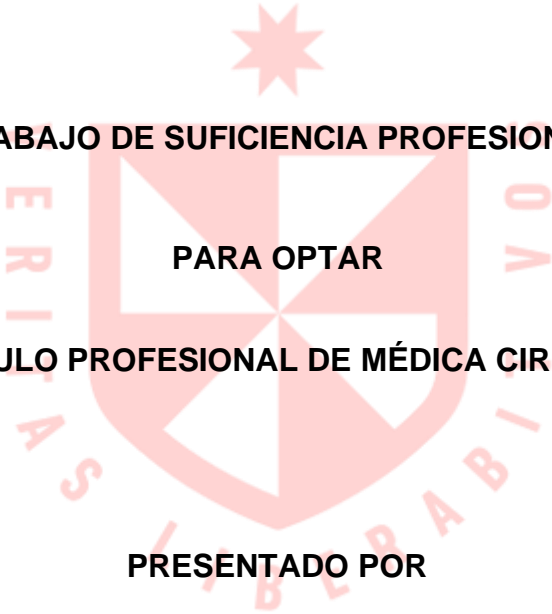


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ Y EN EL
HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA 2023-
2024**



**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA
PRESENTADO POR**

ANGÉLICA MARÍA SALHUANA MOLOCHO

**ASESOR
GERARDO ARREDONDO MANRIQUE**

**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
NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ Y EN
EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA
2023- 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
ANGÉLICA MARÍA SALHUANA MOLOCHO**

**ASESOR
MC GERARDO ARREDONDO MANRIQUE**

**LIMA-PERÚ
2024**

JURADO

Presidente: EMMA MERCEDES HUAMANI DE LA CRUZ

Miembro: JEFFREE TOVAR ROCA

Miembro: SANDRO YANICK CANO GAMARRA

DEDICATORIA

A Dios; a mis padres por su apoyo incondicional a lo largo de estos años de carrera; a Ro y a mi familia por su cariño y paciencia; y a mi mamá Gela y Luisa por cuidarme desde el cielo.

AGRADECIMIENTOS

A Gerardo Arredondo Manrique, doctor en Cirugía General, por la asesoría temática y las enseñanzas establecidas.

A mis residentes y cointernos por acompañarme en toda esta etapa académica y formar una nueva familia.

A mis pacientes por enseñarme a crecer como profesional y aprender de ellos como personas y sus patologías.

ÍNDICE

PORTADA	i
JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
ÍNDICE	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
I.1 Rotación en Pediatría	1
I.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia	5
I.3 Rotación en Cirugía	8
I.4 Rotación en Medicina Interna	11
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	15
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	18
III.1 Rotación en Pediatría	18
III.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia	21
III.3 Rotación en Cirugía	26
III.4 Rotación en Medicina Interna	32
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	37
CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES	39
FUENTES DE INFORMACIÓN	40

RESUMEN

Objetivo: Proyectar los casos clínicos más relevantes vistos en cada rotación hospitalaria del Internado Médico y demostrar las experiencias y el aprendizaje adquirido durante esta etapa académica. **Materiales y métodos:** Se presentan casos clínicos de patologías de importancia que se obtuvieron mediante la revisión de historias clínicas durante el periodo del internado médico realizado en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé y en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. **Resultados:** La experiencia del Internado Médico es un periodo académico que forma parte del desarrollo del estudiante de medicina. En esta etapa el alumno se prepara profesionalmente mediante la adquisición de habilidades y el reforzamiento de los conocimientos obtenidos en los años previos, para llegar a un diagnóstico, establecer un manejo o tratamiento y permitir la rehabilitación del paciente. **Conclusión:** Los internos de medicina son un pilar importante para el funcionamiento de los establecimientos de salud por el cargo que desempeñan en la atención del paciente; así mismo, esta etapa les brinda la experiencia para su futuro profesional.

Palabras clave: Internado médico, casos clínicos, rotaciones hospitalarias, medicina humana

ABSTRACT

Objective: To present the most relevant clinical cases seen in each hospital rotation of the medical internship and to demonstrate the experiences and learning acquired during this academic stage. **Materials and methods:** Clinical cases of important pathologies are presented, which were obtained through the review of clinical histories during the medical internship period at the “Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé” and at the “Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa”. **Results:** The medical internship experience is an academic period that is part of the medical student's development. During this stage, the student prepares professionally by acquiring skills and reinforcing the knowledge obtained in previous years, to reach a diagnosis, establish a management or treatment and allow the patient's rehabilitation. **Conclusion:** Students in medical internships are an important pillar for the development of health facilities due to the role they play in patient care; likewise, this stage provides them with the experience for their own professional future.

Key words: Medical internship, clinical cases, hospital rotations, human medicine.

<p>NOMBRE DEL TRABAJO</p> <p>EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTEMADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ Y EN EL</p>	<p>AUTOR</p> <p>ANGÉLICA MARÍA SALHUANA MOLOCHO</p>
--	--

<p>RECUENTO DE PALABRAS</p> <p>14725 Words</p>	<p>RECUENTO DE CARACTERES</p> <p>79324 Characters</p>
---	--

<p>RECUENTO DE PÁGINAS</p> <p>54 Pages</p>	<p>TAMAÑO DEL ARCHIVO</p> <p>168.0KB</p>
---	---

<p>FECHA DE ENTREGA</p> <p>Mar 16, 2024 8:00 AM GMT-5</p>	<p>FECHA DEL INFORME</p> <p>Mar 16, 2024 8:02 AM GMT-5</p>
--	---

● 16% de similitud general

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

- 16% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

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



Gerardo Arredondo Montaña
CIRUGÍA GENERAL Y LAPAROSCÓPICA
C.M.P. 42557 R.N.E. 23798

.....
CÓDIGO ORCID: 0000-0002-0493-245X
DNI: 10544164

INTRODUCCIÓN

El Internado Médico es uno de los periodos académicos que forma parte de la malla curricular de la carrera, establecido en todas las casas de estudio y facultades de medicina. Durante este periodo todos los estudiantes del último año de la carrera de medicina humana se van a incorporar a los distintos centros o servicios de salud con la finalidad de desempeñar nuevas habilidades o competencias en el aspecto de la atención de los problemas de salud, adquiriendo una responsabilidad que presenta el médico en cuanto la prevención, diagnóstico, tratamiento o manejo y rehabilitación de los problemas que aquejan a la población

La finalidad de la elección del presente trabajo es de redactar la experiencia que se tuvo durante esta etapa, con una duración de 10 meses y que fue desarrollada en dos hospitales nacionales, en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (HNDMNSB) y el hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa (HEJCU).

Los objetivos de la realización de este trabajo son el presentar los casos clínicos más relevantes que han sido vistos durante cada rotación hospitalaria en los servicios de Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía y Medicina Interna; demostrar la experiencia adquirida mediante la explicación teórica y la comparación con las decisiones terapéuticas tomadas.

Para la construcción de este trabajo, se realizó revisión de distintos casos clínicos vistos en el periodo del internado, una de las limitaciones importantes fue la pobreza de contenido de varias historias clínicas de patologías interesantes que no pudieron aportar mayor información para la presentación de los mismos en este trabajo.

Este trabajo es importante, ya que se ve enriquecido por la diferencia de casos que se atienden en cada nosocomio y el manejo que se tiene en relación la experiencia de los médicos que trabajan en dichos establecimientos.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

En el presente capítulo, se presentarán 8 casos clínicos, que incluyen 2 casos clínicos por cada una de las 4 rotaciones realizadas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (HNDMNSB) y el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa (HEJCU) que comprendieron un periodo de 8 meses.

I.1 Rotación en Pediatría

La presente rotación fue la primera en realizarse, se realizó en el periodo del 1 de abril al 31 de mayo del año 2023; comprendió de subrotaciones en los servicios de Neonatología, Hospitalización de Pediatría y Emergencia pediátrica. A continuación, se presentarán dos casos clínicos vistos en el servicio de hospitalización.

Caso clínico n.º 1

Paciente varón de 14 años sin antecedentes de importancia acude a urgencias del HNDMNSB con un tiempo de enfermedad de cinco días, donde su madre refiere que el paciente presentó temperatura elevada de 40°C, por lo que decide administrarle paracetamol pero fiebre no cede; 4 días antes del ingreso la fiebre persiste y se le agrega dolor abdominal tipo cólico a nivel de HCD, acompañado de siete episodios de vómitos alimentarios y acuosos e hiporexia; tres días antes del ingreso acude a un policlínico donde le prescriben antipiréticos y antieméticos, le solicitan analítica sanguínea y mencionan una sospecha de dengue; dos días antes del ingreso le realizan una prueba de dengue indicada por médico obteniendo un resultado para Antígeno N51 – dengue positivo, para lo cual le indican tratamiento sintomático e hidratación vía oral; sin embargo, un día previo al ingreso el paciente presenta intolerancia oral, vómitos seguidos, persistencia del dolor abdominal, dolor ocular bilateral, dolor de espalda y persistencia de cuadro febril, motivo por el cual decide llevarlo a la emergencia.

Examen físico

Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2", palidez 1+, no cianosis. Aparato respiratorio: amplexación simétrica, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados, no se observan tirajes. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos y pulsos periféricos presentes. Aparato digestivo: ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda, no signos peritoneales. Sistema neurológico: LOTEPE, fuerza conservada, dolor a la movilización del globo ocular bilateral, sin signos de focalización ni signos meníngeos.

Con la anamnesis hecha, el examen físico y laboratorio, se plantean los diagnósticos de: 1) Dengue con signos de alarma, 2) deshidratación en resolución.

El plan de trabajo establecido para el paciente fue pase a hospitalización, completar y continuar hidratación endovenosa, tratamiento sintomático y balance hídrico estricto.

Se le solicitaron exámenes de laboratorio, en los que se obtuvo leucocitos en 3,100; bastonados 1%, segmentados 39%, hematocrito 48,6%, plaquetas en 79 mil, urea 24 mg/dl, TGO 124 U/L, TGP 42 U/L. Se reevalúa paciente donde se evidencia una leucopenia y plaquetopenia moderada. Y se rectifica el diagnóstico planteado de Dengue con signos de alarma y plaquetopenia. El plan de trabajo específico fue hidratación con cloruro de sodio al 0.9% 300 cc por hora en dos horas, luego dextrosa y electrolitos a 100 cc por hora, se le solicitan controles de perfil de coagulación, glucosa, proteínas y electrolitos, y balance hídrico horario.

La evolución del paciente, durante su estancia hospitalaria, que fue de una semana, fue favorable, se remitió el cuadro de deshidratación, y hubo mejora en la sintomatología y mejora en los niveles laboratoriales alterados, por lo que se le da el alta indicando los signos de alarma y con prescripción médica sintomática.

Caso clínico n.º 2

Paciente varón de tres años sin antecedentes de importancia, con inmunizaciones completas, acude a emergencias del HNDMNSB con un tiempo de enfermedad de dos semanas que se caracteriza por iniciar con fiebre de 38° C asociado a dolor abdominal tipo cólico asociado de disminución de consistencia en las deposiciones; una semana antes del ingreso acude a centro de salud por persistencia de dolor abdominal y cuadros febriles, por lo que deciden realizar una “examen de heces” coproparasitológico seriado el cual sale negativo, dándole de alta con paracetamol y antibiótico; 6 días antes del ingreso al cuadro se le agrega tos, un cuadro de vómito posterior a la tos, y aún persiste la fiebre y el dolor abdominal; dos días antes del ingreso acude a Instituto Nacional de Salud del Niño donde tienen una impresión diagnóstica de sarampión dándole el alta con cetirizina y paracetamol; sin embargo un día antes del ingreso persiste con fiebre de 40°, acompañado de lesiones eritematosas puntiformes en pecho, espalda y cara por lo que acude a emergencia del hospital, se le prescribe clorfenamina y dexametasona intramuscular; a pesar de tratamiento al llegar a casa no remite la fiebre y las lesiones eritodérmicas aumentan en intensidad y extensión llegando a tórax, espalda, muslos, glúteos, piernas, palmas y plantas de manos y pies, acudiendo nuevamente a la emergencia.

Examen físico

Piel: Eritrodermia en tórax, abdomen, espalda y cara que palidecen a la digitopresión, además de lesiones habonosas en glúteos, muslos y piernas, y lesiones eritematosas palmo plantares. Lesiones blanquecinas en mucosa oral y labio interno inferior; faringe congestiva, sin placas ni exudados. Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados, no presencia de tirajes. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos. Aparato digestivo: ruidos hidroaéreos aumentados, blando, depresible, leve timpanismo, hígado a 3 cm del reborde costal derecho. Sistema linfático: se palpan adenopatías a nivel retroauricular, occipital, cervical posterior e inguinal bilateral de 0.5cm.

Sistema nervioso: despierto, reactivo a estímulos, moviliza extremidades sin dificultad.

Con la anamnesis y el examen físico, se establece la impresión diagnóstica de Eritrodermia etiología a determinar, a descartar exantema viral, infección por rubeola o RAM a Metamizol; síndrome febril persistente, síndrome mononucleosido a descartar citomegalovirus o virus Epstein bar; y descartar tifoidea. El plan inicial propuesto fue pase a hospitalización, dieta blanda a tolerancia, hidratación con cloruro de sodio 0.9% a 20 cc por hora, ranitidina 15 mg endovenoso cada 8 horas, clorfenamina 1.6 mg endovenoso cada 8 horas, dexametasona 1.5 mg endovenoso cada 8 horas, paracetamol 210 mg vía oral condicional a fiebre $\geq 38^{\circ}$ y control de funciones vitales.

Como exámenes auxiliares, se le solicitó hemograma completo, VSG, IgM para EBV, rubeola, CMV, micoplasma / chlamydia, aglutinaciones, PCR, glucosa, urea, creatinina, electrolitos, TGO, TGP, calcio, magnesio, fosforo, lactato, examen de orina, hemocultivo y urocultivo. Además de solicitar interconsulta para Infectología y Dermatología.

Durante la evolución del paciente, se agregan placas blanquecinas con eritema perilesional a nivel de mucosa oral por lo que se le añade el diagnóstico de Mugget oral y se decide iniciar con nistatina y corticoides por signos inflamatorios. Por evolución de paciente lo consideran como un Kawasaki atípico por lesiones a nivel bucal, erupciones eritematosas a nivel de palmas y plantas y adenopatías; cambiando el plan a inicio de pulsos de metilprednisolona, posibilidad de inicio de inmunoglobulina y solicitando una interconsulta a cardiología.

De los exámenes solicitados, el único alterado fue el PCR con un valor de 20.02. Las interconsultas remitidas fueron respondidas, donde el servicio de Dermatología estableció el diagnóstico de exantema máculo papular a descartar infección por dengue, micoplasma u otros virus, farmacodermia por metamizol o por enfermedad autoinmune. El servicio de infectología estableció el diagnóstico de síndrome de mano pie boca por coxsackie virus de acuerdo con evolución y clínica que presentó el paciente, dejando

indicaciones de manejo sintomático y control de temperatura. El servicio de cardiología descartó la enfermedad de Kawasaki por falta de criterios para dicha enfermedad.

La evolución del paciente fue favorable, por lo que se le dio de alta a la semana de hospitalización con el diagnóstico final de enfermedad mano pie boca, sin presentar alguna intercurrentia durante su estadía.

I.2 Rotación en Ginecología y obstetricia

La rotación por la especialidad de Ginecología fue la segunda en realizarse, que comprende el periodo del 1 de junio al 31 julio; en esta especialidad, la rotación se dividía en cuatro salas, una de Ginecología y tres de Obstetricia, el servicio de Emergencia y Centro Obstétrico; además de contar con guardias cada cuatro días que se desarrollaban en el servicio de Centro Obstétrico.

Caso clínico n.º 1

Paciente mujer de 30 años, G2P1001, gestante de 36 semanas y 5/7 días por ecografía temprana; acude por Emergencia del HNDMNSB por dolor tipo contracción, no sangrado vaginal ni pérdida de líquido amniótico y percibe movimientos fetales. Tiene como antecedente ser cesareada anterior una vez por trabajo de parto disfuncional.

Examen físico del ingreso

Altura uterina de 35 cm, se perciben los movimientos fetales, latidos cardiacos fetales en 142 latidos por minuto; situación, posición y presentación: longitudinal cefálico derecho; presenta una dinámica uterina con una frecuencia de 3 contracciones en 10 minutos, de 30 segundos de duración y de intensidad +2. Se realiza tacto vaginal donde se encuentra un cérvix posterior, de 2cm de longitud, de consistencia blanda, dehiscente 2 cm y con una altura de presentación en C – 4, con pelvis ginecoide.

Con la anamnesis y el examen físico, se establecen los diagnósticos de: Gestante de 36 semanas y 5/7 días por ecografía temprana y amenaza de parto pretérmino. El plan propuesto para la paciente fue de pase a hospitalización en centro obstétrico, monitoreo materno fetal permanente, hidratación con cloruro de sodio al 0.9% 500 cc a chorro y luego a 45 gotas, en caso de no ceder dinámica uterina culminar gestación por vía alta y vigilar

signos de dehiscencia de cicatriz. Además, se solicitaron prequirúrgicos, hemograma, PCR, examen de orina y urocultivo.

En la ampliación de la historia, se tiene conocimiento que paciente cursó con vulvovaginitis en marzo del 2023 con tratamiento antibiótico con óvulos por 7 noches; y un urocultivo positivo, 1 mes antes de su ingreso, para *E. coli* sin tratamiento antibiótico.

Una vez la paciente pasó al servicio de Centro Obstétrico, posterior a la hidratación indicada, cedió la dinámica uterina, también se obtuvieron los resultados de los exámenes de laboratorio donde se encontró un examen de orina patológico con nitritos positivos, 50 – 70 leucocitos por campo y 2+ de gérmenes, por lo que una vez la paciente fue estabilizada, se dejó la indicación que pase a Sala B con los diagnósticos de Gestante de 36 semanas, amenaza de parto pretérmino resuelta e ITU. El plan que se dejó para su pase fue: vía salina, ceftriaxona 2g endovenoso cada 24 horas, sulfato ferroso 300 mg vía oral cada 24 horas, test de vaginosis, seguimiento de urocultivo, se solicitan perfil biofísico (PBF) y ecografía, y vigilar signos de alarma.

Durante su estancia hospitalaria tuvo evolución favorable, no se volvió a presentar dinámica uterina, se obtuvieron resultados de urocultivo positivo para *E. coli* sensible a ceftriaxona, por lo que se decidió continuar con antibioticoterapia hasta completar los siete días; un PBF en parámetros normales y una ecografía sin alteraciones.

Al completar el tratamiento antibiótico y no presentar interurrencias, se decide dar el alta a la paciente, indicando los signos de alarma y un examen de urocultivo posterior al tratamiento antibiótico.

Caso clínico n.º 2

Paciente mujer de 21 años G3 P0020, gestante de 37 semanas 3/7 días; sin antecedentes personales de importancia, antecedentes gineco – obstétricos de dos abortos espontáneos en el 2018 y 2020 donde le realizaron Aspiración manual endouterina (AMEU). Ingres a la emergencia por disminución de movimientos fetales y dinámica uterina, niega pérdida de líquido amniótico o sangrado.

Al examen físico de ingreso: Al tacto vaginal se encuentra un cérvix con incorporación al 80%, dilatado 1 cm, membranas íntegras, altura de presentación en C – 4.

Con la anamnesis y el examen físico, se plantean los diagnósticos de: Gestante de 37 semanas 3/7 días y trabajo de parto en fase latente. El plan establecido fue el de hospitalizar a la paciente en el servicio de UCEO para monitorización. A las ocho horas de hospitalizada, persiste sin cambios cervicales por lo que le indican maduración cervical con misoprostol, posterior a ello aumenta la dinámica uterina y se vuelve a hacer un examen físico mediante tacto vaginal donde se encuentra en incorporado 80%, dilatado 2, membranas íntegras y altura de presentación (AU) en C-3. 9 horas posteriores al último tacto se encuentra en dilatado 3 y 3 horas después se encuentra en dilatado 5, incorporado 100 %, membranas rotas y AU en C-2, por lo que se decide pasar a la paciente al servicio de centro obstétrico para una monitorización más continua.

La evolución de la paciente fue de dilatado 5 al ingreso en Centro Obstétrico, luego dilatado 7cm y con una dinámica uterina 3/10, por lo que se decide inducción con oxitocina, a la hora post administración de oxitocina se encuentra al tacto vaginal en incorporado 100 %, dilatado 10 cm, membranas rotas y altura de presentación en C +1, se reevalúa a los 30 minutos por sensación de pujo encontrándose en una AU de C+2 pasando a sala de expulsivo, donde se recibe un recién nacido varón de 3390g, APGAR 8 – 9, de 40 semanas por Capurro. Las interurrencias, durante el trabajo de parto, fue que el RN presentó un caput succedaneum y se realizó una episiotomía media lateral derecho, además de producirse una laceración de pared vaginal a horas 5, por lo que se suturó con catgut crónico 2/0 previa infiltración con lidocaína.

Posterior al trabajo de parto, pasó a la sala de puerperio donde fue monitorizada por dos horas, presentó útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, eliminación de loquios sin mal olor, sin sangrado activo, no formación de hematoma y sutura afrontada; por lo que pasa a “Sala D” para control de puerperio.

A la paciente se le dio el alta a los dos días posteriores al parto con indicaciones de sulfato ferroso de 300 mg cada 24 horas por 30 días, paracetamol 500 mg vía oral condicional a dolor, indicaciones de signos de alarma y control por consultorio de ginecología en siete días.

I.3 Rotación en Cirugía

La rotación por la especialidad de Cirugía fue la tercera en realizarse durante el periodo del 1 de agosto al 30 de septiembre de 2023. Dentro de la especialidad se realizaron rotaciones por el servicio de Hospitalización, Emergencia y Tópico De Cirugía.

Caso clínico n.º1

Paciente mujer de 54 años acude a emergencia por un tiempo de enfermedad de dos días de inicio insidioso y curso progresivo, caracterizado por dolor abdominal tipo cólico, que apareció posterior a ingesta de comida tipo grasosa, localizado a nivel del cuadrante superior derecho, con intensidad 7/10, que se irradiaba hacia la espalda a nivel infra escapular derecha, asociado a náuseas, vómitos y malestar general, no presentó fiebre, sin antecedentes de importancia.

Examen físico

Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2". Abdomen: globuloso, blando, depresible, ruidos hidroaéreos audibles, dolor a la palpación a nivel de hipocondrio derecho, Murphy (-), no signos peritoneales, no rebote. Sistema nervioso: orientada en tiempo, espacio y persona, EG 15/15. Resto de examen sin alteraciones.

Con la anamnesis y el examen físico, se tuvo la presunción diagnóstica de: 1) Síndrome doloroso abdominal, 2) descartar colecistitis aguda calculosa. El plan que se estableció fue una ecografía abdominal, exámenes de laboratorio prequirúrgicos y reevaluación con resultados.

Se recibieron los resultados de los exámenes requeridos, donde en la ecografía abdominal se evidenció una vesícula biliar con paredes engrosadas, litiasis de 20 mm en su interior y un colédoco sin alteraciones morfológicas.

En lo exámenes de laboratorio una hemoglobina de 14.10, hematocrito en 41.20; leucocitos en 11.34; plaquetas en 259 mil; TP de 13.85, INR en 1.04 y TTPA en 33.25, un examen de orina no patológico, perfil hepático, amilasa y lipasa sin alteraciones; urea y creatinina en rangos normales.

Con los resultados mencionados, se determina el diagnóstico de Colecistitis aguda calculosa. El plan que se propuso fue realizar el riesgo quirúrgico y preparar para SOP con las indicaciones de NPO, hidratación con suero fisiológico al 0.9% 1000cc a 60 gotas por minuto, antibioticoprofilaxis con ciprofloxacino 400 mg iv. cada 12 horas, omeprazol 40 mg iv. cada 24 horas, metamizol 1.5 mg iv. cada 8 horas, hioscina 20 mg iv. cada 12 horas y vendaje de miembros inferiores.

Una vez preparada la paciente para sala de operaciones, se realiza el procedimiento de colecistectomía laparoscópica con los hallazgos operatorios de vesícula biliar de 12x6 cm de paredes tensas, engrosadas con contenido de un cálculo de 20 mm de diámetro; la técnica operatoria empleada fue de neumoperitoneo abierto y técnica francesa.

En el posoperatorio inmediato, el plan empleado fue NPO, dextrosa al 5% 1000cc con solución hipersodio (NaCL 20%) dos ampollas y solución hiperkalium (KCL 20%) 1 ampolla pasados en 2 frascos, antibioticoterapia con ciprofloxacino 400 mg iv. cada 12 horas, omeprazol 40 mg iv. cada 24 horas, metamizol 2g iv. cada 8 horas, metoclopramida 10 mg iv. cada 8 horas; y control de funciones vitales y balance hidroelectrolítico.

Al segundo día posoperatorio, se inició tolerancia con líquidos, que luego progresó a dieta líquida; al tercer día, a dieta blanda. La evolución de la paciente fue favorable con la herida operatoria bien afrontada y sin signos de flogosis. Siendo dada de alta al cuarto día postoperatorio continuando tratamiento antibiótico hasta completar los siete días, analgésicos con paracetamol dos tabletas de 500 mg cada 8 horas por tres días, protector gástrico con omeprazol una tableta cada 24 horas por siete días; y control por tópico de cirugía en siete días para evaluación y retiro de puntos.

Caso clínico n.º 2

Paciente mujer de 43 años, quien acude al hospital con un tiempo de enfermedad de dos días de inicio insidioso y curso progresivo, caracterizado por dolor abdominal tipo cólico, de intensidad de inicio 6/10 y progresa a 8/10, que inicia a nivel de epigastrio y migra hacia fosa iliaca derecha (FID), asociándose a náuseas, vómitos, anorexia y sensación de alza térmica.

Examen físico

Ingresa con las siguientes funciones vitales: PA: 120/70, T: 36°, FR: 18x', FC: 78x' y saturación de O2 en 98 %.

En aparente regular estado general, regular estado de nutrición y de hidratación. Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2", sin lesiones. Abdomen: blando, depresible, dolor a la palpación a nivel de FID, Mc Burney (+), Blumberg (+). Sistema respiratorio: murmullo vesicular pasa audible en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Sistema cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos. Sistema nervioso: orientada en tiempo, espacio y persona; EG 15/15, no signos meníngeos.

Con el relato de la enfermedad y el examen físico, se concluyen en los siguientes probables diagnósticos: 1) Síndrome doloroso abdominal, 2) D/c Apendicitis aguda. El plan propuesto para la paciente fue dejar en NPO, hidratación con NaCL 0.9% 1000cc en 2 frascos, omeprazol 40 mg iv, control de funciones vitales, prequirúrgicos y ecografía abdominal.

Se obtienen los resultados de la ecografía abdominal, donde se evidencia a nivel de FID peristaltismo atenuado, un apéndice cecal con calibre incrementado de 10 mm e incremento de la ecogenicidad de la grada mesentérica periapendicular, ciego engrosado a nivel parietal mucoso de 7 mm" por lo que se concluyó que presentaba signos compatibles con apendicitis aguda. En los exámenes de laboratorio, se obtuvieron los siguientes resultados: Hemoglobina en 11.3, hematocrito en 33.4, leucocitos en 15.95, bastonados en 4, segmentados en 84, plaquetas en 358 mil; TP en 13.91, INR en 1.06, TTPa en 30.14; examen de orina no patológico, urea

en 18, creatinina en 0.86; y serológicos negativos. Con los resultados se procedió al riesgo quirúrgico y posterior preparación para SOP.

El procedimiento que se realizó fue una apendicectomía laparoscópica; como hallazgos operatorios se encontró un apéndice cecal de 8 x 1.5 cm, necrosada en toda su extensión, perforada en base, plastronada por íleon terminal y epiplón, con base friable y líquido purulento de 500 cc en 4 cuadrantes. Debido a los hallazgos operatorios, se colocaron un dren laminar en fondo de saco de Douglas y 1 dren tubular a nivel parietocólico derecho.

Posterior a la operación, se estableció el diagnóstico de: Paciente posoperada de apendicectomía laparoscópica por apendicitis complicada con peritonitis generalizada. Por lo que en el plan del postoperatorio inmediato se dejó la indicación de NPO por 3 días, dextrosa al 5% 1000cc con NaCL al 20% 1 ampolla y KCl 20% 1 ampolla administrados en 3 frascos; antibioticoterapia con ceftriaxona 2g iv. cada 24 horas y metronidazol 500 mg iv. cada 8 horas; omeprazol 40 mg iv. cada 24 horas, metamizol 1.5g iv. cada 8 horas, metoclopramida 10 mg iv. cada 8 horas; y control de funciones vitales, cuantificación de secreción en los drenes y cuidados de herida operatoria.

Durante los tres días con indicación de NPO, la paciente no presentó ninguna interurrencia, con la herida bien afrontada, sin secreciones ni signos de flogosis, y drenaje de secreción de 4cc en promedio por ambos drenes. Al cuarto día postoperatorio se inicia tolerancia oral la cual no presenta alguna interurrencia, ya no se evidencia secreción por los drenes; por lo que se decide dar el alta con tratamiento antibiótico por 10 días con ciprofloxacino 500 mg vo. cada 12 horas y metronidazol 500 mg vo. cada 8 horas; paracetamol 500 mg dos tabletas vo. cada ocho horas por tres días, omeprazol 20 mg vo. cada 24 horas; retiro de dren tubular; y control por tóxico de cirugía en 7 días para evaluación de dren laminar y retiro del mismo y de puntos.

I.4 Rotación en Medicina Interna

La rotación por la especialidad de Medicina Interna fue la última rotación en realizarse en el periodo del 1 de diciembre de 2023 al 31 de enero de 2024. Dentro de esta especialidad, se realizaron rotaciones por los servicios de

Hospitalización, Observación y Emergencia. Para el presente punto, se decidió tocar un caso clínico visto en el servicio de hospitalización y otro del servicio de Emergencia.

Caso clínico n.º1

Paciente mujer de 76 años, quien acude al nosocomio con un tiempo de enfermedad de 2 horas que se caracterizaba por disnea progresiva, trastorno del sensorio llegando a un Glasgow 11/15 y cefalea, presentándose todos estos síntomas, posterior a un viaje en bus de 10 horas. Como antecedentes de importancia, presentaba diabetes *mellitus* tratada con metformina dos veces al día. Ampliando con mayor detalle en la historia la paciente refirió que dos semanas previas a presentarse el evento agudo presentaba dolor en ambos miembros inferiores al caminar.

Examen físico de ingreso

Funciones vitales: PA 120/80, T°: 37°, FR: 17x'; FC 105x'; SatO2: 87%; Hemoglucotest: 246

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, buena intensidad, no soplos. Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación. Sistema neurológico: orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15 (AO: 4, RV: 5; RM: 6), moviliza 4 extremidades, no signos de focalización, no signos meníngeos.

Con la anamnesis realizada y el examen físico se llegó a la siguiente presunción diagnóstica: 1) Síndrome de dificultad respiratoria aguda: descartar tromboembolismo pulmonar (TEP) vs neumonía vs insuficiencia cardíaca 2) Diabetes *mellitus* 2 por historia clínica 3) Trombosis venosa profunda.

El plan inicial con la paciente fue restricción de ingesta por vía oral (NPO), hidratación con solución salina a 100 cc/hr y ranitidina 50mg endovenosa. Además de solicitarle un electrocardiograma (EKG), ecografía Doppler de miembros inferiores, tomografía cerebral y una angiotomografía pulmonar con

contraste y exámenes de laboratorio de hemograma, urea, creatinina, AGA, electrolitos, perfil de coagulación y dimero D; quedando la reevaluación con resultados.

Al recibir los resultados de las imágenes solicitadas, en la ecografía Doppler no se observaron signos de trombosis venosa profunda de miembros inferiores; sin embargo, en la angiotomografía pulmonar se evidenció signos de trombosis en arterias segmentarias en los lóbulos superiores de ambos pulmones y lóbulo medio del pulmón derecho. En la tomografía, se evidenció signos de eventos isquémicos a nivel parietal izquierdo y hemisferio cerebeloso izquierdo. El EKG no se evidenció cambios significativos. En los exámenes de laboratorio la única alteración presente fue en el dimero D con un valor de 154.8 ug/mL, por lo que se estableció el diagnóstico de TEP.

Con los resultados, la paciente fue trasladada al servicio de trauma shock para una monitorización más estricta donde al plan de trabajo se le añadió soporte oxigenatorio mediante cánula binasal a tres litros para mantener una saturación mayor al 92 %. Además de ser tributaria a trombólisis con enoxaparina 60 mg subcutáneo cada 12 horas, se le administró atorvastatina 80 mg cada 24 horas, ácido acetil salicílico 100 mg cada 24 horas, ranitidina 50 mg cada 12 horas, insulina R a escala móvil y control de glucosa cada 8 horas.

La paciente se mantuvo en unidad de trauma shock por 2 días hasta ser estabilizada, posterior a ello paso al servicio de observación donde se le solicitó exámenes de laboratorio de CPK, troponinas y dimero D. Los resultados de los laboratorios salieron con un valor de CPK en 24.2 U/L, troponina I en 2.62 ng/mL y un dímero D en 10.61; se evidenció una disminución en el valor del dimero D a comparación del valor inicial, acompañándose de mejoría sintomática. Posterior a ello, a los cinco días pasó al servicio de Hospitalización para control, donde al plan de trabajo se le añadió Warfarina 10 mg vía oral cada 24 horas con un posterior control de perfil de coagulación.

Durante su estancia en hospitalización con una duración de cinco días, la paciente cursó con un valor de tiempo de protombina (TP) en 40.12 y un INR

de 3.15 por lo que se decidió suspender la enoxaparina y Warfarina, y administrar apixaban 5 mg cada 12 horas y posterior control de perfil de coagulación que se reguló a valores de TP en 47.61 e INR de 2.68, por lo que, una vez estabilizado esos valores, se decide dar el alta con tratamiento anticoagulante de apixaban 5 mg cada 12 horas, atorvastatina 40 mg cada 24 horas y metformina 850 mg cada 24 horas.

Caso clínico n.º 2

Paciente varón de 53 años que acude a urgencias con un tiempo de enfermedad de 1 hora presentando dolor lumbar derecho que se irradia a fosa iliaca izquierda y zona genital derecho, asociado a náuseas, no vómitos y no sensación de alza térmica. Como antecedentes de importancia el paciente presentaba litiasis renal derecha.

Examen físico

Funciones vitales: PA: 120/80; T°: 36°; FR: 20x'; FC: 85x'; SatO2: 98%.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles. Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no masas, no visceromegalia, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, Murphy negativo. Sistema Genito urinario: puño percusión lumbar derecho positivo, punto renoureteral derecho positivo. Sistema neurológico: orientado en tiempo, espacio y persona, EG 15/15, moviliza 4 extremidades.

Con la anamnesis y el examen físico se plantean los siguientes diagnósticos: 1) Síndrome doloroso abdominal 2) Cólico nefrítico. El plan de trabajo fue calmar el dolor con hioscina 20 mg, 2 ampollas; y metamizol 1g, 2 ampollas en un cloruro de 100 cc endovenoso. Posterior a la aplicación del tratamiento reevaluación.

A pesar del tratamiento establecido el paciente refiere persistencia del dolor por lo que se le administra tramadol 50 mg subcutáneo y la indicación de petidina con suero fisiológico a 5 cc condicional a dolor intenso. Una hora post administración del último tratamiento el paciente refiere mejoría de síntomas por lo que se le da el alta de urgencias con indicación que acuda a consulta externa por el servicio de Urología.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El desarrollo del Internado Médico tuvo una duración de 10 meses que comprende el periodo del 1 de abril de 2023 al 31 de enero de 2024. Durante esta etapa formativa, cuatro fueron las especialidades con un peso importante, siendo desempeñadas en dos hospitales nacionales en un periodo de ocho meses.

Dos de estas especialidades, Pediatría y Ginecología, se desarrollaron en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (HNDMNSB). El nosocomio mencionado fue fundado por el fray Bartolomé de Vadillo, donde en sus inicios atendía exclusivamente a población negra, fue destruido en dos oportunidades y la actual edificación se realizó en 1756; posterior a dicha fecha pasó a ser un hospital militar dependiendo del ejército nacional; en 1858, las hermanas de la Caridad de San Vicente Paul se incorporan con funciones administrativas y de servicio; para que en 1958 sea un nosocomio materno infantil; y se encuentra en la Avenida Alfonso Ugarte 285 en el distrito de Lima (1). Este hospital presenta dos departamentos importantes; el de Pediatría, que a su vez se divide en los servicios de neonatología, lactantes, niños, adolescentes y de especialidades pediátricas; y el de Gineco – Obstetricia, que se divide en los servicios de medicina materno fetal, ginecología, reproducción humana, ginecoobstetricia de la adolescente, gineco oncología y obstetricia. También, cuenta con los departamentos de cirugía pediátrica, odontoestomatología, emergencia y cuidados críticos, anestesiología y centro quirúrgico, de apoyo al tratamiento, de ayuda al diagnóstico y de enfermería; debido a los servicios y especialidades que ofrece, es que este nosocomio pertenece a la categoría III -1 (2). Su misión principal es brindar atención de manera especializada e integral tanto a la salud sexual y reproductiva de la mujer, como al paciente pediátrico en sus diversas etapas de vida (1).

En el departamento de Ginecología, se tuvo desempeño en los servicios de gineco – obstetricia donde la función era la toma de funciones vitales de las gestantes, puérperas y pacientes ginecológicas, conocer los casos y apoyar

tanto a los médicos residentes y asistentes para la actualización de la evolución de las mencionadas; en el servicio de centro obstétrico, el interno cumplía la función de monitorización del trabajo de parto de la gestante y comunicación de alguna intercurencia; y en el servicio de emergencia, el objetivo final fue de determinar si la gestante se encontraba en trabajo de parto o en alguna condición de riesgo para la gestación.

En caso del departamento de Pediatría, el interno de medicina se desempeñó en los servicios de Neonatología, donde la función principal era realizar una adecuada atención inmediata y evaluación del recién nacido en sus primeras 72 horas de vida; en el de hospitalización de pediatría, uno tenía la responsabilidad de evolucionar a los pacientes, informar al médico asistente de dicha evolución y de alguna intercurencia, además de realizar labores administrativas de llenado de referencias para exámenes de laboratorio o solicitud de interconsultas para atención por otras especialidades con las cuales el hospital no contaba; en el servicio de Emergencia, el objetivo final fue de reconocer una emergencia y su respectivo plan a seguir.

Las otras dos especialidades, Cirugía y Medicina, se llevaron a cabo en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa (HEJCU); dicho nosocomio fue resultado de una fusión entre el antiguo puesto central ubicado en la avenida Grau (1945) y la asistencia pública de Miraflores (1955), esta fusión surge como necesidad debido a un aumento de la demanda de pacientes en la asistencia pública de ese entonces. El hospital se ubica en avenida Roosevelt 6355 en el distrito de Miraflores; y cuenta con los departamentos de medicina, cirugía, traumatología, neurocirugía, anestesiología, enfermería, patología clínica, diagnóstico por imagen, farmacia, servicio social y nutrición. Debido a los servicios que ofrece, se clasifica como un hospital nivel III – 1 y su misión principal es la de atender a la población en situación de emergencia y urgencia tanto médica como quirúrgica intra y extrahospitalaria (3)(4).

Dentro de la rotación por la especialidad de Cirugía, la función del interno se vio desenvuelto en los siguientes servicios: el mismo servicio de cirugía, donde las rotaciones tomaron parte a nivel de hospitalización con la labor de evolucionar pacientes, realizar curaciones y mantener actualizados a los

médicos asistentes sobre evolución de los pacientes; a nivel de Emergencia y tópicos de cirugía, el objetivo final fue de saber manejar casos de pacientes policontusos, saber detectar casos de carácter quirúrgico y realizar procedimientos como suturas y curación de heridas; y a nivel de los servicios de traumatología, neurocirugía y anestesiología, la finalidad de la rotación era conocer las patologías principales y manejo de cada especialidad.

Finalmente, durante la rotación por la especialidad de Medicina, uno como interno tuvo un desempeño en el servicio de Hospitalización, donde se tenía la actividad de evolucionar, realizar seguimiento del estado del paciente y comunicar el progreso del mismo a los médicos asistentes; en el servicio de Observación, la finalidad fue de conocer el manejo de estabilización del paciente; mientras que en el servicio de Emergencia, el objetivo final fue de reconocer una emergencia y saber el manejo oportuno.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1 Rotación en Pediatría

Caso clínico n°1 - Dengue

El dengue es una enfermedad infecciosa causada por el virus del dengue mediante la picadura de los mosquitos hembra del género Aedes; este virus presenta cuatro serotipos, cuando la persona es infectada por uno de los serotipos puede obtener inmunidad contra este mismo a largo plazo; sin embargo, para el resto de los serotipos puede llegar a tener una protección de manera temporal o parcial por lo que la persona puede infectar y enfermarse en varias oportunidades (5).

Esta enfermedad es una de las más importantes a nivel epidemiológico, ya que se ha visto un impacto a nivel de morbimortalidad. Se ha reportado una epidemia reciente en el 2019 con 3.1 millones de casos que se ha extendido hasta el 2020. Según la sala situacional, los casos reportados a nivel nacional desde el 2020 hasta el 2024 ha habido un aumento, siendo su incidencia de 12.52 % en el 2020, 25.07 % en el 2023 y 38.14 % en 2024. En los dos últimos años la forma clínica principal que se ha presentado ha sido la de dengue sin signos de alarma, seguida de la forma con signos de alarma. En cuanto al departamento más afectado, en primer lugar, está Piura, seguido de la Libertad, Ica y San Martín, mientras que Lima se encuentra en el puesto 11. En cuanto al grupo etario más afectado, se encuentran los adultos con un 36.6 %, seguido de la población joven con un 23.3 %, y niños con un 17.4 %; mientras que la letalidad ha sido mayor en la población adulta mayor. (6)

Como se comentó, su transmisibilidad se da mediante la picadura de un zancudo, este mosquito se infecta por los enfermos en el periodo febril de la enfermedad, y tiene la propiedad de infectar a los 8 a 12 días posteriores de haberse alimentado con la sangre infectada hasta culminar su periodo de vida que se estima en 45 días. Las fases o periodos de esta enfermedad se dividen en tres: la fase febril, que suele durar de 2 a 7 días acompañándose de dolor osteomuscular, artralgia, dolor retro ocular y cefalea; la fase crítica, es cuando hay una caída de la fiebre y aquí el paciente puede evolucionar de manera favorable o agravar los síntomas, donde aparecerían los signos de alarma

llegando a un estado de *shock*; y la fase de recuperación, donde hay una mejoría del paciente con una duración de 48 a 72 horas posterior a la fase febril (5).

Para esta infección, se describen tres grupos: el primero que no presenta signos de alarma, solo un síndrome febril y pasan a un estado de convalecencia sin alguna complicación; el segundo, que presenta signos de alarma, como el dolor abdominal intenso, vómitos persistentes, acumulación de líquido (derrame pleural, ascitis, derrame pericárdico), sangrado activo (epistaxis, hematemesis, melena, hematuria), alteración del estado de conciencia, hepatomegalia o aumento del hematocrito; y el tercero, su forma grave, donde llega al shock por extravasación del plasma, sangrado profuso o afectación de órganos (5).

El manejo va a depender del grupo en el que se encuentre el enfermo, si es una forma sin signos de alarma el manejo es ambulatorio con vigilancia diaria para determinar la evolución de la enfermedad y detectar tempranamente los signos de alarma; si es la forma con signos de alarma, su manejo es por hospitalización, se debe solicitar un hemograma completo previa hidratación y realizar dicha hidratación con soluciones isotónicas como suero fisiológico o lactato ringer iniciando a 10 ml/kg en una hora, además de monitorizar signos vitales, posterior al manejo reevaluar, si en caso persistieran los signos de alarma se repite la carga de hidratación de 1 a 2 veces más, si posterior a ello hay mejoría se reduce el volumen de 5 – 7 ml/kg/h por 2 a 4 horas, si persiste mejoría se reduce el volumen a 3 – 5 ml/kg/h de 2 a 4 horas y luego continuar con un volumen de mantenimiento; mientras que si hay deterioro de síntomas o se encuentra en la forma grave se realiza un manejo de un paciente en shock (5)(7).

Relacionando con el caso clínico presentado, el paciente presentaba la forma clínica con signos de alarma por lo que se le hospitalizó, se siguieron las pautas de las guías para manejo de dengue, solicitándose los exámenes pertinentes e iniciando la hidratación endovenosa. En la evolución del paciente al haber mejoría de síntomas, se fue reduciendo el volumen de hidratación e iniciando la tolerancia oral, se le dio el alta a los 7 días de

hospitalizado con los criterios de ausencia de fiebre mayor a 48 horas, mejoría de la clínica, aumento de plaquetas y un hematocrito estable sin hidratación endovenosa (7).

Caso Clínico n°2 – Enfermedad Mano – Pie - Boca

La enfermedad mano – pie – boca es una enfermedad infecciosa viral exantemática que suele afectar comúnmente a la población infantil, pero también a adultos. La etiología de esta enfermedad es dada por el virus coxsackie A tipo 16 y el enterovirus A71 (8).

La propagación de este virus se da mediante la ingesta oral del virus diseminado, ya sea por el tracto gastrointestinal o vías respiratorias superiores de huésped infectado o por la secreción oral o de las vesículas. Los pacientes suelen infectar en la primera semana del contagio con un tiempo de incubación de tres a seis días; luego de la ingesta el virus se replica a nivel del tejido linfóide de la zona distal del intestino y la faringe para luego diseminarse por los ganglios linfáticos. La presentación de esta enfermedad se suele dar en los meses de estaciones cálidas en el año, además que aumentan los casos en las zonas más húmedas de las áreas tropicales (8)(9).

La presentación clínica de esta enfermedad suele comenzar con cuadro prodrómico, donde se puede presentar febrícula, anorexia, malestar general, dolor abdominal, sequedad de mucosas o tos. Posterior a esta sintomatología, presenta la afectación oral mediante aparición de máculas eritematosas que luego se transforman en vesículas con base eritematosa y estas pueden aparecer en el paladar, encías o lengua que se suelen resolver en 5 – 7 días. También se presentan lesiones cutáneas tipo vesiculares que aparecen en dorso de las manos, pies y glúteos, en este caso las lesiones suelen resolverse en 5 – 10 días. Estas lesiones se suelen acompañar por los mismos síntomas prodrómicos; sin embargo, también se pueden presentar con fiebre alta, artralgias y linfadenopatías, además de complicaciones como miocarditis, neumonía, meningoencefalitis o llegar a la muerte (8)(10).

Debido a que la mayoría de la presentación clínica de esta enfermedad es leve y se resuelve en un lapso de 7 – 10 días, el manejo de la enfermedad es principalmente sintomático. Tanto el dolor como la fiebre pueden ser tratada

con analgésicos y antipiréticos como AINEs o paracetamol, además de mantener una buena hidratación en el paciente. Para las lesiones orales se puede utilizar una mezcla de ibuprofeno y difenhidramina líquida mediante gárgaras (8).

En el caso clínico presentado, podemos correlacionar que el paciente presentó el cuadro clínico prodrómico de fiebre, malestar general y dolor abdominal, posterior a ello empezó a presentar las típicas lesiones vesiculares a nivel oral y cutáneo. Por descarte de diagnósticos diferenciales, se realizaron las interconsultas pertinentes llegando al diagnóstico de mano – pie – boca y manejando al paciente de manera sintomática.

III.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n°1 - Amenaza de Parto Pretérmino – Infección del Tracto Urinario

La amenaza de parto pretérmino hace referencia a la presencia de contracciones uterinas de manera regular que se asocia a cambios cervicales progresivos como dilatación y borramiento del cérvix (11).

Esta condición tiene una etiología multifactorial; sin embargo, dentro de las causas principales encontramos a tres grupos; de causa iatrogénica que se da por indicación médica ya sea por alguna patología materna que pueda impedir el avance de la gestación; secundario a una ruptura de membrana (RPM) o de causa idiopática. De igual manera existen factores de riesgos que pueden precipitar esta condición como antecedentes de pérdidas gestacionales, embarazo múltiple, RPM, polihidramnios, hemorragia anteparto, infección del tracto urinario o infección materna severa; o factores maternos como hipertensión arterial, diabetes *mellitus*, trombofilias o infecciones transplacentarias (11)(12).

El diagnóstico de esta condición se da mediante los siguientes parámetros: que se encuentre entre las 20 y 37 semanas de gestación, presencia de contracciones uterinas al menos 4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos, que exista

cambios cervicales como una dilatación ≥ 2 cm o un borramiento > 80 % (11)(12).

Dentro del tratamiento según nuevas actualizaciones tanto el reposo en cama como la hidratación no han demostrado una disminución en la frecuencia de nacimientos pretérminos; sin embargo, en la guía del Minsa establece como tratamiento hidratación vía endovenosa rápida con suero fisiológico al 0.9% x 1000ml, iniciando 500ml por goteo rápido y continuar 50 gotas por minuto. Como medidas generales, en caso de que paciente sea una gestante con dinámica uterina, pero con cambios cervicales leves, la indicación principal es la observación y una nueva evaluación posterior para constatar si hay alguna evolución ya sea en la dilatación o el borramiento (13).

El uso de tocólisis se establece en caso sea necesario aplicar un ciclo de corticoides para lograr la maduración pulmonar, lo cual va de la mano en la edad gestacional que presenta la paciente, que su uso abarca el periodo de 24 a 34 semanas. Una vez estabilizada la paciente es importante identificar y corregir el factor causal de la amenaza de parto pretérmino, para ello se debe solicitar exámenes auxiliares como hemograma, examen de orina, urocultivo, PCR; además de realizar un monitoreo materno fetal y perfil biofísico fetal. (11)(12)(13)

En caso de la infección del tracto urinario (ITU), es una de las complicaciones más frecuentes durante la gestación y puede repercutir en la salud materna y en la evolución de la gestación. Se establece el diagnóstico de ITU cuando existe una bacteriuria significativa de >100.000 unidades formadores de colonias en orina recogida por una micción espontánea (14).

Esta enfermedad se puede presentar en tres formas: como bacteriuria asintomática, donde existe presencia de bacterias en la orina de la gestante sin presentar síntomas clínicos; también está la cistitis, donde se presenta un cuadro clínico miccional como disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, dolor retro o suprapúbico, su diagnóstico se basa en la clínica mencionada pero ausencia de sintomatología del tracto urinario superior, además de un sedimento urinario con leucocituria que consisten en >10 leucocitos en cámara o 3 – 5 leucocitos por campo o un urocultivo positivo; y la otra forma es la pielonefritis,

que se manifiesta con alteración del estado general, fiebre, dolor lumbar intenso y constante (14).

El tratamiento de la ITU gestacional se debe iniciar con antibiótico de manera empírica previo a toma y resultado de urocultivo con el fin de evitar la extensión de la infección. La duración del tratamiento ya sea para bacteriuria asintomática o cistitis es de 7 a 10 días y se puede dar de manera ambulatoria; sin embargo, en el caso de la pielonefritis se debe dar el tratamiento por 14 días y hospitalizar a la paciente debido a que la vía de administración en este caso es endovenosa. Y como control de la enfermedad se indica un urocultivo 1 – 2 semanas posterior al término del tratamiento (14)(15).

Correlacionándolo con el caso clínico presentado, se tuvo a una paciente con amenaza de parto pretérmino, puesto que presentaba dinámica uterina y con leves cambios cervicales encontrándose dentro del rango de edad gestacional para considerarlo como parto pretérmino; se siguió el protocolo establecido por el MINSA y por la normativa del hospital; además de encontrar la causa de dicha condición que fue por una infección del tracto urinario siendo diagnosticado por un examen de orina y urocultivo positivo, administrando el tratamiento antibiótico inmediato y dando de alta a la paciente una vez evidenciado la remisión de la dinámica uterina y no presentando progresión de los cambios cervicales.

Caso clínico n°2 - Trabajo de parto

El trabajo de parto es un proceso fisiológico que se da en las últimas horas del embarazo que se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas de gran magnitud que van a favorecer a la dilatación del cuello uterino y permiten que el feto descienda a través del canal del parto (16).

Como tal el trabajo de parto es la tercera fase del parto en sí, siendo considerado como el parto activo, y esta fase se divide en 3 etapas. La primera etapa, también denominada “borramiento y dilatación cervical”, se da cuando las contracciones uterinas son regulares, con una frecuencia, intensidad y duración capaces de provocar el cambio cervical llegando a estar adelgazado, completamente dilatado (10 cm) para poder permitir el pase del feto. A esta

primera etapa la podemos subdividir en 2, la fase latente, donde la gestante percibe las contracciones y concluye cuando el cérvix alcanza los 3 – 5cm de dilatación, hay que tener en cuenta que se va a considerar una fase latente prolongada cuando su duración supera las 20 horas en nulíparas y 14 horas en multíparas, por lo que se deben tomar otras medidas como la maduración cervical e inducción del parto; y la fase activa, cuando la dilatación cervical está entre los 4 – 6cm y revelan una progresión rápida (16).

La segunda etapa comprende desde la dilatación cervical completada hasta el mismo parto donde se da la expulsión fetal, su duración va de 50 minutos en nulíparas y 20 en multíparas, aunque puede ser variable. Y la tercera etapa comprende después del parto hasta la expulsión completa de la placenta (16).

El manejo del trabajo de parto en cualquier nosocomio debe comenzar con una evaluación inicial, registrando las funciones vitales de la gestante (presión arterial, frecuencia cardiaca, respiratoria, temperatura), de igual forma constatar el estado del feto mediante la evaluación del ritmo cardiaco fetal por ecografía, eco Doppler o fetoscopia. Así mismo, es importante identificar o conocer los problemas que haya podido presentar o presente la gestante que debe estar registrado en su cartilla de atención prenatal. Posterior a ello se realiza una evaluación cervical donde se constata el cambio cervical que presenta la gestante para poder establecer en la etapa del trabajo de parto en la que se encuentra; para luego pasar a solicitar los exámenes de laboratorio como hemograma, grupo y factor, exámenes serológicos principalmente, además de examen de orina, urea, creatinina y glucosa (16).

Si la paciente cumple con los criterios de hospitalización, el manejo del trabajo de parto se da en el monitoreo materno fetal; para el monitoreo fetal se puede realizar un monitoreo intraparto mediante el control de la frecuencia cardiaca fetal y la evolución de las contracciones y sus características; para el monitoreo materno, se debe evaluar las funciones vitales al menos cada 4 horas si aún se encuentra en fase latente, si está en fase activa cada 15 a 30 minutos. En caso se encuentre en fase activa (dilatación \geq 4cm) se debe iniciar el registro en el partograma y trazar la curva de alerta (16)(17).

Una vez que está en la segunda fase del parto, cuando presenta una dilatación completa, se traslada a la paciente a un ambiente denominado sala de parto para que comience a pujar. En esta etapa, se empieza a notar la salida de la cabeza, donde por cada contracción al ejercer fuerza sobre el feto para su expulsión, se va a presenciar la dilatación de la abertura vulvovaginal por la cabeza del feto, debido a la fuerza el perineo se adelgaza y puede lacerarse, por lo que el personal de salud encargado del manejo del trabajo de parto puede usar una mano para sostener el perineo con el fin de evitar el desgarro, y con la otra guía y controla la cabeza del feto para sacar el diámetro más pequeño de la cabeza por el introito. Luego de la salida de la cabeza fetal, se debe pasar un dedo a través del cuello del feto para determinar si está rodeado por el cordón umbilical y poder soltarlo deslizando sobre la cabeza; luego la cabeza caerá en posición posterior por lo que se hará una tracción suave hacia abajo para facilitar el descenso del hombro anterior, una vez haya salido se realiza una tracción hacia arriba para sacar el hombro posterior, el resto del cuerpo sale con normalidad y así completar la expulsión total del feto (16).

Por último, se tiene la expulsión de la placenta que se da inmediatamente después del nacimiento, se tiene un manejo pasivo, donde se debe esperar los signos de separación de la placenta y que esta salga de manera espontánea o por gravedad; sin embargo, en la mayoría de nosocomios se aplica el manejo activo mediante la administración de oxitocina 10 UI endovenoso o intramuscular, y se realiza la maniobra de Brandt Andrews mediante una tracción y contracción controlada del cordón, una vez expulsada la placenta se revisan las membranas y cotiledones con el fin de determinar que no se hayan adherido al útero. Posterior a ello, se realiza el masaje bimanual externo en el abdomen para mantener la tonicidad y contracción del útero con el fin de evitar hemorragias postparto (16).

Una vez terminado todo el trabajo de parto, se traslada a la paciente en un ambiente para monitorización cada 30 minutos por dos horas, donde se constatarán las funciones vitales de la puérpera y verificará la tonicidad del útero y si existe alguna manifestación de hemorragia posparto (16).

En el caso clínico presentado, se tuvo a una gestante de 37 semanas 3/7 días con un periodo de fase latente prolongado, dentro de la causa identificable de esta condición fue el lento progreso de cambio cervical por lo que previo a inducción del parto con oxitocina, se decidió madurar el cérvix con misoprostol. Un método para definir el uso de la maduración cervical está el método de Bishop, donde se toma en consideración la posición del cérvix, la consistencia, su longitud, borramiento y dilatación, una puntuación ≤ 6 nos indica un cérvix desfavorable y el uso de misoprostol. Posterior a la administración del fármaco se realizó reevaluación con tacto vaginal y obteniendo un bishop >6 se procedió a realizar la inducción del parto con oxitocina por no progresión de dinámica uterina, pero con cambios cervicales favorables (18)(19).

Finalmente, se realizó un manejo del trabajo de parto sin complicaciones, con un manejo de alumbramiento o expulsión de placenta de manera activa y un monitoreo por 2 horas post trabajo de parto, y dando de alta a la puérpera a las 48 horas.

III.3 Rotación en Cirugía

Caso clínico n.º 1 - Colecistitis aguda calculosa

La colecistitis aguda es un cuadro clínico – quirúrgico, donde existe una inflamación de la vesícula biliar. Este proceso inflamatorio se debe a la obstrucción del conducto cístico o del bacinete que en su mayoría es causado por la presencia de cálculos enclavados. En este cuadro, existe un edema y engrosamiento de la pared vesicular, distensión de la vesícula y aumento de la vascularización llegando a la ingurgitación venosa (20).

La mayoría de los pacientes con cálculos biliares no presentan sintomatología; sin embargo, estos son diagnosticados de manera incidental. En el caso de los pacientes sintomáticos, la clínica que se va a expresar es mediante la presencia de dispepsia o intolerancia a las grasas, cólico vesicular el cual es un dolor abdominal tipo cólico a nivel de epigastrio o hipocondrio derecho que se suele irradiar a la espalda o a nivel de la escápula derecha y está relacionada con la ingesta copiosa de grasas; si el proceso inflamatorio se

generaliza puede acompañarse de anorexia, náuseas, vómitos o fiebre (20)(21).

El diagnóstico de este cuadro se va a dar mediante la exploración física, exámenes de laboratorio y pruebas de imagen

Al examen físico, se puede evidenciar que a la palpación del hipocondrio derecho existe una hipertonía muscular por hipersensibilidad y defensa; además que, en la sospecha de un dolor vesicular, a la exploración se realiza la maniobra de Murphy, donde es positivo cuando hay un aumento de dolor con la inspiración y realizando una ligera presión sobre la localización de la vesícula (20).

Para los exámenes de laboratorio se solicitan bilirrubina total y fraccionada, amilasa, lipasa, perfil hepático y hemograma. Mientras que, para las pruebas de imagen, de elección se pide una ecografía abdominal y en caso de duda diagnóstica se puede solicitar una tomografía (20)(22).

De igual forma una manera de apoyo para determinar una sospecha o establecer el diagnóstico, se tienen los criterios diagnósticos de Tokyo. Estos criterios se dividen en tres parámetros, el primero donde hace referencia a la presencia de signos locales de inflamación como la presencia de signos de Murphy positivo o presencia de masa, dolor o molestias a nivel de hipocondrio derecho; la segunda, donde exista signos de inflamación sistémica como presencia de fiebre, aumento de niveles de PCR o leucocitosis; y la tercera, donde existan hallazgos radiológicos característicos de una colecistitis como Murphy ecográfico, engrosamiento de la pared vesicular, imagen en “capas de cebolla”, edema de la pared, presencia de barro biliar, colección pericolecística o distensión vesicular. Se sospecha de un cuadro de colecistitis aguda cuando presenta un criterio del primer y segundo parámetro; y se considera un diagnóstico definitivo cuando presenta un criterio de los tres parámetros (22)(23).

El manejo inicial en los pacientes ya diagnosticados se da mediante el soporte general, de igual forma establecer el grado de severidad del cuadro mediante los criterios de severidad de Tokyo, donde un grado leve no va a reunir los

criterios de los grados moderados o severos; un grado moderado se establece por leucocitos >18 mil, masa dolorosa palpable a nivel de cuadrante superior derecho, que presente síntomas > 72 horas o que presente una marcada inflamación local; y un grado severo es cuando hay disfunción multiorgánica. Tanto los pacientes con colecistitis aguda leve o moderada son candidatos para una colecistectomía laparoscópica (22)(23).

El tratamiento preoperatorio, como tal, es la administración ya sea endovenoso o intramuscular de antiespasmódicos como hioscina, hidratación endovenosa, profilaxis antibiótica con cefazolina 2g 30 minutos antes de la operación, inhibidores de bomba de protones como omeprazol y evaluación preoperatoria. El manejo quirúrgico puede tener dos alternativas, la primera en caso sean cálculos < 1cm, se puede realizar una esfinterotomía laparoscópica con la finalidad de extraer los cálculos o realizar la colecistectomía convencional vía laparoscópica con una colocación posterior de dren Kher; en caso de que los cálculos sean >1cm o estén a nivel intrahepático se realiza una colecistectomía abierta. El manejo postoperatorio se basa en la administración de antibióticos como cefalosporina de 3ra generación como ceftriaxona 1 – 2g endovenoso cada 12 – 24h o ciprofloxacino 200 – 400 mg endovenoso cada 12 horas, antiespasmódicos como hioscina 20 mg endovenoso cada 8 horas, analgésicos como ketoprofeno 100 mg o metamizol 2.5 gr endovenoso cada 8 horas y protector gástrico como omeprazol 40 mg endovenoso cada 24 horas. El alta se hará efectivo en día 2 – 3 posoperatorio en caso de una colecistectomía laparoscópica y en el día 5 – 7 postoperatorio en caso de una colecistectomía convencional (21).

En el caso clínico presentado, la paciente presentó una clínica compatible a una patología biliar, con un examen físico positivo para sospechar de una colecistitis aguda. Siguiendo los criterios diagnósticos de Tokyo, la paciente cumplía con los 3 parámetros por los que se estableció el diagnóstico y el manejo de elección fue una intervención quirúrgica de una colecistectomía laparoscópica, con un manejo médico ya establecido por las guías del hospital y con una evolución favorable por lo que fue dada de alta al 4to día postoperatorio.

Caso clínico n°2 - Apendicitis aguda complicada

La apendicitis aguda es una de las emergencias quirúrgicas abdominales más comunes en el mundo y ocurre mayormente entre la segunda y tercera década de la vida y el riesgo de que se presente en la población es de un promedio de 16 % (24).

Esta condición se debe a un proceso inflamatorio a nivel del apéndice cecal por obstrucción del lumen o luz apendicular que conlleva a un aumento de presión a nivel intraluminal debido al acumulo de moco que se asocia a la poca elasticidad de la serosa, por su localización y contenido va a condicionar la proliferación de bacterias y también se genera un compromiso a nivel de irrigación vascular que se puede desencadenar en una necrosis de la pared y llegar a una perforación. La etiología más común es la presencia de fecalitos, existiendo otras causas como hiperplasia linfoide, presencia de parásitos, cuerpos extraños, restos alimentarios o por tumoraciones (24)(25).

Su manifestación clínica puede ir de síntomas leves hasta presentar un cuadro de peritonitis generalizada. Esta enfermedad tiene una manifestación clínica cronológica con una evolución que va de 24 a 48 horas o llegar hasta los cinco días, inicia con dolor abdominal a nivel de epigastrio o central del abdomen que luego migra hacia el cuadrante inferior derecho, este se acompaña de hipo o anorexia, náuseas, vómitos y en ocasiones de fiebre; también, se puede asociar con deposiciones líquidas lo que lo puede llevar a confundir con un cuadro de gastroenteritis (24)(25)(26).

Al examen físico, se puede encontrar al paciente con fiebre, taquicardia o taquipnea, a la palpación del abdomen se puede encontrar sensibilidad a nivel del cuadrante inferior derecho lo cual se explica por un progreso de la inflamación e involucramiento del peritoneo parietal. Durante esta evaluación, el punto doloroso a tener en cuenta es el de McBurney, el cual se localiza a 2/3 del ombligo en una línea imaginaria que va del ombligo a la espina iliaca superior derecha, si además de ese punto doloroso, encontramos defensa muscular nos podría estar indicando la presencia de peritonitis. Existen otros puntos dolorosos a evaluar en el paciente como el de Blumberg, donde hay dolor a la descompresión de manera brusca en la fosa iliaca derecha (FID); el

signo de Rovsing, donde al realizar palpación a nivel de fosa iliaca izquierda el paciente refiere dolor a nivel contralateral; el signo de psoas, donde existe dolor en FID por extensión de la cadera ipsilateral; o el signo del obturador, donde se produce dolor en FID por flexión y rotación interna de la cadera derecha (24).

Este cuadro podemos dividirlo en dos presentaciones: en una apendicitis aguda no complicada, la cual se va a presentar con los síntomas ya mencionados y los signos presentes a la exploración física; y la otra presentación es en su forma complicada, cuando existe una peritonitis localizada donde se presentará fiebre $\geq 38^\circ$, taquicardia, hipersensibilidad y signos de defensa muscular a nivel de cuadrante inferior derecho, o cuando esta peritonitis es generalizada, cuando se presenta el típico abdomen en tabla, fiebre alta y no hay tolerancia al decúbito (27).

El diagnóstico como tal es netamente clínico; sin embargo, también se puede usar como apoyo los exámenes de laboratorio como un hemograma donde podemos encontrar leucocitosis con desviación a la izquierda; de igual forma con examen de imágenes como la ecografía que si bien nos puede detectar inflamación del apéndice, también es operador dependiente, por lo que el examen de imagen de elección ya que nos permite un diagnóstico más preciso (24).

Una forma que también ayuda al personal de salud a definir el diagnóstico y por ende el tratamiento es el uso de sistema o escalas diagnósticas, siendo el más usado la escala de Alvarado. Esta escala toma en cuenta los síntomas como el dolor migratorio a fosa iliaca derecha, presencia de náuseas, vómitos o anorexia; los signos, como dolor a nivel de FID, rebote en FID, temperatura elevada; y laboratorio como la presencia de leucocitosis. De estos parámetros se obtienen un puntaje, si se tiene de 0 a 3 puntos nos indica un bajo riesgo para apendicitis; si se tiene de 4 a 6 puntos es indicación de hospitalización, si a la reevaluación en 12 horas persiste el mismo puntaje es indicación de intervención quirúrgica; y en caso se obtenga un puntaje de 7 a 9 es indicación de apendicectomía (24)(25)(26).

El tratamiento es principalmente quirúrgico. En el manejo preoperatorio se indica restricción de cualquier ingesta vía oral (NPO), hidratación endovenosa con suero fisiológico hasta dos frascos de un litro, uso de antibioticoprofilaxis 30 a 60 minutos previo a la intervención, uso de analgésicos o antiespasmódicos solo cuando el diagnóstico ya está establecido y hay indicación quirúrgica, y los análisis preoperatorios. El manejo quirúrgico como tal se puede optar por una técnica laparoscópica tanto en su forma no complicada o complicada; sin embargo, si existe compromiso de la estabilidad del paciente se opta por una técnica abierta. En el caso de las apendicitis agudas complicadas además de la apendicectomía, se debe realizar un drenaje percutáneo (27).

En el manejo postoperatorio para la apendicitis no complicada se mantiene la hidratación parenteral, NPO por 6 a 12 horas, para posterior prueba de tolerancia oral inicialmente con líquidos y posterior dieta blanda, la antibioticoterapia se debe suspender hasta máximo las 24 horas posoperatorio y una deambulación precoz. En caso de las apendicitis complicadas, se mantiene de igual forma la hidratación parenteral, inicio de tolerancia oral cuando se hayan resuelto los signos de íleo u obstrucción, no haya vómitos o distensión abdominal y haya eliminación de flatos, movilización del dren en el primer día posoperatorio hasta su retiro en el tercer o cuarto día y continuar con la antibioticoterapia por siete a 10 días (27).

El alta se establece a las 24 a 48 horas en el caso de las apendicitis no complicadas; mientras que en las complicadas el alta se da a los cinco a siete días postoperatorios, afebril, con tolerancia oral, sin complicaciones en la herida operatoria y sin dren (27).

En el caso clínico presentado, la paciente presentaba una clínica cronológica y típica a un cuadro de apendicitis aguda, con un dolor abdominal de inicio en epigastrio que progresó hacia FID, además de asociarse a hiporexia, náuseas, vómitos y sensación de alza térmica. Al examen físico, tiene un signo positivo concordante al de apendicitis el cual es un McBurney positivo; junto con los exámenes de laboratorio presentando una leucocitosis y un examen ecográfico compatible con la presencia de un apéndice inflamado. Si usamos

la escala de Alvarado, la paciente presentaría ocho puntos, por lo que su indicación médica es realizar una intervención quirúrgica como se ha propuesto. Por los hallazgos operatorios, se estableció que la forma de la apendicitis fue complicada por lo que se dejaron los drenes. A su evolución fue favorable, tolerando la vía oral, retirando uno de los drenes, sin complicaciones posoperatorias y continuando el tratamiento antibiótico, dándole el alta al cuarto día.

III.4 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 1 - Tromboembolia pulmonar

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es parte de las enfermedades tromboembólicas venosas, este se posiciona como uno de los síndromes cardiovasculares agudos más frecuente siguiendo al infarto agudo de miocardio y los accidentes cerebrovasculares. Esta enfermedad se debe a una oclusión por trombos de manera súbita ya sea de una o más arterias o arteriolas pulmonares que se han formado en las cavidades derechas del corazón o en la circulación venosa y que llegan a migrar hacia el pulmón (28). Los factores de riesgo para que se desencadene esta enfermedad están relacionados con la triada de Virchow (estasis venosa, hipercoagulabilidad sanguínea y lesión a nivel de pared vascular). Aquí encontramos a factores de riesgo leve, como el reposo en cama >3 días, diabetes, hipertensión, inmovilidad por viaje prolongado en coche o avión, edad, obesidad, embarazo o presencia de varices; como factores de riesgo moderado, cirugía a nivel de articulaciones en miembro inferior, enfermedades autoinmunes, vías venosas centrales o catéteres endovenosos, insuficiencia cardíaca o respiratoria o trombosis venosa profunda (TVP); y factores de riesgo fuerte, como fractura de extremidades inferiores, antecedente de hospitalización por insuficiencia cardíaca o fibrilación auricular, reemplazo de cadera o rodilla o embolia venosa previa (29).

La clínica como tal varía y depende del tamaño de la obstrucción y localización de los émbolos, la edad y la estabilidad hemodinámica previa del paciente. Los síntomas que se presentan son: disnea súbita o con una evolución rápida,

dolor torácico tipo opresivo o pleurítico, acompañado de tos, taquipnea, taquicardia, puede estar presente galope o reforzamiento del segundo ruido cardiaco; en menor frecuencia, también se puede presentar hemoptisis, edema en miembros inferiores, signos de trombosis venosa profunda, síncope o palpitaciones (28).

Debido a que la presentación clínica es inespecífica, existen scores de predicción clínica, siendo la más utilizada la escala de Wells, donde toma en cuenta los factores predisponentes como antecedente de TVP o TEP previo, cirugía reciente o inmovilización o cáncer; síntomas como hemoptisis; signos clínicos como frecuencia cardiaca >100 lpm o signos clínicos de TVP; y uso de juicio clínico. Si se tiene un puntaje de cero a cuatro puntos, nos indica un episodio de TEP improbable; mientras que si se tiene un puntaje >4 puntos, indica un TEP probable. Si existe un riesgo alto de TEP, se procede a la toma del Dímero D, esto se debe a que su concentración en plasma se encuentra elevada en la trombosis aguda, la toma de este examen tiene la finalidad de descartar otras patologías (30).

También tenemos a la angiotomografía de tórax, un método de elección para visualizar la vasculatura pulmonar, lo que nos ayuda a confirmar el diagnóstico. Como exámenes complementarios podemos optar por una ecocardiografía para identificar dilatación del ventrículo derecho y con ello estratificar el riesgo de la enfermedad. Dentro de los exámenes de laboratorio se debe solicitar examen de gases arteriales, con la finalidad de conocer el estado del medio interno y determinar si necesita de apoyo oxigenatorio; hemograma completo, perfil de coagulación con el fin de valorar el tipo de anticoagulación que se va a administrar y evaluar el riesgo de sangrado; troponinas y péptido natriurético con la finalidad de evaluar alguna disfunción ventricular (28)(30)(31).

El manejo de esta enfermedad se basa en soporte respiratorio, si es que el paciente lo necesita; soporte hemodinámico, en caso el paciente presente hipotensión o falla ventricular derecha. De igual forma, la anticoagulación es el pilar importante del tratamiento, se inicia con anticoagulantes parenterales como la heparina no fraccionada (HNF) o de bajo peso molecular (HBPM); se

prefiere el uso de HPBM debido a que no necesita de un monitoreo estricto. Sin embargo, se inicia el tratamiento con HNF como la enoxaparina en un bolo de 80 UI/Kg o 5.000 UI, seguido de una infusión endovenosa de 18 U/Kg/h, este debe ser mantenido por cinco a siete días con el fin de conseguir 1.5 a 2 veces el tiempo control de TTPa. Posterior a la estabilización inicial, se recomienda que la duración del tratamiento anticoagulante sea de tres meses y en caso exista una recurrencia extenderlo hasta un año, este tratamiento se realiza con anticoagulantes no dependientes de la vitamina K como el apixaban, dabigatran o rivaroxabán (28)(29).

En el caso clínico presentado tenemos a una paciente con un cuadro clínico y un factor de riesgo moderado sugerente de tromboembolismo pulmonar. Si usamos la escala de Wells, tendríamos un puntaje de cuatro, por lo que se solicita el dímero D, el cual sale en valores positivos, además de hallazgo imagenológico que nos confirma el diagnóstico. En este caso se cumplió con el protocolo de anticoagulación endovenosa, que luego progreso a vía oral con una evolución favorable y sin interurrencias para luego ser dada de alta.

Caso clínico n.º 2 - Cólico renal

El cólico renal o nefrítico es un síndrome clínico agudo que se caracteriza, principalmente, por ser un dolor de gran intensidad a nivel de los ángulos costovertebrales o fosa renal. Este dolor se produce por una tensión brusca a nivel de la vía excretora proximal cerca a la obstrucción (32)(33).

Como se explicó, la causa de la aparición de este síndrome es la obstrucción de las vías urinarias; siendo su principal agente etiológico la presencia de litos o cálculos, papila renal o coágulos; también se puede producir por compresión extrínseca como tumoraciones o por iatrogenia quirúrgica (32)(33).

La clínica como tal es el dolor de inicio brusco, cólico, que va incrementando de intensidad paulatinamente y tiene la peculiaridad de irradiarse hacia la zona inguinal debido a que sigue el trayecto ureteral hasta la zona genital; además que se puede asociar a náuseas, vómitos, agitación, llegar a aumentar la presión arterial, urgencia miccional o íleo paralítico (32)(33).

Este cólico nefrítico se puede clasificar en un cólico complicado si es que el paciente presenta fiebre, hay disfunción renal (creatinina >1.5), hidronefrosis, es un cólico bilateral, es monorreno o tiene antecedente de trasplante renal, es un dolor que no se resuelve con medicación o si es una gestante; y también está un cólico no complicado, donde no cumple con los criterios de la forma complicada. Es de importancia establecer qué clase de cólico es para determinar la terapéutica adecuada (32)(33).

El diagnóstico de este síndrome es principalmente clínico, siendo el dolor el síntoma primordial; como se mencionó también puede acompañarse de síntomas de urgencia miccional como polaquiuria, disuria o hematuria; en caso se asocie a fiebre, este puede ser indicativo de una pielonefritis obstructiva. A la exploración física el paciente suele estar intranquilo, ansioso y no calmar su dolor con alguna posición, además de presentar dolor al momento de hacer presión a nivel del ángulo costovertebral o signo de Guyon, o a nivel de los puntos renoureterales; también es válido realizar exploración en otras partes del abdomen para descartar otras patologías (32)(33).

Como evaluación complementaria, se solicita exámenes de laboratorio como examen de orina, hemograma para valorar la presencia de leucocitosis lo cual nos podría indicar la existencia de una pielonefritis, urea y creatinina para determinar si hay una disfunción renal. Otros exámenes de apoyo son las pruebas de imagen como una radiografía de abdomen de pie y decúbito, con la finalidad de poder detectar algún cálculo, en su mayoría de composición cálcica; ecografía abdominal, ya que permite determinar si hay una dilatación de la vía urinaria, en algunos casos puede detectar presencia de litiasis, y determinar el tamaño de las estructuras renales; o una tomografía abdomino pélvica, esta prueba de imagen permite detectar presencia de litiasis independientemente de sus características y tiene una sensibilidad y especificidad alta (94 – 100 %) (32)(33).

En cuanto a su tratamiento, debido a que el dolor es el síntoma principal, la base del manejo está en el control o alivio del dolor, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda usar la escalera analgésica que va de la mano con la intensidad del dolor que siente el paciente; para el manejo de

este síntoma se van a utilizar analgésicos como los AINEs (diclofenaco o ketorolaco), metamizol, hioscina, tramadol o llegar hasta el uso de opiáceos mayores. Y para el manejo de los síntomas asociados se pueden usar antieméticos como metoclopramida, gastro protectores como omeprazol o ranitidina. En caso de administrar fluidoterapia se va a reservar en caso el paciente presente grado de deshidratación. Una vez estabilizado el paciente, se puede indicar medicación para el alta como paracetamol, metamizol, ibuprofeno o diclofenaco con una duración de 3 a 10 días, un protector gástrico como omeprazol o pantoprazol y dar indicación para evaluación de especialista para determinar el manejo de la expulsión de los cálculos (32)(33).

En el caso clínico presentado, se tuvo a un paciente varón con una clínica típica de cólico renal, de dolor intenso, brusco, progresivo que se irradiaba a zona genital; además del antecedente de litiasis renal, por lo que se llegó al diagnóstico de cólico renal. Como se indica en las revisiones se inicia el tratamiento con el control del dolor, en este caso fue con hioscina y metamizol; sin embargo, al persistir el dolor se opta por administrar tramadol, lo cual con el último medicamento dado presenta mejoría y se da el alta con manejo del dolor e indicación de evaluación por especialista.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Este proceso académico de Internado Médico 2023 fue una etapa de mucho aprendizaje y desafío para todos los que lo hemos llevado a cabo. Es una etapa donde se obtuvo mucha experiencia tanto a nivel profesional como personal, ya que nos enfrentábamos a un ritmo de trabajo y a una realidad diferente a la que se tenía en el periodo de pregrado.

Una ventaja en el grupo de internos de este periodo fue el mayor tiempo permitido que se desempeñó para la realización de nuestras labores y, por ende, adquirir mayor experiencia con cada rotación a pesar de que aún su duración total fue de 10 meses, nosotros nos desenvolvíamos de lunes a sábado y en algunos casos domingos.

Se habla de esta etapa como un desafío puesto que venimos de un grupo de estudiantes de medicina donde todo el aprendizaje de pregrado que debió haber sido presencial, en realidad fue virtual producto de la pandemia; por lo que fue un reto enfrentarnos a adoptar la capacidad y habilidad de tener rapidez y certeza de detectar o manejar los cuadros clínicos de los pacientes, estar frente a lo que denominan una relación médico – paciente, y tener en cuenta que toda decisión que se toma es con la finalidad de buscar la mejora del paciente.

Esta etapa no pudo ser satisfactoria sin la ayuda tanto entre los mismos cointernos, sino también con la ayuda de los residentes y médicos asistentes, que a pesar de saber que lo principal es el paciente, tuvieron la paciencia de compartir sus conocimientos y habilidades con nosotros para poder dar una mejor calidad de atención a los que necesitaban.

Finalmente, quiero resaltar el gran equipo que existen en los dos nosocomios por los que he rotado, ya que la calidad de profesionales que existen entre residentes y docentes permite que el interno evolucione y mejore como persona y como profesional, dejándolo listo para enfrentarse al mundo laboral que existe.

CONCLUSIONES

1. El periodo de Internado Médico es una etapa académica que todo alumno de medicina debe cursar ya que te prepara para el desempeño como profesional en el futuro. Es una experiencia dura pero satisfactoria ya que uno como alumno pone a prueba todo lo adquirido en los años previos de pregrado y conforme se va desarrollando va adquiriendo nuevas habilidades y aprendizaje.
2. Esta experiencia nos hace enfrentar desde las patologías más comunes que se suelen presentar, por lo que es importante saber detectarlo y manejarlo; hasta las patologías más atípicas lo cual nos empuja a aprender de ellas y adquirir siempre nuevo conocimiento.
3. La realización de este periodo, en dos nosocomios diferentes, hizo que uno se enfrente a la realidad que se presenta en cada uno de ellos; en uno debido a que su atención solo era dirigida a población pediátrica y gestantes, por lo que su manejo era especializado a esa población, mientras que el otro nosocomio era enfocado en las especialidades de cirugía y medicina, pero el manejo era enfocado a la atención de emergencias, que dejó como enseñanza la rapidez del manejo de ciertas situación y patologías.

RECOMENDACIONES

1. Al ser el Internado Médico uno de los pilares de la formación del médico, si bien en este periodo se ha distribuido de una mejor manera la rotación por las especialidades, el lapso de 10 meses sigue siendo corto para forjar la experiencia y práctica de alumno por lo que se recomienda volver a una duración de 12 meses como lo era previo a la pandemia.
2. Es importante que se dé la confianza y apoyo al interno para la realización de ciertas actividades siendo supervisado ya sea por el tutor encargado o algún médico asistente, ya que en la mayoría de los casos hay tratos hacia el interno como si fuese de un nivel menor al resto de personal, lo cual puede influir en el desempeño posterior del mismo.
3. Se debería mejorar las sesiones académicas, en cuanto a su programación puesto que ha habido momentos en los que el interno por estar cumpliendo su labor no ha podido asistir o realiza sus exposiciones no tan enriquecedoras por el corto tiempo de aviso.
4. Es importante para el interno que tome mucha atención a la presentación de cada patología en cada paciente, esto se pone en práctica haciendo una buena entrevista al momento de recibir al paciente, ahondando en cada síntoma, su aparición y sus características.
5. También es de importancia brindar un espacio de descanso o alimentación al interno puesto que existen jornadas donde uno se queda mayor tiempo en el hospital y el rendimiento puede disminuir por falta de esas condiciones. Al igual que darle importancia al estado de salud mental, ya que al enfrentarnos a un ritmo distinto y de estrés, hay ocasiones en los que uno no puede manejar dichas situaciones y puede afectar de manera personal.
6. Es importante que cada nuevo alumno que va a ser su internado investigue bien sobre cada nosocomio propuesto, su forma de trabajo y las especialidades por las que pueda rotar, para que pueda desempeñar sus

actividades con interés y pueda tener una noción sobre la especialidad que pueda escoger en el futuro.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolome. HONODAMI SB. Análisis Situacional de Salud [Internet]. 2019. [Consultado 25 feb 2024]. Disponible en: [http://sieval.sanbartolome.gob.pe/transparencia/Publicacion2020/Epidemiologia/RD 193 SB 2020.pdf](http://sieval.sanbartolome.gob.pe/transparencia/Publicacion2020/Epidemiologia/RD_193_SB_2020.pdf)
2. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolome. HONODAMI SB. Información Institucional [Internet]. 2023. [Consultado 25 feb 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/honadomani-sb/institucional>
3. Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa. HEJCU. Reseña Histórica [Internet]. 2024. [Consultado 25 feb 2024]. Disponible en: <https://hejcu.gob.pe/resena-historica>
4. Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa. HEJCU. Análisis de Situación de Salud Hospitalario. 2022.
5. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Algoritmos para el Manejo Clínico de los Casos de Dengue [Internet]. [Consultado 26 feb 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-09/2020-cde-algoritmos-manejo-clinico-dengue.pdf>
6. MINSA. Sala Situacional de Dengue [Internet]. 2024. [Consultado 26 feb 2024]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/sala-situacional-dengue/#grafico01>
7. MINSA. Guía de Práctica Clínica para la atención de casos de Dengue en Perú [Internet]. Lima; 2012. [Consultado 26 feb 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2366.pdf>
8. Guerra A, Orille E, Waseem M. Hand, Foot, and Mouth Disease [Internet]. StatPearls. 2023. [Consultado 26 feb 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK431082/>
9. Rodríguez-García R, Rodríguez-Silva R, Aguilar-Ye A. Enfermedad de Mano, Pie y Boca en Niños. Boletín Clínico Hosp Infant del Estado Son. 2016;33(1):3–8.

10. De La Cueva P, Balbín E, Silvente C, Valdivielso M, Hernanz JM. Dermatología Pediátrica Enfermedad mano-pie-boca. *Acta Pediatr Esp*. 2010;68(2):85–7.
11. Quirós G, Piedra R, Bolívar M, Solano N. Amenaza de Parto Pretérmino. *Rev Clínica la Esc Med UCR-HSJD* [Internet]. 2016;1(1):76–8. [Consultado 27 feb 2024]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161h.pdf>
12. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. SEGO. Amenaza de parto pretérmino [Internet]. 2014. [Consultado 27 feb 2024]. Disponible en: <https://sego.es/documentos/gap/3-PDF-Amenaza-de-parto-pretermino21.pdf>
13. MINSA. Guías técnicas para la atención, diagnóstico y tratamiento de 10 condiciones obstétricas en el marco del Plan Esencial de Aseguramiento Universal [Internet]. Lima; 2011. [Consultado 28 feb 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1889.pdf>
14. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. SEGO. Infección urinaria y gestación (actualizado Febrero 2013). *Progresos Obstet y Ginecol*. 2013;56(9):489–95.
15. Víquez Víquez M, Chacón González C, Rivera Fumero S. Infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas. *Rev Medica Sinerg* [Internet]. 2020;5(5). [Consultado 28 feb 2024]. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/482/842>
16. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, et al. Parto normal. In: *Williams Obstetricia*. 25th ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2019.
17. Colombia M de S– DG de P y P de. Norma Técnica Para La Atención Del Parto [Internet]. [Consultado 28 feb 2024]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/P/3Atencion del Parto.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/P/3Atencion%20del%20Parto.pdf)
18. Barcelona. HC| HSJ de D| U de. Maduración cervical e inducción del parto. [Internet]. Barcelona; [Consultado 28 feb 2024]. Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/inducion-del-parto.pdf>
19. Repetto J, Serra J, Pascuzzo L, Camus G, Campos Flores J. Inducción

- al parto - Maduración cervical. En: Guía de práctica clínica División urgencias Hospital Materno Infantil Ramón Sardá [Internet]. 2019. [Consultado 28 feb 2024]. Disponible en: https://www.sarda.org.ar/images/GPC_Induccion-Maduracion_cervical_HMIRS.pdf
20. Monestes J, Galindo F. Colecistitis aguda. Cir Dig [Internet]. 2019;4(441):1–8. [Consultado 29 feb 2024]. Disponible en: <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/ccuarentayuno.pdf>
 21. Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa. HEJCU. Guía de práctica clínica, diagnóstico y manejo de colecistitis [Internet]. Lima; 2021. [Consultado 29 feb 2024]. Disponible en: https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/RD_N290-2021-DG-HEJCU-_GUIA_PRACTICA_COLECISTITIS.PDF
 22. Guzman Calderón E, Aranzabar Durand S, Cruzalegui Gómez R, Vargas Blácido DA, Espizona Rivera S, Trujillo Loli Y, et al. Guía De Práctica Clínica Para El Diagnóstico Y Manejo De La Colelitiasis, Colecistitis Aguda Y Coledocolitiasis Guía En Versión Corta [Internet]. Lima; 2018. [Consultado 29 feb 2024]. Disponible en: https://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Colelitiasis_Version_Corta.pdf
 23. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018;25(1):41–54.
 24. Hernández-Cortez J, De León-Rendón JL, Silvia Martínez-Luna M, David Guzmán-Ortiz J, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir Gen [Internet]. 2019;41(1):33–8. [Consultado 29 feb 2024]. Disponible en: www.medigraphic.com/cirujanogeneralwww.medigraphic.org.mx
 25. Sanchez Arias, Juan C. Apendicitis aguda. Rev Med Sinergia. 2016;1(1):3–6.
 26. Garro Urbina V, Rojas Vázquez S, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de

- emergencias. *Rev Medica Sinerg.* 2019;4(12):e316.
27. Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa. HEJCU. Guía práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda [Internet]. Lima; 2021. [Consultado 29 feb 2024]. Disponible en: https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0408/GUIA_DE_PRACTICA_CLINICA_DX_Y_TTO_APENDICITIS_AGUDA_1.pdf
 28. Salvador H de EV el. Guía Técnica: Guía De Práctica Clínica Para El Diagnóstico Y Tratamiento De Tromboembolismo Pulmonar En El Hospital De Emergencias Villa El Salvador [Internet]. Lima; 2023. [Consultado 29 feb 2024]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4616382/GUÍA_DE_PRÁCTICA_CLÍNICA_PARA_EL_DIAGNÓSTICO_Y_TRATAMIENTO_DE_TROMBOEMBOLISMO_PULMONAR.pdf?v=1685136482
 29. Konstantinides S, Perrier A, Agnelli G, Galiè N, Pruszczyk P, Bengel F, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología. Guías de práctica clínica sobre diagnóstico y manejo del tromboembolismo pulmonar agudo Grupo. Grup Trab para el Diagnóstico y Manejo del Tromboembolismo Pulm Agudo la Soc Eur Cardiol [Internet]. 2008;61(12):1–52. [Consultado 29 feb 2024]. Disponible en: <https://secardiologia.es/images/stories/documentos/guia-tep.pdf>
 30. Piñar Sancho G, Abarca Zúñiga V, Moya Corea S. Diagnóstico y manejo actualizado del tromboembolismo pulmonar agudo. *Rev Medica Sinerg.* 2021;6(1):e633.
 31. Stavros DT, Konstantinides V, Grecia A, Espan B, Meyer G, Italia CB, et al. Para El Diagnostico Y Tratamiento De La Embolia Pulmonar. *Rev Esp Cardiol.* 2020;73(6):1–46.
 32. Ancizu FJ, Díez-caballero F. Cólico Renal. En: Guías de Actuación en Urgencias. 2018;67–74.
 33. Sayas Herazo ME, Guerra Jiménez MDC, Cañarte Mero LC, Beltrán Parreño KS. Manejo del cólico renal en urgencias. *RECIMUNDO Rev Científica la Investig y el Conoc* [Internet]. 2020;4(3):138–52. [Consultado 29 feb 2024]. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7591590><https://recimundo.com/index.php/es/article/view/857>