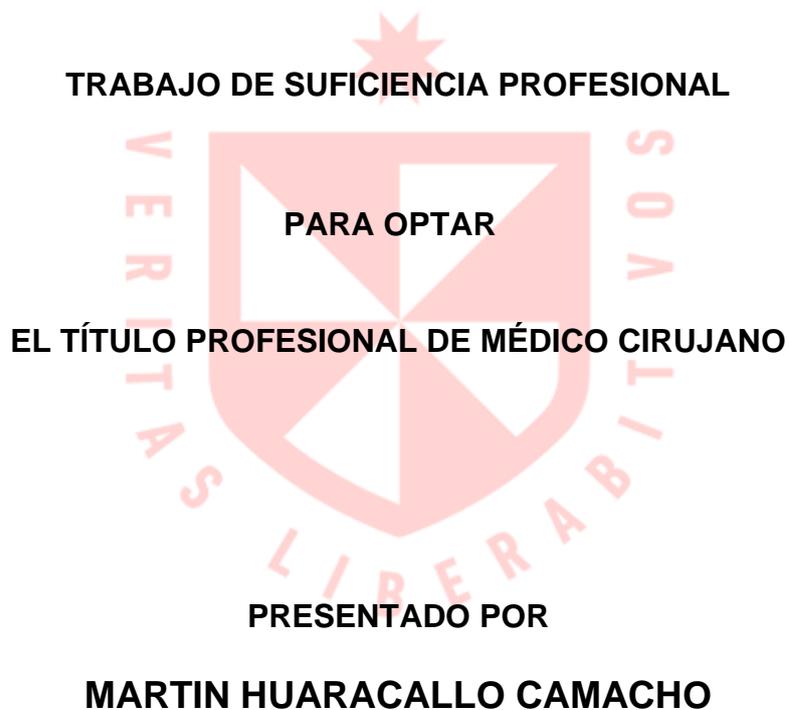


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DEL INTERNADO EN
EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA 2023 – 2024**



ASESOR
HUGO EFREND ROJAS OLIVERA

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/>



USMP

UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DEL INTERNADO
EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA 2023 – 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

MARTIN HUARACALLO CAMACHO

ASESOR

MG. HUGO EFREND ROJAS OLIVERA

LIMA, PERÚ

2024

JURADO

Presidente: FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

Miembro: JOHANDI DELGADO QUISPE

DEDICATORIA

Dedicado a Dios quien me acompaña a lo largo de la vida, más aún en la carrera otorgándome sabiduría para la toma de decisiones en los buenos y malos momentos, importantes para lograr mis objetivos.

A mis padres Consuelo Camacho y Juan Huaracallo quienes con mucho sacrificio me ayudaron en todos los aspectos para poder ser un hombre, profesional y ciudadano de bien, todo para ellos.

A Zoila Cenzano Guzmán, mi abuela que siempre veló para que no me faltase nada desde que nací, y me acompaña hasta siempre.

Y por último a mis hermanos José, Karen y Verónica, mis ejemplos a seguir, de profesionales y personas.

Martin Huaracallo Camacho

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres que, en los siete años de carrera mediante sus enseñanzas, valores, plana docente me permitieron desenvolverme adecuadamente en todos los aspectos de la carrera universitaria de Medicina Humana de manera satisfactoria.

Al Hospital María Auxiliadora por albergarme y brindarme conocimientos prácticos y herramientas para un adecuado desenvolvimiento como interno de medicina.

A todos los doctores y maestros en cada etapa de la carrera que de manera empática y desinteresada brindaron sus conocimientos en favor del aprendizaje del alumno.

ÍNDICE

PORTADA	i
JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCION	ix
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación en Pediatría	1
1.2 Rotación en Medicina Interna	7
1.3 Rotación en Cirugía	13
1.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia	18
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	25
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	26
3.1 Rotación en Pediatría	26
3.2 Rotación en Medicina Interna	30
3.3 Rotación en Cirugía	33
3.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia	37
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA SOBRE LA EXPERIENCIA	42
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
FUENTES DE INFORMACIÓN	46

Resumen

Objetivo: Describir la experiencia adquirida en el año de Internado Médico desarrollado en el Hospital María Auxiliadora. **Materiales y método:** La población de estudio fueron pacientes hospitalizados en el Hospital María Auxiliadora en las especialidades de Pediatría, Medicina Interna, Cirugía y Ginecología y Obstetricia de los cuales se describirán dos casos clínicos por especialidad. **Conclusión:** El Internado Médico es el periodo en el cual el estudiante de medicina proyecta, contrasta, ejecuta todos los conocimientos adquiridos en pregrado, periodo en el cual se integra la teoría con la práctica con el objeto de poder manejar de manera eficiente las patologías y poder brindar bienestar a la población sin distinción alguna, labor del médico cirujano que conlleva una gran responsabilidad por lo que el estudiante de medicina está obligado ética y moralmente a capacitarse constantemente con el fin de cumplir sus obligaciones como médico al momento de egresar de la carrera de medicina humana.

Palabras clave: Internado Médico, Hospital María Auxiliadora, experiencia

Abstract

Objective: Describe the experience acquired in the medical internship developed at the María Auxiliadora Hospital. **Materials and method:** The study population were patients hospitalized at the María Auxiliadora hospital in the specialties of Pediatrics, Internal Medicine, Surgery and Gynecology and Obstetrics of which two clinical cases per specialty will be described. **Conclusion:** The medical internship is the period in which the medical student projects, contrasts, and executes all the knowledge acquired in undergraduate degree, a period in which theory is integrated with practice in order to be able to efficiently manage pathologies and be able to provide well-being of the population without any distinction, the work of the surgeon that entails great responsibility, which is why the medical student is ethically and morally obliged to constantly train in order to fulfill his obligations as a doctor at the time of graduating from his medical career

Keywords: Medical internship, María Auxiliadora Hospital, experience

NOMBRE DEL TRABAJO

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONA
L DEL INTERNADO EN EL HOSPITAL MA
RIA AUXILIADORA 2023 - 2024**

AUTOR

MARTIN HUARACALLO CAMACHO

RECuento DE PALABRAS

12854 Words

RECuento DE CARACTERES

77050 Characters

RECuento DE PÁGINAS

58 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

97.8KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 18, 2024 11:32 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 18, 2024 11:34 AM GMT-5

● **13% de similitud general**

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

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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

INTRODUCCION

La experiencia obtenida en el Internado Médico estará representada en diferentes capítulos de este informe, en los cuales se detalla la organización de los diferentes servicios y los casos clínicos de pacientes que acudieron por los diferentes servicios como Consultorio externo, Emergencia hasta llegar a ser hospitalizados. Todo ese proceso estará detallado en modelos de historia clínica con sus respectivos apartados que plasman cronológicamente la estadía y manejo hospitalario brindado por los diferentes servicios del hospital María Auxiliadora

La nueva generación de estudiantes de medicina golpeada por las repercusiones que trajo la pandemia por COVID 19 progresivamente se fue reinsertando en el sistema de salud del país. El papel del interno de medicina en el retorno a la normalidad se vio gratamente recibida por parte del sistema sanitario, el interno de medicina cumple diversas funciones plasmando sus conocimientos en la práctica clínica, no solo con el manejo de las diversas patologías, también en el trato con el paciente, el manejo de los servicios y/o especialidades, afrontar las deficiencias del sistema sanitario con las herramientas a la mano con el único fin de lograr el bienestar de la población en materia de salud.

El Internado Médico inicio el abril del 2023 en el Hospital María Auxiliadora, hospital de nivel III-I perteneciente a la DIRIS Lima Sur, que corresponde al distrito de San Juan de Miraflores ubicado en av. Miguel Iglesias 968. La elección de sede hospitalaria se dio conforme a orden de mérito en la cual se logró obtener una plaza como interno de medicina, decisión que fue motivada por la casuística de diversas patologías que aborda el hospital en materia de diagnóstico y manejo de las mismas, que al ser un hospital docente brinda herramientas necesarias para lograr amalgamar los conocimientos teóricos con los prácticos, a su vez reforzar la relación del médico con el paciente que acude con patologías desde simples hasta complejas como se describen en el presente trabajo.

De la misma manera al ser un establecimiento de mayor complejidad, se recibieron referencias de establecimientos de primer nivel de atención lo que

ayuda a desarrollar capacidades resolutivas y otorgan experiencia para el manejo de las mismas, como también de referir pacientes a otros niveles según categorización y/o complejidad.

No solamente el Internado Médico es desarrollar las funciones ejecutivas de un médico en relación a planes de trabajo, sino también consiste en un constante aprendizaje y retroalimentación de conocimientos que fueron logradas gracias a las actividades pedagógicas que eran realizadas por cada especialidad en organización con los médicos asistentes y residentes con el propósito de discutir sobre diagnósticos, diagnósticos diferenciales, planes de trabajo y actualizaciones de acuerdo a guías de práctica clínica para abordaje de las patologías de cada servicio. Actividades importantes en el aprendizaje del estudiante de medicina donde forma parte activa de las discusiones, presentando casos clínicos y temas vistos en la práctica diaria que enriquecen y fijan los conocimientos obtenidos, que es el fin del Internado Médico.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

En este capítulo se plasmará casos clínicos vistos y manejados en las diferentes especialidades de pediatría, medicina interna, cirugía general y ginecología y obstetricia; dos casos por especialidad con un total de 8 casos donde se menciona detallada y cronológicamente el abordaje de las patologías.

1.1 Rotación en Pediatría

El servicio incluye Pediatría como tal y Neonatología. El servicio de Neonatología está organizado en bloques: bloque A alojamiento conjunto ubicado en el tercer nivel, dónde se encuentran recién nacidos por cesárea, bloque B neonatos que requieren cuidados especiales, prematuros y referidos o traídos por emergencia; centro obstétrico ubicado en el segundo nivel, en el cual se encuentran neonatos de madres puérperas por parto vaginal y por último la unidad de cuidados intermedios y cuidados intensivos en los cuales los internos de medicina no ejercen labores.

El servicio de Pediatría cuenta con Tópico de pediatría, dónde se atiende las emergencias pediátricas, el área de UCPTN unidad de cuidados pediátricos destinada a observación de pacientes y administración de medicamentos, el área de Hospitalización ubicado en el sexto nivel está dividida en dos bloques de lactantes y preescolares.

Caso clínico n. 01

Anamnesis

Filiación: Paciente con iniciales M C J de sexo femenino, 1 año 11 meses, proveniente del distrito de San Juan de Miraflores, ingreso por el servicio de Emergencia el día 05/05/23 al hospital María Auxiliadora.

Enfermedad actual

Tiempo de enfermedad: 3 días, inicio súbito – curso progresivo

Signos y síntomas principales

Fiebre, inyección conjuntival, exantema

Relato

Lactante acude traída por su madre quien refiere que hace 3 días su menor hija empezó a tornarse irritable, presencia de inyección conjuntival. Dos días antes

del ingreso presenta hiporexia y fiebre de 38.5°C intermitente cada 4 horas por lo que decide administrar paracetamol. Un día antes del ingreso fiebre persiste llegando a 39°C, madre nota aparición de exantema maculo eritematoso. El día de ingreso persiste con fiebre que no cede con paracetamol motivo por el cual acude a emergencia.

Funciones biológicas

Apetito: disminuido, Sed: disminuido, Orina: conservada, Deposiciones: conservada, Sueño: disminuido.

Antecedentes personales:

Prenatales: Controles prenatales >6

Natales: Nacida por parto eutócico, edad gestacional 40 semanas, peso al nacer 3.400 gr, Apgar 8/9, niega complicaciones Inmunizaciones completas hasta los 12 meses, niega alergias.

Antecedentes patológicos

Niega antecedentes patológicos

Antecedentes familiares

Madre (29 años) aparentemente sana sin antecedentes patológicos de importancia y Padre (34 años) aparentemente sano, sin antecedentes patológicos de importancia

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 104 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 30 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 98%, temperatura de 37.5°C, peso 9.8 kg y talla 83 cm.

General: Regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación.

Piel y faneras: Tibia elástica, lesiones maculopapulares en tórax, inyección conjuntival,

Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares no estertores.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos audibles.

Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes

Genitourinario: sin alteraciones.

Neurológico: Despierta, irritable, no signos de focalización

Exámenes de laboratorio: Hemograma: Leve leucocitosis con desviación izquierda, demás valores en rangos normales.

Impresión diagnóstica

Exantema febril a descartar Enfermedad de Kawasaki

Plan de trabajo

Pasa a observación para vigilancia de curva febril.

Se solicita exámenes de laboratorio: hemograma, perfil de coagulación, glucosa urea y creatinina, PCR, ferritina, dinero D

Se solicita radiografía de tórax

Se hace interconsulta con cardiología y se decide hospitalizar.

Se indica hidratación con CNa 0.9% 500cc EV en 4 horas, paracetamol 150mg VO PRN fiebre >38°C

Seguimiento:

Madre refiere pico febril 38.7°C y dos episodios de vomito, se realiza nuevo hemograma control en el primer día de hospitalización evidenciándose aumento de leucocitosis (26.64), abastones (1043.20) y se añade ceftriaxona 785mg c/24hrs por alta sospecha de infección bacteriana y se efectiviza radiografía de tórax. P hepático TGO 640, TGP 579, PCR (12.8), ferritina (147.20) dinero D (1.28). En horas de la tarde se evidencia persistencia de picos febriles que no ceden con paracetamol, por lo que se indica medios físicos y metamizol IM y se solicita PCR (12.7) y VSG (48.00), a su vez se evidencia aparición de lengua aframbuesada, quelitis angular, edema en pies y manos, además de persistencia de exantema en tórax e inyección conjuntival.

Evaluación por cardiología refiere ecocardiograma sin alteraciones, radiografía de tórax sin alteraciones.

Al segundo día de hospitalización presenta otro pico febril de 37.9°C, persiste irritable, al estar en su 5to día de fiebre se decide iniciar tratamiento con

inmunoglobulina humana a dosis de 2gr/kg en 12 hrs, además de ácido acetil salicílico a 5mg/k/d, se suspende antibiótico al no evidenciarse consolidación en radiografía y en nueva evaluación por cardiología no se evidencia aneurisma de arterias coronarias.

Un día posterior al término de la administración de inmunoglobulina humana hubo mejoría clínica, cesaron los picos febriles y disminuyo el exantema.

A los 10 días de enfermedad se presenta descamación de piel, posteriormente es dada de alta 5 días después con dosis de mantenimiento de ácido acetil salicílico y reevaluación por consultorio externo.

Caso clínico n. °2

Anamnesis

Filiación

Paciente con iniciales P C E de sexo masculino, 8 meses, proveniente del distrito de San Juan de Miraflores, ingreso por el servicio de Emergencia el día 16/04/23 al Hospital María Auxiliadora.

Enfermedad actual

Tiempo de enfermedad: 5 días, inicio súbito – curso progresivo

Signos y síntomas principales

Tos, rinorrea, disnea, sensación de alza térmica

Relato

Lactante acude traído por su abuela quien refiere que hace 5 días su nieto empezó a presentar síntomas catarrales como estornudos, rinorrea y tos, decide administrar jarabe “ambroxol” por un par de días sin notar mejoría. Un día antes del ingreso nota intensificación de la tos, sensación de ahogo y observa que se torna rubicundo al toser. El día de ingreso presenta sensación de alza térmica, rinorrea abundante y persistencia de tos.

Funciones biológicas

Apetito: disminuido, Sed: disminuido, Orina: conservada, Deposiciones: conservada, Sueño: disminuido.

Antecedentes personales

Prenatales: Controles prenatales incompletos, gestación sin alteraciones

Natales: Nacido por parto eutócico, edad gestacional 39 semanas, peso al nacer 2.989 gr, Apgar 7/9, niega complicaciones Inmunizaciones incompletas, niega alergias.

Antecedentes patológicos

Niega antecedentes patológicos

Antecedentes familiares

Padre (25 años) aparentemente sano sin antecedentes patológicos de importancia y Madre (21 años) aparentemente sano, sin antecedentes patológicos de importancia

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 130 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 52 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 97%, temperatura de 37.°C, peso 10.35 kg y talla 69 cm,

General: regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación.

Piel y faneras: tibia hidratada, elástica, llenado capilar <3”

Tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, se auscultan subcrepitos difusos en ambos campos pulmonares. Leves tirajes subcostales.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos audibles,

Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no visceromegalia

Genitourinario: Sin alteraciones.

Neurológico: Despierto, reactivo a estímulos, no signos de focalización

Exámenes de laboratorio

Hemograma: Hemoglobina: 9.3, hematocrito 29, linfocitos 7247, bioquímica en rangos normales.

Impresión diagnóstica

Bronquiolitis

Síndrome coqueluchoide

Anemia moderada

Plan de trabajo

Se solicita hemograma, glucosa, urea y creatinina.

Control de funciones vitales más observación de signos de alarma.

Pasa a observación UCPTN.

Se solicita radiografía de tórax

Se indica nebulización con salbutamol y CINA 0.9% primer ciclo.

Seguimiento

Se reevalúa presentando saturación de 94%, se indica segundo ciclo de nebulización con salbutamol. Horas más tarde madre nota mejoría, en la reevaluación FC: 64 x', FR: 48 x', satO₂: 97%, temperatura: 39°C, se ausculta subcrepitos en ambas bases pulmonares. Se indica medios físicos y metamizol IM, se solicita radiografía de tórax y hemograma, glucosa, urea y creatinina.

Con resultados se reevalúa, radiografía muestra aumento de trama peri hiliar a predominio derecho, al examen: FC: 140, FR: 50, satO₂ 95%, T: 38.5°C. Hemograma arroja leve leucocitosis sin desviación izquierda, además de anemia con Hb de 9.7 y leve linfocitosis. Se continua nebulización con solución salina hipertónica, se administra oxígeno suplementario y se decide hospitalizar.

En el segundo día de hospitalización persiste leve rubicundez al toser y se decide añadir azitromicina 100mg VO por un día y continuar nebulizaciones con solución salina, limpieza de fosas nasales a demanda y oxígeno complementario por cánula binasal.

Posteriormente hasta el cuarto día no volvió a hacer picos febriles, disminuyó los subcrépitos bilaterales, continuó con dosis de 100 mg VO de azitromicina y nebulizaciones con solución salina, buena tolerancia oral mostrando buena respuesta clínica. Siendo dado de alta días posteriores.

1.2 Rotación en Medicina Interna

El servicio comprende el área de tópicos de medicina donde se atienden las emergencias, contiguamente se encuentra el área de hospitalización de emergencia en el que se ubican a pacientes que requieren manejo específico antes de ser hospitalizados en piso de medicina, el área de hospitalización como tal está ubicado en el quinto nivel distribuido en dos bloques donde se manejan las diferentes especialidades de medicina según la casuística, además incluye un área de cuidados intermedios en el que se atienden a pacientes delicados que requieren de una atención más específica.

Caso clínico n. °3

Anamnesis

Filiación

Paciente con iniciales B C V de sexo femenino, 70 años, proveniente del distrito de Accha, provincia de Paruro, departamento de Cuzco, ingreso por el servicio de Emergencia el día 26/05/23 al Hospital María Auxiliadora.

Enfermedad actual

Tiempo de enfermedad: 5 días, inicio súbito – curso progresivo

Signos y síntomas principales

Dolor abdominal, ictericia

Relato

Paciente adulta mayor ingresa acompañada de su hijo por el servicio de Emergencia con un tiempo de enfermedad de 5 días, donde presento escalofríos, dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho y epigastrio, cuatro días antes del ingreso, su familia la notó amarilla, síntomas progresaron motivo por el cual acuden a emergencia

Funciones biológicas

Apetito: Disminuido, Sed: Aumentado, Orina: Disminuido, Deposiciones: Conservada, Sueño: Disminuido.

Antecedentes personales

Exposición a biomasa, niega RAMS y hábitos nocivos

Antecedentes patológicos

Diabetes *mellitus* tipo 2 (10 años)

Quirúrgicos

Prótesis de cadera derecha (8 años)

Colecistectomía hace 3 meses

Antecedentes familiares

Padres aparentemente sanos (fallecidos), hermana asmática, hijo con rosácea

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardíaca: 74 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto, PA: 135/70, saturación de oxígeno 95%, temperatura de 37.°C, peso 70 kg y talla 1.65 m

General: Regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación.

Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2', no edemas, ictericia+++ /+++ en piel y escleras

Tórax y pulmón: Amplexación simétrica, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos no soplos audibles, no ingurgitación yugular, s3 (-) s4(-)

Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a palpación

Genitourinario: PPL (-), PRU (-)

Neurológico: Despierta, lucida, orientada en tiempo, espacio y persona, , pupilas CIRLA EG:15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización

Exámenes de laboratorio

Perfil hepático: BT:9.86, BD 9.26, BI: 0.60, FA: 1015, TGO:146, TGP:131, PT 4.8, Albumina: 21, Hemograma: leucocitosis 14.60 abastionados 344.60

Imágenes

Colangiografía: Lesión infiltrativa sugestiva de lesión proliferativa en confluencia de los hepáticos con mayor compromiso de región peri hiliar de lóbulo derecho, considerar colangiocarcinoma

Duodenoscopia: Papila duodenal eritematosa, se realiza biopsia

Ecografía abdominal: Dilatación de vía biliar intrahepática periférica y central, discreta dilatación de colédoco, presencia de lesión heterogénea en segmento V en relación del antecedente del paciente.

Impresión diagnóstica

Síndrome icterico obstructivo

Colangitis grado II

D/C NM vía biliar Colangiocarcinoma vs tumor Klatsking

Plan de trabajo

Se solicita hemograma completo, perfil hepático

Se hospitaliza para continuar manejo médico.

Seguimiento

Se indica hidratación CNa0.9% 1000 cc, se administra meropenem 500mg EV, tramadol 50mg, dimenhidrinato 50mg condicional al dolor e insulina NPH c/12hr
Se realiza interconsulta con oncología.

El servicio de oncología evalúa a la paciente catalogándola como no tributario de manejo sistémico y sugieren efectivizar colocación de drenaje biliar percutáneo como manejo paliativo.

Nuevo control de laboratorio leucocitos normales, pero evidencia aumento de bilirrubinas totales 18mg/dl.

Se realiza interconsulta con radiología intervencionista para posibilidad de procedimiento de drenaje biliar percutáneo, al no contar con materiales se refiere a Instituto nacional de enfermedades neoplásicas para ejecución de procedimiento.

Caso clínico n. °4

Anamnesis

Filiación: Paciente con iniciales M A M de sexo femenino, 69 años, proveniente del distrito de Chorrillos, ingreso por el servicio de Emergencia el día 08/05/23 al Hospital María Auxiliadora.

Enfermedad actual

Tiempo de enfermedad: 3 meses, inicio insidioso – curso progresivo

Signos y síntomas principales

Distensión y dolor abdominal, edema en miembros inferiores

Relato

Familiar de paciente mujer de 69 años refiere que 3 meses antes del ingreso, la paciente presenta episodios de “confusión”, dos semanas antes del ingreso la paciente presenta aumento de volumen en miembros inferiores y distensión abdominal, por lo que fue llevada al Hospital Casimiro Ulloa en 3 ocasiones, donde le administraron analgésicos. Tres días antes del ingreso al Hospital María Auxiliadora, nota un incremento del aumento de volumen a nivel abdominal y miembros inferiores acompañados de dolor de intensidad 9/10 que se limita a la región abdominal, por lo que acude a emergencia.

Funciones biológicas

Apetito: Disminuido, Sed: Disminuido, Orina: Disminuido, Deposiciones: Conservada, Sueño: Disminuido.

Antecedentes personales

Dieta variada con abundante ingesta de carbohidratos. No realiza ninguna actividad física con regularidad, niega ingesta de alcohol, drogas y tabaco niega intervenciones quirúrgicas.

Antecedentes patológicos

Hepatitis B a los 17 años que fue tratada ambulatoriamente en hospital.

Antecedentes familiares

Madre fallecida a los 65 años, antecedentes de diabetes *mellitus* tipo 2. Padre fallecido a los 74 años, aparentemente sano.

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 82 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto, PA: 130/60, saturación de oxígeno 95%, temperatura de 36. 5.°C, peso 75 kg y talla 1.61 m, IMC: 28

General: regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación.

Piel y faneras: Piel tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor a 2 segundos. Se aprecian estrías a nivel abdominal. Tejido adiposo de distribución no uniforme, a predominio abdominal

Tórax y pulmón: Tórax simétrico con buena amplexación. A la auscultación, murmullo vesicular pasa disminuido en ambos campos pulmonares; sin estertores, sibilancias o crepitantes

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles, no ingurgitación yugular, se palpa choque de punta.

Abdomen: Se observan estrías difusas en todo el abdomen. RHA presentes, globuloso, distendido, leve dolor a la palpación profunda. Se palpa hepatomegalia.

Genitourinario: PPL (-), PRU (-)

Neurológico: Despierta, poco letárgica, orientada en espacio y persona, pupilas CIRLA EG:13/15, no signos meníngeos, no signos de focalización

Exámenes de laboratorio

Hemoglobina de 9.9, cursa con anemia moderada, PCR en 7.3, perfil de coagulación tenemos el tiempo parcial de tromboplastina en 92.90 (muy elevado). En cuanto al perfil hepático, TGO en 67, albúmina 1.6, hipoalbuminemia que se traduce en anasarca. Resto de valores dentro del rango normal.

Impresión diagnóstica

Insuficiencia respiratoria aguda tipo I: EPID

Cirrosis hepática Child C

Hipoalbuminemia

Anemia moderada normocítica normocrómica

Plan de trabajo

Se decide hospitalizar para continuar manejo médico

Se solicita AGA y radiografía de tórax

Oxígeno suplementario para mantener la saturación entre 88 a 92%

Se solicita paracentesis evacuatoria y diagnóstica

Seguimiento

La gasometría muestra disminución de la presión de oxígeno, debido a que la paciente está cursando con una enfermedad pulmonar intersticial difusa, la cual se traduce en un patrón restrictivo, el cual se observa en la radiografía, por lo que se recomienda mantener la saturación entre 88 a 92% con oxígeno suplementario.

Se realiza paracentesis evacuatoria y de diagnóstico, se analiza líquido resultando citoquímico: trasudado, se analiza mediante BK negativo tanto en líquido como esputo, se evidencia con resultado ausencia de hipertensión portal mediante índice de GASA.

Se continúa manejo médico con balance hídrico negativo cabecera en 30° Piperacilina tazobactam 4.5 gr EV cada 6 horas, Espironolactona 100 mg cada 24 horas VO, Lactulosa 3.3 gr, 80cc VO cada 8 horas, N acetilcisteína 600 mg cada 8 horas VO, O2 suplementario con MV a FiO2 50%, Enema evacuante: para lograr deposiciones diarias de mínimo 300 cc., Furosemida 20 mg cada 8 hrs, Albúmina exógena, que no pudo ser costeadada.

Complicaciones asociadas: Ascitis genera compresión de caja torácica, como consecuencia la paciente presenta dificultad respiratoria y difícil destete de oxígeno, conlleva a una insuficiencia respiratoria aguda tipo I.

Con la progresión de la enfermedad, empieza a fatigarse y no tolerar vía oral, por lo que se le llega a colocar una sonda nasogástrica.

Luego de un mes se llega a observar caput medusae a nivel abdominal, anasarca y se palpa choque de punta.

La paciente se encuentra en una etapa avanzada de la enfermedad, por lo que el tratamiento es paliativo y darle calidad de vida a la paciente.

1.3 Rotación en Cirugía

El servicio de cirugía está comprendido por tópico de cirugía dónde se atienden las emergencias no solo de cirugía general sino también de neurocirugía, urología, cabeza y cuello, cardiorácico y comparte ambiente con traumatología. Luego el área de hospitalización ubicado en el cuarto nivel, donde se divide en dos bloques, el primero de especialidades donde se hospitalizan pacientes de cirugía plástica, traumatología, urología, neurocirugía y cirugía cardiorácica. Y el bloque de cirugía general dónde se hospitalizan a pacientes pre y postoperatorios, además incluye un ambiente de cuidados intermedios dónde se encuentran pacientes con un manejo más especializado.

Caso clínico n. °5

Anamnesis

Filiación

Paciente con iniciales A H I de sexo femenino, 30 años, proveniente del distrito de Villa María del triunfo, ingreso por el servicio de Emergencia el día 11/06/23 al Hospital María Auxiliadora.

Enfermedad actual

Tiempo de enfermedad: 1 año, inicio insidioso – curso progresivo

Signos y síntomas principales

Dolor abdominal en cuadrante superior derecho

Relato

Paciente mujer ingresa por emergencia por cuadro clínico caracterizado por dolor tipo cólico en región abdominal, en cuadrantes superior derecho de intensidad 5/10, que se repite en múltiples oportunidades. Al realizarse ecografía se le diagnostica con colelitiasis, por lo que acude a consulta externa para cirugía electiva.

Funciones biológicas

Apetito: Disminuido, Sed: Aumentado, Orina: Disminuido, Deposiciones: Conservada, Sueño: Conservado

Antecedentes personales

Niega RAMS y hábitos nocivos

Antecedentes patológicos

Niega antecedentes patológicos

Quirúrgicos

Ligadura de trompas 2022

Antecedentes familiares

Padres aparentemente sanos, hermanos aparentemente sanos

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardíaca: 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, PA: 110/70, saturación de oxígeno 99%, temperatura de 36. 5.°C, peso 83 kg y talla 1.62 m, IMC: 31.1

General: regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación.

Piel y faneras: Piel tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor a 2 segundos. No hay palidez.

Tórax y pulmón: Adecuada amplexación simétrica, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos no soplos audibles, no ingurgitación yugular, s3 (-) s4(-)

Abdomen: Globuloso por panículo adiposo. No hay masas palpables. Blando, depresible, RHA presentes. No refiere leve dolor a la palpación superficial ni profunda. Murphy negativo.

Genitourinario: PPL (-), PRU (-)

Neurológico: Despierta, lucida, orientada en tiempo, espacio y persona, pupilas CIRLA EG:15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización

Exámenes de laboratorio

Perfil hepático: BT:0.14, BD 0.09, BI: 0.05, FA: 100, TGO:32, TGP:36, Hemograma: leucocitos 8.1, abastoadados: 0, Hb:12, G y F: O+ demás valores normales.

Imágenes

Ecografía abdominal: Vesícula biliar 72x36 pared 3mm, cálculos múltiples de hasta 13mm, no barro biliar, compatible con colelitiasis, no dilatación de vía biliar intrahepática

Impresión diagnóstica

Colelitiasis

Obesidad tipo I

Plan de trabajo

Se hospitaliza para cirugía electiva, NPO para SOP

Tratamiento quirúrgico: Colecistectomía laparoscópica.

Seguimiento

Hallazgo operatorio: Vesícula biliar de 7x3x3cm de paredes delgadas, conteniendo múltiples cálculos en su interior de 1.3cm, conducto cístico normal, arteria cística única anterior

Paciente estable, curso su post operatorio inmediato sin intercurencias, se sigue indicaciones postoperatorias con NPO, dextrosa, electrolitos, metamizol, ranitidina.

Días posteriores se progresa a dieta blanda y se indica movilización más curación de herida operatoria. Al tercer día es dada de alta con analgésico condicional al dolor.

Caso clínico n. °6

Anamnesis

Filiación

Paciente con iniciales M M K de sexo femenino, 32 años, proveniente del distrito de San Juan de Miraflores, ingreso por el servicio de Emergencia el día 17/07/23 al Hospital María Auxiliadora.

Enfermedad actual

Tiempo de enfermedad: 3 meses, inicio insidioso – curso progresivo

Signos y síntomas principales

Masa abdominal, distensión abdominal, llenura precoz, dolor

Relato

Paciente mujer ingresa por consultorio externo referida de centro de salud, refiriendo que hace 3 meses nota aumento de volumen tipo masa en región abdominal asociado a dolor leve esporádico, refiere que masa aumento de tamaño progresivamente, posteriormente se asocia llenura precoz y distensión abdominal motivo por el cual es traída al Hospital María Auxiliadora.

Funciones biológicas

Apetito: Disminuido, Sed: Conservado, Orina: Conservada, Deposiciones: Disminuido, Sueño: Conservado

Antecedentes personales

Niega RAMS y hábitos nocivos.

Ginecológico: G4P4, FUR: 17/7/23, MAC: Niega

Antecedentes patológicos

Niega antecedentes patológicos, niega antecedentes quirúrgicos.

Antecedentes familiares

Padres aparentemente sanos, hermanos e hijos aparentemente sanos

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 72 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 17 respiraciones por minuto, PA: 110/70, saturación de oxígeno 97%, temperatura de 36. 5.°C, peso 58 kg y talla 1.55 m, IMC: 24.1

General: regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación.

Piel y faneras: Piel tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor a 2 segundos.
No hay palidez.

Tórax y pulmón: Adecuada amplexación simétrica, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos audibles, no ingurgitación yugular, s3 (-) s4(-)

Abdomen: Leve distendido, RHA presentes, blando depresible, se palpa masa de 24x13cm que abarca cuadrante superior izquierdo y flanco izquierdo, móvil, de consistencia blanda, doloroso a la palpación.

Genitourinario: PPL (-), PRU (-)

Neurológico: Despierta, lucida, orientada en tiempo, espacio y persona, pupilas CIRLA EG:15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización

Exámenes de laboratorio

Hemograma: Leucocitos 6.380, abastionados 0% hemoglobina: 11.9, plaquetas: 303 mil, G y F: O+

Western blot para hidatidosis: negativo

Imágenes

TEM: Voluminosa lesión expansiva quística con engrosamiento parcial de sus paredes y dimensiones aproximadas de 22x16x15 cm de localización retroperitoneal izquierda con compresión y desplazamiento de estructuras vecinas que incluyen páncreas, vaso, vena renal izquierda y riñón izquierdo, condicionando rotación de eje transversal y longitudinal, así como marcada hidronefrosis. Demas órganos normales.

Impresión diagnóstica

Quiste mesentérico gigante.

Plan de trabajo

Se hospitaliza para cirugía electiva

Interconsulta urología

Tratamiento quirúrgico: Laparotomía exploratoria

Seguimiento

Paciente es vista por el servicio de Urología que realizan colocación de catéter pigtail por compromiso renal.

Paciente es sometida a una quistectomía más liberación de adherencias.

Hallazgos operatorios: Quiste de +/- 30x25cm, con presencia de adherencias firmes a vena renal, uréter izquierdo y vena mesentérica inferior, conteniendo liquido citrino de +/- 1500cc sin mal olor.

Paciente estable, cursó su post operatorio inmediato sin interurrencias, se sigue indicaciones postoperatorias con NPO, dextrosa, electrolitos, ketoprofeno, ranitidina, CFV.

Paciente refería leve dolor a nivel de región operatoria, se realizó hemoglobina y hematocrito control en 10.4, previo en 12.3.

Se realiza ecografía abdominal donde no se evidencia liquido libre en cavidad. hidronefrosis moderada izquierda.

Paciente con buena evolución clínica es dada de alta del servicio de cirugía general tres días después, con reevaluación por consultorio externo de urología y cirugía general.

1.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia

El servicio de ginecología y obstetricia comprende el área de tóxico de ginecología y obstetricia dónde se atienden las emergencias ginecológicas, contiguamente se encuentra el área de observación donde se monitorea a las pacientes en pródromos de trabajo de parto, etc.

Además, cuenta con el área de centro obstétrico en el segundo nivel, subdividido en áreas de dilatación, alojamiento conjunto y sala de partos y/o procedimientos, y por último el área de hospitalización ubicado en el tercer nivel, dónde se subdivide en lado A aquellas pacientes con patologías ginecológicas y un lado B pacientes obstétricas dónde están incluidas las puérperas.

Caso clínico n. 07

Anamnesis

Filiación

Paciente con iniciales L C S de sexo femenino, 38 años, proveniente del distrito de Pachacamac, ingreso por el servicio de Emergencia el día 02/08/23 al Hospital María Auxiliadora.

Enfermedad actual

Tiempo de enfermedad: 3 meses, inicio insidioso – curso progresivo

Signos y síntomas principales

Dolor abdominal difuso, sangrado vaginal

Relato

Paciente acude con un TE de 03 días refiriendo dolor difuso abdominal con predominio en hipogastrio asociado a sangrado escaso acompañado de náuseas y sensación de debilidad. Acude con prueba de bHCG +

Funciones biológicas

Apetito: Conservado, Sed: Conservado, Orina: Conservada, Deposiciones: Disminuido, Sueño: Conservado

Antecedentes personales

Niega RAMS y hábitos nocivos.

Ginecológico: G2P1001, G1: 2009 eutócico FUR: 08/6/23, MAC: Ninguno

Menarquia: 11^a, NPS: 2, IRS: 18^a

Antecedentes patológicos

Niega antecedentes patológicos, niega antecedentes quirúrgicos.

Antecedentes familiares

Padres aparentemente sanos, hijo aparentemente sano

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 86 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 19 respiraciones por minuto, PA: 120/70, saturación de oxígeno 97%, temperatura de 36. 5.°C, peso 60 kg y talla 1.55 m, IMC: 25

General: regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación.

Piel y faneras: Piel tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor a 2 segundos.

Palidez ++/+++.

Tórax y pulmón: Adecuada amplexación simétrica, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos audibles, no ingurgitación yugular, s3 (-) s4(-)

Abdomen: Blando depresible, RHA presentes, dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, signo de rebote +

Genitourinario: PPL (-), PRU (-)

Ginecológico

Tacto vaginal: Útero: AVF +/- 7cm, cérvix cerrado posterior, se evidencia escaso sangrado, anexo derecho doloroso.

Especuloscopia: Sangrado escaso en vagina, fondo saco abombado.

Culdocentesis: Se extrae 5cc de contenido hemático.

Neurológico: Despierta, lucida, orientada en tiempo, espacio y persona, pupilas CIRLA EG:15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización

Exámenes de laboratorio

Hemograma: Leucocitos 9.05, abastionados 2.0% hemoglobina: 6.7, plaquetas: 219 mil, G y F: O+, perfil de coagulación normal

Imágenes

Ecografía: Ovario derecho: Masa heterogénea de 69x30mm, fondo de saco ocupado por coágulos.

Impresión diagnostica

Embarazo ectópico complicado

Hemoperitoneo

Anemia severa

Plan de trabajo

Se hospitaliza para cirugía, en espera para SOP: laparoscopia exploratoria

Se solicita transfundir 2 paquetes globulares

NPO, hidratación CNa 1000cc

Cefazolina 2g EV

Seguimiento

Se realizó una laparoscopia exploratoria con salpinguectomía derecha. Hallazgo operatorio: se evidencia trompa derecha estallada con masa de 4x6 cm, trompa izquierda y ovario normales, hemoperitoneo +/- 350cc.

Paciente postoperatorio sin interurrencias, se sigue indicaciones postoperatorias con NPO, CFV + OSA, hidratación con CNa 0.9% + dextrosa 5%, metamizol 1g EV + ranitidina 50mg EV + metoclopramida 10mg EV cada 8 horas. Se realiza hemograma control: leucocitos 12.95, abastados 0% hemoglobina: 10, plaquetas: 217 mil.

Paciente con buena evolución clínica los días posteriores es dada de alta al tercer día postoperatorio.

Caso clínico n. °8

Anamnesis

Filiación

Paciente con iniciales P M E C de sexo femenino, 29 años, proveniente del distrito de Chorrillos, ingreso por el servicio de Emergencia el día 17/07/23 al Hospital María Auxiliadora.

Enfermedad actual

Tiempo de enfermedad: 1 hora, inicio súbito – curso progresivo

Signos y síntomas principales

Dolor pélvico, sangrado vaginal

Relato

Paciente gestante ingresa, refiriendo dolor pélvico y sangrado vaginal escaso. Niega SAT, niega pérdida de líquido amniótico. Trae ecografía del instituto de medicina fetal con gestación de 22 semanas y cérvix corto.

Funciones biológicas

Apetito: Conservado, Sed: Conservado, Orina: Conservada, Deposiciones: Conservado, Sueño: Conservado

Antecedentes personales

Niega RAMS y hábitos nocivos.

Ginecológico: G2P0100, G1: 2012 eutócico 26 semanas, 2500gm (fallecido) G2: ultima FUR: 19/02/23, FPP: 25/11/23 MAC: Ninguno

Menarquia: 14^a, RC: 3/30 NPS: 3, IRS: 17^a

Antecedentes patológicos

Natimuerto 26 semanas

Antecedentes familiares

Padres aparentemente sanos

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 78 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 19 respiraciones por minuto, PA: 100/60, saturación de oxígeno 99%, temperatura de 36. 3°C, peso 79 kg y talla 1.66 m, IMC: 28.7

General: regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación.

Piel y faneras: Piel tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor a 2 segundos.

Palidez -

Tórax y pulmón: Adecuada amplexación simétrica, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos audibles, no ingurgitación yugular, s3 (-) s4(-)

Abdomen: Blando depresible, RHA presentes, ocupado por útero grávido, AU: 22cm, DU: esporádica, LCF: 145X', MF: ++

Genitourinario: PPL (-), PRU (-)

Ginecológico:

Tacto vaginal: Cérvix corto, blando, central, se palpan membranas.

Especuloscopia: OCE abierto, se evidencia membranas claras

Neurológico: Despierta, lucida, orientada en tiempo, espacio y persona, pupilas CIRLA EG:15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización

Exámenes de laboratorio

Hemograma: Leucocitos 9.23, abastados 1.0% hemoglobina: 11.6, plaquetas: 325 mil, G y F: A+, fibrinógeno: 515, demás de perfil de coagulación normal, examen de orina: no patológico.

Imágenes

Ecografía: Gestación única activa de 21 semanas por biometría fetal, cérvix corto

Impresión diagnóstica

Gestante 22 semanas

Incompetencia cervical

Plan de trabajo

Se hospitaliza para monitoreo

Se realiza monitoreo materno fetal continuo

Hidratación y administración de tocolíticos

Seguimiento

Se realizó junta médica donde se acuerda administración de antibióticos con ampicilina + sulbactam EV cada 12 horas, se continuo manejo con progesterona y posición de trendelenburg.

Se realiza otra junta médica y se decide preparar a paciente para SOP de cerclaje cervical. Se realiza cerclaje con puntos de Mc Donald a nivel de unión cérvico-vaginal, no se evidenciaron membranas ovulares y no sangrado vaginal. Paciente postoperatorio sin interurrencias, los posteriores días cursa sin interurrencias, en el post operatorio 6 se decide continuar tratamiento antibiótico hasta 7 días más progesterona 200mg.

Los hemogramas control se mostraron en mejoría siendo la última con leucocitos 7.92, abastados: 0, Hb: 12, plaquetas 308 mil, PCR: 0.7

Se decide alta médica con progesterona micronizada 200mg cada 12hr VO, Lactulosa 20cc VO cada 24 hrs para evitar estreñimiento y pujo al evacuar, paño tutor.

Después de 10 días del alta, paciente reingresa por emergencia por presentar sangrado vaginal y secreción de aspecto lechoso, se hospitaliza.

Cuatro días posterior al reingreso se moviliza al baño en silla de ruedas, a los 5 minutos volvió a presentar secreción vaginal de aspecto lechoso, y contracciones uterinas 10 minutos después.

Se decide trasladar a paciente a centro obstétrico para observación y por decisión de junta medica se decide cortar cerclaje.

A las 2 horas paciente tuvo parto eutócico de recién nacido masculino de 800 gr y es trasladado a UCI de neonatología.

Paciente 3 días después es dada de alta con tratamiento antibiótico de amoxicilina + ácido clavulánico.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El hospital María auxiliadora fue el establecimiento de salud elegido para la realización del Internado Médico, institución reconocida nacionalmente por la diversa casuística en patologías siendo o categorizada como nivel III-I de atención, brindando servicios de salud a la jurisdicción de Lima Sur, más específicamente los distritos de San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo, Villa el Salvador, Lurín, Pachacamac, Surco, Chorrillos y Barranco. El hospital pertenece al distrito de San Juan de Miraflores en Av. Miguel Iglesias 968, fundado un 3 de diciembre de 1973, entidad referente en atención a nivel de jurisdicción y a nivel nacional en la atención urbano marginal y rural.

Las distribuciones de internos de medicina se realizaron acorde a las grandes especialidades propias del hospital, se realizó en 4 rotaciones: Pediatría, Medicina interna, Cirugía y Ginecología y Obstetricia. El Internado Médico empezó el 01 de abril de 2023, siendo Pediatría la primera rotación, en la cual se pudo realizar procedimientos en Neonatología, tanto en sus áreas de Tópico, Alojamiento conjunto y Hospitalización, donde se adquirió conocimientos en el abordaje del recién nacido y sus diversas patologías; asimismo el servicio de Pediatría con la atención por Tópico donde la gran afluencia de pacientes generó mayor desenvolvimiento en el manejo de patologías prevalentes a la cabeza las patologías respiratorias y gastrointestinales, a su vez en hospitalización que representa el manejo de aquellos pacientes.

La segunda rotación se realizó en el servicio de Medicina Interna, donde el interno se desenvuelve en Tópico de medicina en días de guardia diurna de 12 horas de 3 a 4 veces por mes, donde se atendió pacientes con diferentes patologías por especialidad, que posteriormente fueron hospitalizados en algunos casos y fueron manejados diariamente en hospitalización donde el interno se encargó de realizar procedimientos como curaciones de pie diabético, úlceras varicosas, toracocentesis, paracentesis, gasometrías, electrocardiogramas entre otras

Cirugía fue la tercera rotación donde se pudo realizar procedimientos quirúrgicos primero en especialidades como Cirugía plástica en el que se asistió en sala de operaciones para intervenciones quirúrgicas de injertos como asistente del

residente o asistente, Urología en atenciones de emergencias urológicas, colocación de sonda Foley etc.; Traumatología con manejo de traumatismos, fracturas, tracciones mecánicas, colocación de férulas, asistir en cirugías, etc. y por último en Neurocirugía donde se realizó punciones lumbares y se evaluó el pronóstico neurológico de los pacientes postoperatorios. De la misma manera en Cirugía general con el manejo del paciente pre y posoperatorio, asistiendo en diferentes cirugías logrando aprender técnicas y manejos operatorios.

Y por último la rotación en Ginecología y Obstetricia donde se realizaron funciones tanto en Tópico como especulocopias, evaluación gestacional, etc. En Hospitalización, atención de partos y asistir en cesáreas, manejo ginecológico en Hospitalización y de puerperio, que demuestra ser un servicio con alta demanda de pacientes.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación en Pediatría

Caso clínico n. °1 Enfermedad de Kawasaki

El caso clínico trata de la Enfermedad de Kawasaki, una vasculitis sistémica de pequeño y mediano vaso, que afecta generalmente a lactantes y niños menores de 5 años, sin embargo, se ha visto que puede afectar a adolescentes incluso adultos. Viene a ser en países desarrollados la primera causa de patología cardíaca adquirida en niños, y solo superada por la vasculitis Henoch Schlein como causa más frecuente de vasculitis en edad pediátrica. Es una enfermedad aguda que se autolimita, sin embargo, yace su relevancia por la afectación cardíaca que ocasiona en aquellos pacientes no tratados con inmunoglobulina humana intravenosa, más específicamente afectando las arterias coronarias (1).

Su prevalencia predomina en el continente asiático, la población más afectada específicamente según los estudios es lactantes de 18 a 24 meses de vida. Cabe señalar que el riesgo de aneurisma de arterias coronarias se da en edades <3 meses y >5 años. La relación de afectación según sexo se da en 1.5(varones)-1 (mujeres) (1).

Se postula como desencadenante posible la etiología infecciosa, sin embargo, aún no es claro o no se ha identificado el agente causal, a su vez se ha visto que los factores genéticos juegan un papel importante en la patogénesis de la enfermedad (2).

El cuadro clínico se clasifica en estadios: agudos, subagudo y fase de convalecencia. en donde la fiebre es el síntoma que se reporta en la totalidad de casos en el periodo agudo, temperaturas que llegan a 40°C y que no responden o de manera parcial a antipiréticos. Otros signos son la conjuntivitis o inyección conjuntival, queilitis bucal, lengua aframbuesada, marcado exantema polimorfo que empiezan en miembros y se extienden al tronco, siendo característico en región perineal. Similar a la fiebre, el exantema desaparece en 1 a 2 semanas. Aparece también eritema en palmas y plantas de los pies que se acompaña de edema. (1) Terminada la segunda semana aparece la fase de convalecencia donde se produce la descamación periungueal, aunque no se presenta en todos los casos, también se describen las líneas de Beau en uñas. Otro de los hallazgos son las linfadenopatías, pero no aparece en la totalidad de los casos, pero es un criterio mayor, que aparecen en región cervical, unilateral suele instaurarse y desaparecer lo que dura la fiebre. Y por último las afectaciones cardiacas que resultan ser la parte más grave de la enfermedad generando desde pericarditis, miocarditis y aneurismas coronarios (2).

No en todas las oportunidades se presentan todos los signos y síntomas, pero para el diagnóstico de enfermedad de Kawasaki se necesita la presencia de fiebre >5 días, más 4 criterios clínicos ya mencionados. De no encontrarse todos los criterios vendría a ser enfermedad de Kawasaki incompleta, claramente descartando o haciendo el diagnóstico diferencial entre otras patologías. Se pueden tener en consideración exámenes complementarios como leucocitosis con desviación izquierda, anemia, trombocitosis y elevación de reactantes de fase aguda y del perfil hepático entre otros estudios de imagen como ecocardiograma para valoración de la afectación cardiaca (1).

El tratamiento se basa en el empleo de inmunoglobulina humana antes de los 10 días: 2g/kg en 12 horas, reduce los cuadros febriles y se evidencia en la mejoría del paciente, ya que la severidad y frecuencia de los aneurismas se reducen.

También se utiliza ácido acetil salicílico 3-5 mg/kg/día por su efecto antiagregante plaquetario (1).

La paciente del caso clínico tuvo mejoría significativa al momento de la administración de inmunoglobulina intravenosa, demostrando la importancia de reconocer el cuadro clínico y manejar la enfermedad en el tiempo adecuado. La enfermedad de Kawasaki fue una enfermedad vista con regularidad en el servicio de pediatría.

Caso clínico n. °2 Bronquiolitis

Los cuadros respiratorios fueron de los más prevalentes en el servicio de pediatría, dentro de los cuales los casos de bronquiolitis están a la cabeza. La bronquiolitis se define como un síndrome clínico de dificultad respiratoria en niños menores de 2 años de edad caracterizado por un cuadro clínico del tracto respiratorio bajo. A su vez se define como un primer episodio de sibilancias en niños menores de 12 a 24 meses, con cuadro clínico de infección de vías respiratorias bajas. Es una de las patologías más frecuentes en lactantes con una incidencia anual de 10%. Entre las edades de 2 a 6 meses se encuentra la tasa de hospitalización más alta (3).

La etiología es viral, siendo la causa más frecuente el virus sincitial respiratorio, donde se ven afectadas las células epiteliales bronquiales terminales, produciendo inflamación y/o daño directo en bronquios y bronquiolos pequeños. Además, se genera una obstrucción de las vías respiratorias y atelectasia ocasionado por exceso de moco, edema y desprendimiento de células epiteliales. Los estudios indican que los cambios patológicos empiezan de 18 a 24 horas post infección, infiltración linfocítica peribronquiolar, alteración ciliar y necrosis de células bronquiales. Se ha visto estar asociado a climas templados a finales de otoño e invierno. Otros virus como rinovirus, adenovirus y parainfluenza también son los causantes de la enfermedad, pero en menor frecuencia (4).

Existen factores de riesgo que puede generar un cuadro severo como prematuridad, bajo peso al nacer, enfermedad pulmonar crónica, displasia

broncopulmonar, inmunodeficiencia, defectos anatómicos de vías respiratorias entre otras, como ambientales: hacinamiento, guarderías, tabaquismo pasivo, contaminación del aire etc. (3).

La presentación clínica de la enfermedad está dada por un cuadro de dificultad respiratoria que generalmente se asocia a fiebre, tos, taquipnea, taquicardia, retracciones, sibilancias. Estas están precedidas generalmente de síntomas catarrales como congestión nasal, rinorrea. La duración de la enfermedad va a depender de factores como comorbilidades, edad, gravedad de la enfermedad y el agente causal. Los pacientes menores de 3 meses, prematuros, enfermedad cardiopulmonar tienden a tener más complicaciones presentando apnea e insuficiencia respiratoria, deshidratación, neumonía por aspiración, sobreinfección bacteriana (5).

El diagnóstico es clínico, que inicia con pródromo viral de vías respiratoria altas que progresivamente va produciendo dificultad respiratoria con taquipnea, luego aleteo nasal, retracciones torácicas y posteriormente afectación de vías respiratorias bajas con sibilancias y/o crepitantes (3).

Se pueden utilizar exámenes auxiliares como radiografías y exámenes de laboratorio, pero no son necesarios y no deben realizarse de rutina, si en aquellos pacientes con dificultad respiratoria moderada a grave para descartar coinfección bacteriana, complicaciones, etc.; además de excluir diagnósticos alternativos. Se puede apreciar engrosamiento peribronquial e hiperinsuflación; los hallazgos deben ser contrastados con el cuadro clínico para la toma de decisiones como necesidad de antibióticos cuando se sospeche a su vez de neumonía bacteriana (4).

El manejo incluye el mantenimiento de la hidratación adecuada, permeabilidad de la vía aérea por la congestión nasal, en pacientes con bronquiolitis leve no requieren el uso de broncodilatadores o glucocorticoides ya que pueden ser manejados con cuidados de apoyo. Se recomienda el lavado de fosas nasales con solución salina, evitar antitusígenos que pueden resultar contraproducentes (5).

En pacientes con bronquiolitis moderada a grave requerirán de atención hospitalaria con suplementación de oxígeno según requerimiento, hidratación

intravenosa en caso de deshidratación, aspiración nasal intermitente. Se puede realizar o utilizar broncodilatador inhalado con salbutamol como prueba de terapia broncodilatadora en aquellos pacientes con sibilancias y dificultad respiratoria grave; según responda al tratamiento se continúa o suspende el mismo. Así mismo el uso de nebulización con solución salina hipertónica puede ser utilizada en pacientes con síntomas continuos de moderado a grave, el uso de glucocorticoides no es de uso rutinario, sin embargo, puede ser utilizado en pacientes con antecedentes personales y/o familiares de atopia o asma (5).

En el caso clínico el paciente responde favorablemente al manejo para bronquiolitis, sin embargo, se administró macrólidos por sospecha de síndrome coqueluchoide ya que no había prueba confirmatoria pero la clínica era compatible parcialmente, la buena respuesta clínica con el manejo recibido hace pensar que la etiología pudo deberse a tos ferina como a la misma bronquiolitis.

3.2 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n. °3 Colangiocarcinoma

El caso clínico presentado en la rotación de medicina interna representa el alto ingreso de pacientes con patologías hepáticas y de vía biliar. El colangiocarcinoma es una neoplasia maligna originada de células epiteliales de las vías biliares intra y extrahepáticas, es una neoplasia altamente letal debido al estado avanzado de la enfermedad al momento del diagnóstico (6).

Las neoplasias hepatobiliares corresponden al 13% de mortalidad cuando se habla de neoplasias malignas a nivel mundial y el colangiocarcinoma al 20% de muerte a causa de neoplasia hepatobiliar. La incidencia anual de la enfermedad se estima que ronda en 1 por 100.000 habitantes en Norteamérica. Encuentra su mayor prevalencia en el continente asiático (6).

La etiología aún no es clara, se postula un factor de riesgo que se presenta en la mayoría de los casos como lo es la inflamación de evolución larga que a la postre daña crónicamente al epitelio. La colangitis esclerosante primaria se ha visto que en un 30% generan, o desarrollan colangiocarcinoma, la literatura menciona que posterior a los 2 años y medio de la colangitis esclerosante primaria los pacientes desarrollan colangiocarcinoma. Se describen otros

factores de riesgo como quistes de colédoco, enfermedad fibropoliquística congénita biliar, litiasis hepática y enfermedad de Caroli, otras manifestaciones hepáticas también se encuentran relacionadas con la aparición de la neoplasia biliar como colelitiasis, cirrosis biliar, cirrosis hepática alcohólica entre otras como diabetes, pancreatitis, tirotoxicosis etc. (6).

Las manifestaciones clínicas son generalmente asintomáticas en etapas tempranas, la clínica es similar a una colelitiasis, se asocia dolor abdominal, pérdida de peso, ictericia, coluria, acolia, puede encontrarse hepatomegalia, signo de Courvoisier, hipertensión portal entre otras, este cuadro suele presentarse cuando la enfermedad está en estadios avanzados. En pacientes con colangitis esclerosante primaria se debe sospechar de colangiocarcinoma si presenta al año de seguimiento: dolor abdominal, ictericia, prurito generalizado e hiperbilirrubinemia (7).

Los exámenes auxiliares que nos aproximan al diagnóstico son hiperbilirrubinemia >10 mg /dl, elevación de gamma glutamil transferasa y fosfatasa alcalina, se utilizan marcadores tumorales como antígeno carcinoembrionario y CA19-9. Los exámenes de imagen también son de ayuda como por ejemplo la ecografía siendo la primera en realizarse en sospecha de cuadro obstructivo, se puede presentar dilatación de vías biliares con o sin una tumoración apreciable, engrosamiento, etc. Para determinar la diseminación es importante la tomografía que ayuda a precisar la afectación vascular, ganglionar o metástasis. Pero la colangiografía es el estudio de elección para el colangiocarcinoma teniendo una alta especificidad y sensibilidad, permite valorar la anatomía biliar y extensión de la neoplasia (7).

Siendo una neoplasia maligna, el tratamiento es limitado debido a índices de recurrencia y corta sobrevida. El tratamiento es quirúrgico que puede brindar una sobrevida estimada de 36 meses con 62% de recurrencia posterior a 26 meses del procedimiento. (6) En cuanto la enfermedad esté avanzada y el tratamiento quirúrgico no sea opción, el tiempo de vida estimado es de 6 a 12 meses. También dentro del manejo está las terapias locales no quirúrgicas como radioterapia, ablación local, embolización de arteria hepática. La quimioterapia sistémica también puede mejorar el control de la enfermedad, sin embargo, la mayoría de pacientes tendrán como objeto el manejo paliativo (8).

Como en el caso clínico la colocación de stent percutáneo en árbol biliar o también la derivación biliar- entérica son manejos paliativos que son utilizados en estadios avanzados de la enfermedad (8). La paciente del caso clínico presentaba elevaciones cada vez mayores de bilirrubinas en sus controles motivo por el cual debió someterse a la colocación de stent percutáneo en el instituto nacional de enfermedades neoplásicas.

Caso clínico n. °4 Cirrosis hepática

La cirrosis hepática es una patología crónica del hígado difusa e irreversible caracterizada por la fibrosis del tejido, más la presencia de nódulos de regeneración que generan alteraciones de la anatomía vascular y disfunción hepática (9).

Con respecto a la mortalidad de la enfermedad, se estima que por año se presentan 800.000 muertes a nivel mundial. Es más prevalente en países occidentales y afecta más a varones con una prevalencia dos veces mayor que en mujeres (9).

La etiología más frecuente en el mundo occidental es a causa del alcoholismo, siendo solo un 12% de estos pacientes que progresan a cirrosis, además están las infecciones virales como la hepatitis B y C. Que se presentan en pacientes homosexuales, recién nacidos con madre con antígeno de superficie positivo, usuarios de drogas vía parenterales, personal médico, inmigrantes mediterráneos, etc. El 20% de pacientes infectados con hepatitis C desarrollan cirrosis hepática después de 10 a 20 años, entre otras etiologías están la hemocromatosis, enfermedad de Wilson, cirrosis autoinmune, esteatohepatitis no alcohólica, toxinas o fármacos entre otras (10).

Independientemente de la etiología del daño generado en el hígado es la inflamación de la íntima endotelial, posterior a ello hay una estasis venosa y sinusoidal, que al extenderse ocasionan isquemia acinar. Que finalmente producen apoptosis, hiperplasia nodular regenerativa, atrofia y por último conducen a la cirrosis (9).

El cuadro clínico es asintomático en algunos casos, siendo diagnosticados de manera incidental. En caso de aparición de síntomas se describen hiperpirexia, dispepsia, astenia, hipertensión portal que ocasiona varices esofágicas, también se describe repercusiones por sistemas: diarrea, hemorragia digestiva por ruptura de varices esofágicas, ascitis, anemias, alteración en la coagulación, hiperaldosteronismo secundaria, hipertensión pulmonar, hidrotórax hepático síndrome hepatopulmonar, neuropatía y encefalopatía hepática entre otras (9).

El diagnóstico se da mediante hallazgos clínicos, analíticos y ecográficos, sin embargo, un diagnóstico de certeza nos brinda un examen histológico mediante una biopsia del tejido y es considerado el Gold standard. Sin embargo, por no ser invasivo, se utiliza a la ecografía como examen habitual, otras pruebas de laboratorio como hemograma donde se presentan anemia leucopenia, trombocitopenia, prolongación de tiempo de protrombina, elevación de bilirrubinas, fosfatasa alcalina marcadamente alta y transaminasas alta, pero en algunos casos normales (10).

Con respecto al manejo a veces es limitado por el tiempo que se da el diagnóstico en estadios avanzados. El tratamiento ideal definitivo es el trasplante de hígado que representa un 80% de supervivencia al cabo de cinco años, sin embargo, el riesgo quirúrgico es alto. Además, se aconseja en estos pacientes la ingesta de 0.5g/ kg de peso de proteína, ingesta de líquidos a 1200 ml/ día, restricción de sodio en función a valores en orina. El pronóstico de la enfermedad es según si está compensada o descompensada mientras que la última lleva a la muerte y empieza a manifestarse cuando aparecen signos como ascitis, varices esofágicas, encefalopatía (10).

En el caso clínico la paciente llegó a cronificar la fibrosis a causa del antecedente de infección por hepatitis B, las manifestaciones clínicas presentadas corresponden a un estado avanzado que repercutió en otros sistemas.

3.3 Rotación en Cirugía

Caso clínico n. °5 Colelitiasis

La vesícula biliar es un pequeño órgano ubicado justo debajo del hígado que contiene un líquido digestivo llamado bilis, el cual se secreta en el intestino delgado. La colelitiasis o cálculos biliares son depósitos endurecidos de fluidos digestivos que pueden formarse dentro de la vesícula biliar, cuyo tamaño puede variar desde granos de arena hasta pelotas de golf (11).

Un estudio del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Perú estimó que la prevalencia de colelitiasis es aproximadamente del 10% (varía según la ubicación geográfica). Las complicaciones incluyeron colangitis en un 30% y pancreatitis en hasta un 11%. Además, se estima que aproximadamente el 14% de la población es portadora asintomática de cálculos biliares, con mayor prevalencia en mujeres. Gran parte de los pacientes con cálculos biliares son asintomáticos y el diagnóstico se realiza de manera incidental mediante pruebas de imagen abdominal (11).

Las personas con cálculos asintomáticos pueden no llegar a desarrollar síntomas ni complicaciones (12).

Los cálculos biliares pueden ser a causa de distintos factores tanto genéticos, ambientales y metabólicos. Los principales factores son: La constitución de la bilis, ya sea por mucho colesterol o bilirrubina, predisponiendo a la precipitación y desarrollo de cristales de colesterol; otro factor es la estasis biliar, el cual es causado por la disminución del vaciado de la vesícula, aumentando la concentración de la bilis. En cuanto al factor obesidad, es debido a la dieta que suele ser alta en grasas saturadas, causando cambios en la bilis. Es importante recalcar que el sexo femenino suele estar más asociado a dicha enfermedad, esto probablemente por cambios hormonales ligadas al embarazo, el uso de anticonceptivos con hormonas, entre otros. Por último, tenemos a las enfermedades asociadas como la diabetes, síndrome metabólico, enfermedades hepáticas y enfermedad de Crohn, así como los antecedentes médicos como cirugía bariátrica, dietas extremadamente estrictas con pérdida rápida de peso (12).

En ocasiones, los cálculos biliares pueden complicarse al migrar e impactar en los conductos, produciendo obstrucción e ictericia, es decir, coledocolitiasis (12).

Muchos pacientes con colelitiasis son asintomáticos y se descubre la enfermedad incidentalmente, pero con los años pueden llegar a desarrollar complicaciones, ya que al tener colelitiasis quiere decir que aquellos pacientes sintomáticos cursan con dolor tipo cólico en CSD de intensidad moderada a severa que, al complicarse, pueden cursar con hipersensibilidad en CSD asociado a masa palpable y fiebre igual o mayor a 38°C, es decir, colecistitis aguda; también puede cursar con los síntomas anteriores e ictericia, es decir, con coledocolitiasis (12).

Para el diagnóstico definitivo es necesario la ecografía abdominal junto con la clínica del paciente (11).

El diagnóstico suele ser clínico, tomando en cuenta los signos locales de inflamación, como el signo de Murphy, masa palpable asociada a hipersensibilidad en CSD, así como signos sistémicos como fiebre, PCR elevado y leucocitosis (11).

El manejo de la colelitiasis sintomática, es decir, cuando el paciente presenta cólicos, se trata con AINEs como primera línea y antiespasmódicos como segunda línea (12).

El manejo quirúrgico de los pacientes es hasta que desarrollen síntomas. o en asintomáticos con sospecha de malignidad, cálculos iguales o mayores a 3 cm de diámetro y pacientes con enfermedades hepáticas crónicas como la anemia falciforme (12).

La coledocolitiasis debe ser manejada quirúrgicamente (11).

El paciente del caso presentado tuvo una buena evolución luego de la colecistectomía, fue controlado luego de una semana para el retiro de puntos, sin complicaciones, demostrando la importancia de la intervención antes de futuras complicaciones. La colelitiasis fue una enfermedad de gran recurrencia en el servicio de cirugía, cuyos pacientes en su mayoría, efectivamente fueron del sexo femenino.

Caso clínico n. °6 Quiste mesentérico gigante

Un quiste mesentérico es un defecto congénito en el cual se desarrolla un quiste en el mesenterio, el cual es un pliegue de tejido membranoso que conecta los intestinos delgado y grueso con la pared abdominal posterior. El tamaño de los quistes varía, así como el contenido de los mismos, pudiendo contener líquido claro, linfa, o material gelatinoso (13).

La incidencia actualmente es 1 de cada 100 mil pacientes adultos y 1 de cada 20 mil pacientes pediátricos (13).

Se localiza frecuentemente en el mesenterio del intestino delgado con un 60%, en el colon ascendente con un 24% y en su minoría en la región retroperitoneal con un 14.5%. Como se ve, son pocos frecuentes y suelen ser diagnosticados incidentalmente en exámenes de rutina (14).

La etiología de este tipo de quistes es desconocida, sin embargo, se sugiere que algunos quistes mesentéricos son a causa de anomalías congénitas debido a errores en la migración de las células; otros factores pueden ser la obstrucción linfática, cuyos quistes tienen contenido linfático, la inflamación crónica o trauma con irritación crónica y gran respuesta inflamatoria también puede ser otra causa, así como malformaciones vasculares y factores genéticos, aunque no está totalmente definido, ya que, como podemos ver, la causa varía de persona a persona (14).

Con respecto al cuadro clínico, aproximadamente la mitad de los pacientes son asintomáticos, siendo que la mayor parte de los casos son hallazgos intraoperatorios (13).

En caso de que se presente con síntomas, estos suelen ser inespecíficos, como dolor abdominal leve y difuso, sin embargo, las manifestaciones se sujetan al tamaño, localización y complicaciones de abdomen agudo, tales como hemorragias intra quísticas, vólvulos, infecciones, invaginaciones y rupturas de quiste (13).

Para diagnosticar los quistes mesenquimatosos, se suelen usar diferentes estudios de imagen, las cuales son la ultrasonografía, con la que se visualizan lesiones sólidas sin especificar detalles anatómicos; y la TAC que es más usada, ya que con esta se determina el contenido quístico, el tamaño de la pared, si hay

tabiques, y si se usa contraste se puede definir si hay relación del quiste con estructuras adyacentes o vasculares (14).

El manejo del quiste mesentérico gigante es quirúrgico, con extirpación completa debido a riesgo de recidivas en caso de extirpación parcial. La cirugía laparoscópica es la más usada debido a las ventajas como la resección completa del quiste con menor tiempo de recuperación y poca recurrencia. La aspiración y marsupialización de los quistes no se recomienda, ya que tiene alta recurrencia y sobreinfección (15).

Es importante recalcar que el quiste puede hacer que se desarrolle irritación local en tejidos adyacentes, causando tejido fibroso o cicatricial, es decir, puede hacer que se formen bridas y adherencias que podrían ser las que causan los síntomas en los pacientes, así como es probable que estas se formen luego de la operación como en cualquier otra intervención quirúrgica, causando complicaciones que puedan conllevar a una nueva intervención quirúrgica (15).

El caso presentado, no se suele ver frecuentemente en el servicio debido a su baja frecuencia, sin embargo, el diagnóstico del paciente no fue incidental debido al tamaño del quiste mesentérico. Una de las complicaciones propias de la enfermedad, fueron las adherencias que afectaron en parte al sistema renal, por lo que durante la cirugía también se realizó la liberación de adherencias, sin embargo, tuvo buena evolución, sin evidencia de complicaciones postoperatorias.

3.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n. °7 Embarazo ectópico complicado

El embarazo ectópico es cuando el proceso de implantación se complica, creciendo el óvulo fertilizado fuera del útero, con mayor frecuencia en las trompas de Falopio (98%), siendo la zona ampular la más común con un 80%, seguido por el istmo con 12%, luego por las fimbrias con un 6% y finalmente en la zona intersticial con un 2.2%; sin embargo, también puede implantarse en otras estructuras como los ovarios con un 0.15% al igual que el cérvix, y otros

lugares en la cavidad abdominal en el 1.4% de los casos. En casos poco comunes, puede llegarse a implantar en la cicatriz de cesárea (16).

Su incidencia ha ido en aumento a nivel mundial debido a distintos factores, siendo considerado un problema de salud pública a nivel mundial, ya que (80-90%) es la primera causa de muerte materna en el primer trimestre, sin embarazo, en los últimos años ha decrecido su morbimortalidad. Tiene una incidencia de 2 de cada 100 embarazos. Este tipo de embarazos se ven mayormente cuando la concepción fue mediante reproducción asistida (16).

Sobre la etiopatogenia, están involucrados los factores que afectan el transporte de los gametos o embriones y que lesionen de alguna manera el epitelio tubárico, interviniendo en la movilidad de las trompas, como pueden ser los factores de riesgo a continuación, que aumentan la prevalencia del embarazo ectópico, como la fertilización in vitro y transferencia embrionaria, el uso de anticonceptivos con gestágenos, el uso de DIU, antecedente de embarazo ectópico, EPI, antecedente de legrado uterino o cirugía pélvica como cesárea (16).

El cuadro clínico varía de acuerdo al grado de invasión, a lo viable de la gestación y la zona de implantación. Cuando hay invasión de los vasos, se desarrolla hemorragia que una vez que llega a la serosa, genera dolor, por lo que la clínica del paciente, así como el desarrollo de la enfermedad son impredecibles, ya que muchos embarazos ectópicos pueden ser asintomáticos y resolverse como abortos espontáneos, y en otros casos debutan con estallamiento de trompas y shock sin haber tenido síntomas previamente (17).

En las gestaciones ectópicas sintomáticas, es habitual la triada clásica: Dolor abdominal de severa intensidad con aparición brusca en la zona pélvica, asociado a sangrado vaginal y amenorrea o retraso de la menstruación (16).

El diagnóstico está basado en la clínica del paciente, el estudio de imagen, es decir, la ultrasonografía transvaginal, donde se observa útero vacío, endometrio grueso, signo de doble halo en trompa, visualización de saco gestacional fuera del útero y eco Doppler positivo; en caso de que no sean pruebas consistentes, se procede a la toma de BHCG en sangre (17).

El examen pélvico suele ser poco específico, pero se aprecia el dolor a la movilización del cérvix y palpación de masa anexial que cursa con dolor (16).

Suele aparecer irritación peritoneal (Blumberg positivo) y shock en caso de ruptura (16).

El tratamiento casi siempre suele ser quirúrgico, predominando la cirugía conservadora laparoscópica, es decir, la salpingostomía conservando la trompa, sin embargo, podría ser requerida la cirugía laparotomía dependiendo de la gravedad (si hay ruptura tubárica y hemoperitoneo masivo). En caso de que se trate de un embarazo ectópico no evolutivo o no activo, el tratamiento es expectante; si se trata de un embarazo ectópico de moderada a alta actividad, requieren cirugía. Es importante tener en cuenta las condiciones para realizar la intervención quirúrgica conservadora, las cuales son: Estabilidad hemodinámica, que el tamaño sea menor a 5 centímetros y que se localice en la zona ístmica o ampular (18).

Es necesario controlar semanalmente el nivel de BHCG de la paciente hasta que se negativicen sus valores, ya que en caso de que los valores aumenten, se deberá administrar metotrexato IM para la lisis del producto (18).

La paciente del caso clínico cursó con buena evolución postoperatoria, con estabilidad hemodinámica, por lo que se evidencia que es importante el reconocimiento de un cuadro clínico de embarazo ectópico y la intervención quirúrgica inmediata, ya que este puede debutar con rotura de trompas, como en el presente caso, que evolucionó rápidamente a una hemorragia. Si bien el embarazo ectópico es una afección común que se encuentra con regularidad en el servicio de ginecología del hospital, la incidencia de embarazos ectópicos complicados es relativamente baja.

Caso clínico n. °8 Incompetencia cervical

La incompetencia cervical, conocida también como insuficiencia cervical, se refiere a la inhabilidad del cuello uterino para retener al feto sin la presencia de contracciones uterinas. En otras palabras, implica la dilatación del cuello uterino sin ningún estímulo aparente, lo que puede llevar a un parto prematuro o a un

aborto espontáneo, siendo esto más común durante el segundo trimestre debido a la incapacidad del cuello uterino para permanecer cerrado (19).

La incompetencia cervical se clasifica como una de las razones menos frecuentes detrás de los abortos espontáneos, y se observa con mayor frecuencia en mujeres que han experimentado abortos espontáneos previos durante el segundo trimestre de embarazo (19).

Las razones detrás de la incompetencia cervical pueden tener múltiples factores, incrementando el riesgo de cada mujer desde una perspectiva fisiopatológica. Durante el embarazo, el cuello uterino se transforma a través de diversas interacciones celulares. Cualquier alteración en este proceso podría provocar una maduración prematura del cuello uterino, resultando en incompetencia cervical y, como consecuencia, en aborto espontáneo o parto prematuro (20).

En relación con los factores de riesgo, algunas mujeres nacen con un cuello uterino débil o presentan anomalías que las hacen más propensas a desarrollar esta condición. Un factor de riesgo significativo es haberse sometido previamente a una cirugía cervical, como la conización, que puede debilitar el tejido cervical, así como los traumas cervicales de diversas causas. La dilatación cervical anormal, provocada por la exposición a dietilestilbestrol o la inflamación crónica del cuello uterino, también constituye otro factor de riesgo. Los desequilibrios hormonales también juegan un papel, ya que afectan la capacidad del cuello uterino para permanecer cerrado durante el embarazo, especialmente en relación con la hormona progesterona. Finalmente, los antecedentes de la paciente, ya sea en términos de partos prematuros o abortos espontáneos, incrementan el riesgo de incompetencia cervical en futuros embarazos (19).

Los signos presentes en mujeres con incompetencia cervical difieren de una persona a otra, ya que la dilatación del cuello uterino puede ocurrir de manera progresiva sin la presencia de contracciones, y esto se da fuera del rango habitual de un trabajo de parto normal (19).

La mayoría de las mujeres con incompetencia cervical suelen tener historial de abortos espontáneos recurrentes, siendo estos más comunes durante el segundo trimestre del embarazo (20).

Pueden experimentarse sensaciones de peso en la zona vaginal o presión en la región pélvica, así como sangrado vaginal sin dolor y la presencia de secreciones vaginales que son señales o indicadores de la ruptura prematura de las membranas (19).

La identificación de la incompetencia cervical generalmente se lleva a cabo en tres contextos distintos: Pacientes que experimentan súbitamente síntomas y signos de insuficiencia cervical; pacientes con historial de pérdidas en el segundo trimestre que sugieren incompetencia cervical, basado en su historial clínico; pacientes con resultados de ecografías endovaginales que indican incompetencia cervical (diagnóstico mediante ecografía) (20).

El manejo de la incompetencia cervical incluye el uso de tratamiento farmacológico mediante suplementos de progesterona, especialmente si el cuello uterino es corto y no hay antecedentes de parto prematuro. La progesterona puede administrarse en forma de gel o supositorio, aplicándose diariamente en la vagina. Una parte integral del tratamiento implica la monitorización a través de ecografías, especialmente en mujeres con historial de parto prematuro u otros factores de riesgo para la incompetencia cervical. El médico llevará a cabo seguimientos cada dos semanas, desde la semana 16 hasta la semana 24 del embarazo, observando la longitud del cuello uterino. Si la longitud disminuye y la paciente tiene menos de 24 semanas de gestación, es probable que se considere la opción de cerclaje cervical (21).

El cerclaje cervical implica la sutura del cuello uterino para cerrarlo, y estas suturas se retiran durante el último mes de embarazo o antes del parto. Este procedimiento se realiza cuando la paciente está en las primeras 24 semanas de gestación, presenta historial de parto prematuro y los controles ecográficos muestran evidencia de dilatación cervical (21).

Se aprecia en el presente caso que la paciente no respondió favorablemente a los tocolíticos ni al cerclaje, hubo diagnóstico a las 22 semanas de gestación, resultando de esta manera en un parto prematuro. Podemos ver la lo indispensable de realizar ecografías para el diagnóstico temprano en gestantes de incompetencia cervical.

Asimismo, es importante resaltar que, para evitar futuras complicaciones, es importante el uso de antibióticos como en la paciente, para evitar infecciones causadas por el mismo proceso de ruptura de membrana.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA SOBRE LA EXPERIENCIA

El Internado Médico es una etapa crucial en la formación de los profesionales de la salud, se realiza después de haber culminado la carrera de medicina. A medida que avanza el internado, los médicos internos asumen progresivamente más responsabilidades clínicas. Bajo supervisión, participamos en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes. Esta fase brinda la oportunidad de desarrollar habilidades prácticas esenciales para una futura práctica profesional.

Los internos somos evaluados periódicamente a través de exámenes y evaluaciones prácticas. Estas evaluaciones son fundamentales para medir la competencia clínica y la capacidad para aplicar los conocimientos adquiridos en situaciones reales. Además de la experiencia clínica, los internos participamos en sesiones académicas, conferencias y actividades de formación continua. Esto contribuye a una educación continua que nos permite mantenernos actualizados en los avances médicos.

El Internado no solo sirve para complementar conocimientos teóricos con prácticos sino también enseñan a ser cabeza de un grupo multidisciplinario conformado por otros profesionales de la salud como licenciadas en enfermería, obstetras, técnicos en enfermería, etc., que es importante para el servicio rural urbano marginal, el primer paso después de egresar de la carrera como médico cirujano. Al completar con éxito el Internado Médico, se obtiene la certificación correspondiente y nos encontramos habilitados para ejercer la medicina de manera independiente y responsable. Este paso es fundamental para acceder al ejercicio profesional en el sistema de salud peruano.

La estancia en el hospital quizá fue la más enriquecedora a nivel de carrera profesional, debido al conocimiento recibido, valores, compañerismo por parte de los médicos residentes, asistentes, enfermeras y obstetras que en el manejo

del día a día brindan sus conocimientos prácticos en favor de dar un servicio de calidad a los pacientes, que retribuyen con agradecimiento su bienestar después de su atención hospitalaria, acciones que generan satisfacción por el arduo trabajo que se realiza diariamente.

CONCLUSIONES

1. El Internado Médico es una fase intensiva de aprendizaje práctico que prepara a los médicos recién graduados para enfrentar los desafíos y responsabilidades que conlleva la práctica médica en el sistema de salud del país.
2. El Hospital María Auxiliadora es un centro hospitalario importante a nivel nacional, que desempeña un papel fundamental en la prestación de servicios de atención médica especializada, la formación de profesionales y la contribución a la investigación médica en la región.
3. La constante capacitación, retroalimentación mediante sesiones pedagógicas son cruciales para el aprendizaje del personal médico, permitiendo tener un amplio alcance actualizado del manejo de las diferentes patologías.
4. Es importante mencionar el retorno progresivo a la normalidad que fue opacada por las repercusiones de la pandemia por COVID 19, esta reinserción del interno de medicina toma su mayor importancia en poder lograr complementar todo el conocimiento práctico que años anteriores fueron privadas por la emergencia sanitaria.

RECOMENDACIONES

1. Tener capacitaciones constantes sobre las patologías más prevalentes por especialidad sobre todo en la parte de diagnóstico y manejo.
2. Mantener un horario de estudio, permanente para fijar nuevos conocimientos para ponerlos en práctica en cada servicio.
3. Retomar los horarios que fueron acortados por motivo de la emergencia sanitaria, que al momento está siendo controlada, debería retomarse para aprovechar al máximo el conocimiento práctico en el año de internado.
4. Es necesario solicitar alimentación a los internos de medicina brindada por el hospital María Auxiliadora, ya que está en la actualidad no es brindada.
5. Tener un ambiente laboral adecuado en el cual el interno se vea en confianza de desenvolverse adecuadamente en todos los aspectos de la intervención sanitaria, de manera digna con los equipos adecuados.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Sánchez-Manubens J. Enfermedad de Kawasaki [Internet]. Aeped.es. [citado el 28 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_kawasaki.pdf
2. Baleato Gómez B, González Ávila C, Souto Cainzos B, Iglesias González B, González Menchén C, Ramos Amador JT. Revisión clínica y diagnóstica de la enfermedad de Kawasaki: estudio descriptivo, retrospectivo y analítico. *Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2018 [citado el 28 de febrero de 2024];20(77):15–24. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000100003
3. Vega-Briceño LE. Actualización de la bronquiolitis aguda. *Neumología Pediátrica*. 2021 Jun 16;16(2):69–74.
4. Piedra P. Bronquiolitis en bebés y niños: tratamiento, resultado y prevención [Internet]. Edwards M, editor. Uptodate. 2023 [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/bronchiolitis-in-infants-and-children-treatment-outcome-and-prevention?search=bronquiolitis&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H1
5. Piedra P. Bronquiolitis en lactantes y niños: características clínicas y diagnóstico [Internet]. Edwards M, editor. Uptodate. 2023 [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/bronchiolitis-in-infants-and-children-clinical-features-and-diagnosis?search=bronquiolitis&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default&display_rank=3#H1
6. Pérez Navarro JV, Tello Barba IM, Anaya-Prado R, Castelltort Cervantes LF, Schadegg Peña D, Canton Diaz A, et al. Colangiocarcinoma, una revisión de retos en diagnóstico y manejo. *Cirujano General* [Internet]. 2014 Jan 1;36(1):48–57. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirujano-general-218-articulo-colangiocarcinoma-una-revision-retos-diagnostico-X1405009914552009>

7. Anderson C, Stuart K, Palta M. Opciones de tratamiento para el colangiocarcinoma localmente avanzado, irresecable pero no metastásico [Internet]. Shah S, editor. Uptodate. 2022 [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-options-for-locally-advanced-unresectable-but-nonmetastatic-cholangiocarcinoma?search=colangiocarcinoma&source=search_result&selectedTitle=5%7E150&usage_type=default&display_rank=5#H1
8. Lowe R, Anderson C, Kondley K. Manifestaciones clínicas y diagnóstico del colangiocarcinoma. [Internet]. Tanabe K, editor. Uptodate. 2023 [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-cholangiocarcinoma?search=colangiocarcinoma&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H1
9. Gómez Ayala, Adela-Emilia. Cirrosis hepática. Actualización. Farmacia Profesional [Internet]. 2012;26(4):45–51. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-cirrosis-hepatica-actualizacion-X0213932412502272>
10. Goldberg E, Chopra S. Cirrosis en adultos: etiologías, manifestaciones clínicas y diagnóstico. [Internet]. Runyon B, editor. Uptodate. 2023 [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/cirrhosis-in-adults-etiological-manifestations-and-diagnosis?search=cirrosis%20hepatica&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H1
11. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la coledocolitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis [Internet]. 2018 [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Coledocolitiasis_Version_Corta.pdf
12. Tanaja J, Meer JM. Cholelithiasis [Internet]. Nih.gov. StatPearls Publishing; 2019 [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470440/>

13. Martínez Montalvo CM, Muñoz Delgado DY, Jiménez Sánchez HC, Siado Guerrero SA, Esguerra Sánchez DC, Ordoñez Galvis DA. Quiste mesentérico gigante: reporte de caso. Revista colombiana de Gastroenterología. 2021 Jun 29;36(2):257–62. Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/527/1185>
14. Quiste mesentérico gigante: resolución laparoscópica. Reporte de casos | HPC [Internet]. HPC. 2015 [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.hpc.org.ar/investigacion/revistas/volumen-17/quiste-mesenterico-gigante-resolucion-laparoscopica-reporte-de-casos/>
15. Bono GM, Maneiro LE, Martínez JE. Abordaje mínimamente invasivo para el tratamiento de los tumores quísticos retroperitoneales gigantes. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba. 2021 Sep 22;78(3):322–5. Disponible en: <https://www.hpc.org.ar/investigacion/revistas/volumen-17/quiste-mesenterico-gigante-resolucion-laparoscopica-reporte-de-casos/>
16. Embarazo ectópico | Williams Obstetricia, 25e | AccessMedicina | McGraw Hill Medical [Internet]. accessmedicina.mhmedical.com. [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=229285688&bookid=2739&Resultclick=2>
17. Embarazo ectópico cervical: diagnóstico preciso y enfoque de manejo médico. Reporte de caso [Internet]. Javeriana.edu.co. 2018 [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/59-1%20\(2018-I\)/231054404011/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/59-1%20(2018-I)/231054404011/)
18. Tipiani-Rodríguez O, Elías-Estrada JC, Bocanegra-Becerra YL, Ponciano-Biaggi MA. Treatment of ectopic pregnancy implanted on cesarea scar: cohort study 2018-2022, Lima, Peru. Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecologia [Internet]. 2023 Jun 30;74(2):15–30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37253244/>
19. Thakur M, Kunal Mahajan. Cervical Incompetence [Internet]. Nih.gov. StatPearls Publishing; 2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525954/>
20. Parto prematuro en paciente con incompetencia cervical y antecedentes de miastenia gravis | Revista de Ginecología y Obstetricia de México

[Internet]. ginecologiyobstetricia.org.mx. [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://ginecologiyobstetricia.org.mx/articulo/parto-prematuro-en-paciente-con-incompetencia-cervical-y-antecedentes-de-miastenia-gravis>

21. Lucia. Cerclaje cervical como tratamiento de incompetencia funcional. Estudio descriptivo transversal en Maternidad Pública de Córdoba. Revista de Salud Pública [Internet]. 2022 [citado el 29 de febrero de 2024];28(2). Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/34853>