

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO
EN LA CLÍNICA LIMATAMBO SAN ISIDRO 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA
PRESENTADO POR
LUCERO ROSMERY GARCÍA SÁNCHEZ

ASESORA
NELLY MERCEDES BORRA TOLEDO

LIMA - PERÚ
2024



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

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA
HUMANA**

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO
EN LA CLÍNICA LIMATAMBO SAN ISIDRO 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
LUCERO ROSMERY GARCÍA SÁNCHEZ**

**ASESORA
DRA. NELLY MERCEDES BORRA TOLEDO**

**LIMA – PERÚ
2024**

JURADO

Presidente: Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro: Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

ÍNDICE

ÍNDICE	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación en Medicina Interna	1
1.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia	4
1.3 Rotación en Cirugía General	7
1.4 Rotación en Pediatría	10
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ EL INTERNADO	14
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	16
3.1 Rotación en Medicina Interna	16
3.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia	20
3.2 Rotación en Cirugía General	22
3.4 Rotación en Pediatría	24
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	30
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES	32
FUENTES DE INFORMACIÓN	33

RESUMEN

Objetivo: Describir y plasmar la experiencia profesional, así como las capacidades adquiridas mediante el desarrollo de casos clínicos vividos en el internado médico de la autora en la Clínica Limatambo durante el periodo 2023-2024. **Metodología:** Es un estudio en el cual se presentan y analizan ocho casos clínicos presenciados durante los diez meses del internado médico en la Clínica Limatambo. **Resultados:** Se presentaron dos casos clínicos por cada rotación donde se describen diversas patologías como crisis asmática, hemorragia digestiva alta, hemorragia uterina anormal, torsión anexial, colecistitis aguda, apendicitis aguda, gastroenteritis aguda, plastrón apendicular, entre otros. **Conclusiones:** El internado es un periodo importante y trascendental en la carrera de medicina humana, donde se realiza una formación integral del futuro médico.

Palabras clave: Internado médico, clínica Limatambo, trabajo de suficiencia profesional, caso clínico

ABSTRACT

Objective: Describe and capture the professional experience, as well as the skills acquired through the development of clinical cases experienced in the author's medical internship at the Clínica Limatambo during the period 2023-2024.

Methodology: It is a study in which eight clinical cases witnessed during the ten months of the medical internship at the Limatambo Clinic are presented and analyzed. **Results:** Two clinical cases were presented for each rotation where various pathologies were described such as asthmatic crisis, upper gastrointestinal bleeding, abnormal uterine bleeding, adnexal torsion, acute cholecystitis, acute appendicitis, acute gastroenteritis, appendiceal plastron, among others. **Conclusions:** The internship is an important and transcendental period in the human medicine career, where comprehensive training of the future doctor is carried out.

Keywords: Medical internship, Clínica Limatambo, professional proficiency work, clinical case

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN LA CLÍNICA LIMATAMBO SAN ISIDRO 2023-2024

AUTOR

LUCERO ROSMERY GARCÍA SÁNCHEZ

RECuento DE PALABRAS

8332 Words

RECuento DE CARACTERES

47291 Characters

RECuento DE PÁGINAS

40 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

114.0KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 15, 2024 8:57 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 15, 2024 8:58 AM GMT-5

● **17% de similitud general**

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

- 17% 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



DRA. NELLY BORRA TOLEDO
ORDID:0000000229911823

INTRODUCCIÓN

El internado médico, en nuestro país, corresponde al último año de la carrera de medicina humana, en la que el estudiante realiza prácticas hospitalarias o clínicas poniendo en práctica conocimientos teóricos y prácticos, y adquiriendo habilidades para la atención de salud. Este tiene una duración normal de 12 meses, pero por motivos de la pandemia por COVID-19 se tuvo que reducir en este año a 10 meses rotando de esta manera dos meses y medio por cada especialidad: Ginecología y obstetricia, Medicina interna, Cirugía General y Pediatría.

El presente trabajo tiene como finalidad exponer la experiencia médica adquirida durante el internado mediante la exposición y discusión de dos casos clínicos por cada rotación que se presentaron durante este periodo ya sea en pacientes hospitalizados como de pacientes que acudieron a la emergencia. Estos casos se recopilaron durante el internado médico que comprendió desde el 1 de abril de 2023 al 31 de enero de 2024 en la Clínica Limatambo, sede San Isidro.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

En este capítulo, se exponen casos clínicos de las cuatro rotaciones en los que se tuvo participación durante los diez meses del internado médico en la clínica Limatambo.

1.1 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 1

Anamnesis

Paciente varón de 35 años con tiempo de enfermedad de 3 días acude a emergencia referido de la clínica Sanna manifestando que su cuadro clínico inicia presentando malestar general, tos y disnea; hace un día se le agega dolor torácico y sensación de alza térmica. Además refiere presentar esta sintomatología durante el día al menos una vez a la semana y más de dos veces al mes durante la noche.

Antecedentes patológicos: asma, rinitis alérgica

Antecedentes quirúrgicos: niega

Alergias: niega

Medicación de uso habitual: salbutamol condicional, Symbicort (formoterol + budesonida), uso de forma irregular.

Examen físico

Funciones vitales: frecuencia cardiaca: 110 lpm, frecuencia respiratoria: 22 rpm, presión arterial: 102/61 mmHg, saturación: 93%, temperatura: 37°C.

- Piel: tibia, hidratada, elasticidad conservada
- Cabeza: normocéfalo
- Cuello: cilíndrico
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos.
- Tórax y pulmones: amplexación conservada, simétrico, se auscultan sibilancias bilaterales difusas.

- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no visceromegalia.
- Genito urinario: puño percusión lumbar (PPL) negativo, puño retro ureteral (PRU) negativo.
- Neurológico: lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona (LOTEP), escala de Glasgow: 15/15, no signos meníngeos.

Exámenes auxiliares

Hemoglobina: 14.3 g/dl, hematocrito: 41.4, plaquetas: 265000, leucocitos: 8964, segmentados: 89.3, proteína C reactiva (PCR): 0.5 mg/L, sodio: 141.6, potasio: 4.24, cloro: 102.

Gases arteriales: bicarbonato: 21.70, contenido CO₂: 22.60, exceso de base: -0.40, ph: 7.49, presión CO₂: 28.90, presión O₂: 103.50, saturación de O₂: 98.70.

Tomografía espiral multicorte de tórax sin contraste: discreto engrosamiento de las paredes de algunos bronquiolos en ambos pulmones a predominio de los lóbulos superiores.

Diagnósticos presuntivos

- Crisis asmática
- Asma persistente leve

Plan

- Hospitalización
- Dieta blanda hipoalergénica + líquidos a voluntad
- Ceftriaxona 2 g EV cada 24 horas
- Hidrocortisona 100 mg EV cada 8 horas
- Salbutamol 2 puff cada 4 horas con aerocámara
- Bromuro de ipratropio 4 puff cada 4 horas
- Metamizol 1 g EV si temperatura es mayor de 38 °C
- O₂ por cánula binasal para saturación mayor a 92 %
- Control de funciones vitales

- Balance hidroelectrolítico

Caso clínico n.º 2

Anamnesis

Paciente mujer de 66 años con tiempo de enfermedad 02 días caracterizado por confusión y astenia, sin embargo, menciona que hace 06 horas presenta vómitos con sangre rojo rutilante de aproximadamente media taza, asociado a vértigo, cefalea, además de dolor abdominal leve en epigastrio, pobre tolerancia oral por lo que decide acudir a emergencia.

Antecedentes patológicos: cirrosis hepática por NASH, hipertensión arterial

Antecedentes quirúrgicos: niega

Examen físico

Funciones vitales: frecuencia cardiaca: 102 lpm, frecuencia respiratoria: 19 rpm, presión arterial: 115/50 mmHg, saturación: 96 %, temperatura: 37°C.

- Piel: hidratada, palidez +/+++ , llenado capilar 2 segundos, no edemas
- Cabeza: normocéfalo
- Cuello: cilindrico
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, taquicardia, buena intensidad, no soplos, ingurgitación yugular (-)
- Tórax y pulmones: no tirajes, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no estertores
- Abdomen: ruidos hidroaéreos (-), distendido, depresible, leve dolor a la palpación profunda en epigastrio, signo de Blumberg (-), signo de la oleada (+)
- Genito urinario: punto renoureteral (-), puño percusión lumbar (-)
- Locomotor: fuerza muscular y reflejos osteotendinosos conservados
- Neurológico: despierta, confusa, escala de Glasgow: apertura ocular (3), respuesta verbal (4), respuesta motora (6), no focaliza, no signos meníngeos, pupilas isocóricas fotorrectivas.

Exámenes auxiliares

Endoscopía digestiva alta: várices esofágicas con signos de riesgo de sangrado.

Hemoglobina: 6.7 g/dl, leucocitos: 7800, plaquetas: 250000, grupo A, RH: +.

Diagnósticos presuntivos

- Hemorragia digestiva alta
- Anemia severa
- Cirrosis hepática por historia clínica
- Hipertensión arterial por historia clínica

Plan

- Hospitalización
- NPO
- Colocación de 02 vías periféricas EV
- NaCl 0.9 %
- Transfusión de 02 unidades de paquetes globulares
- Se solicita perfil de coagulación, creatinina y electrolitos plasmáticos
- Octreotide en bolo 50 mcg EV asociado a infusión continua 50 mcg/h
- Ceftriaxona 2 g EV cada 24 horas
- Propanolol 20 mg cada 12 horas
- Control de funciones vitales
- Control de sangrado

1.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 1

Anamnesis

Paciente mujer de 52 años, ingresa al servicio de emergencia por presentar desde hace 10 días sangrado vaginal abundante, mareos y debilidad, siendo referida de la clínica Cayetano Heredia con examen de hemoglobina de 6.5 mg/dl y tratamiento con ácido tranexámico de 1g.

Niega antecedentes patológicos y quirúrgicos.

Alergias: niega

Fórmula obstétrica: G3 P3003

Examen físico

Funciones vitales: frecuencia cardiaca: 79 latidos por minuto (lpm), frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto (rpm), presión arterial: 137/77 mmHg, saturación: 99%, temperatura: 37°C.

- Piel: tibia, llenado capilar de 3 segundos.
- Ojos: ligeramente hundidos, conjuntivas pálidas.
- Boca: mucosas orales secas.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos (RHA) presentes, no doloroso a la palpación.
- Genitourinario: puño percusión lumbar negativo, puño retro ureteral negativo, sangrado vaginal activo de moderada cantidad.
- Neurológico: LOTEPE, Escala de Glasgow: 15/15.

Exámenes auxiliares

Ecografía transvaginal: hallazgo compatible con mioma uterino de 42 x 22mm, clasificación FIGO 3. Quiste de Naboth.

Hemoglobina: 5.7 g/dl, hematocrito: 18.9%, leucocitos: 6520, plaquetas: 349000, gupo O, RH +, Urea, creatinina, tiempo de protrombina y ratio internacional normalizado (INR) dentro de valores normales.

Diagnósticos presuntivos

- Hemorragia uterina anormal
- Leiomioma intramural del útero
- Anemia severa

Plan

- Hospitalización
- Dieta completa + líquidos a voluntad
- Control de funciones vitales
- Transfusión de 2 unidades de paquetes globulares
- Ácido tranexámico 1 ampolla EV cada 8 horas
- Control de sangado genital
- Interconsulta a hematología

Caso clínico n.º 2

Anamnesis

Paciente mujer de 34 años, niega antecedentes patológicos y quirúrgicos, G0P0, acude al servicio de Emergencia con tiempo de enfermedad de un día presentando dolor intenso en abdomen inferior que se irradia a región lumbar izquierda, malestar general, náuseas y vómitos. Además, trae consigo ecografía transvaginal con hallazgo sugerente de torsión ovárica.

Examen físico

Funciones vitales: frecuencia cardiaca: 74 lpm, frecuencia respiratoria: 20 rpm, presión arterial: 109/69 mmHg, saturación: 95%, temperatura: 37°C.

- Piel: tibia, llenado capilar menor de 2 segundos.
- Boca: mucosa oral húmeda
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: blando, depresible, RHA (+), doloroso a la palpación de anexo izquierdo, signo de rebote (+) a predominio izquierdo.
- Genito urinario: PPL (+) de lado izquierdo, no dolor a la movilización de cérvix.
- Neurológico: LOTEPE, escala de Glasgow: 15/15.

Exámenes auxiliares

Ecografía transvaginal: hallazgo compatible con torsión ovárica en anexo izquierdo asociado a líquido libre en moderada cantidad.

Examen completo de orina: amarillo, turbio, ph: 6.5, leucocitos: 0-2/campo, eritrocitos: 10-12/campo.

Hemoglobina: 12.6 g/dl, hematocrito: 37.3 %, leucocitos: 14070, segmentados: 79.7 %, plaquetas: 316000, PCR: 0.55 mg/L. Urea y creatinina dentro de los valores normales.

Diagnósticos presuntivos

- Síndrome doloroso abdominal
- Torsión anexial izquierda
- Abdomen agudo quirúrgico

Plan

- Hospitalización
- Perfil pre operatorio
- Interconsulta Anestesiología
- Laparotomía exploratoria
- NPO

1.3 Rotación en Cirugía General

Caso clínico n.º 1

Anamnesis

Paciente varón de 46 años ingresa a Emergencia con tiempo de enfermedad de 12 horas, refiere presentar deposiciones líquidas, dolor abdominal superior que se irradia a espalda, vómitos e hipotensión. Como antecedente patológico refiere litiasis vesicular.

Examen físico

Funciones vitales: frecuencia cardíaca: 95 lpm, frecuencia respiratoria: 18 rpm, presión arterial: 95/54 mmHg, saturación: 98 %, temperatura: 37 °C.

- Piel: tibia, llenado capilar menor de 2 segundos.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, Murphy (+).
- Genito urinario: PPL (+) de lado derecho.
- Neurológico: LOTEPE, Escala de Glasgow: 15/15.

Exámenes auxiliares

Ecografía de abdomen superior completo: litiasis vesicular con signos de colecistitis, resto de órganos abdominales ecográficamente normales.

Hemoglobina: 11.7 g/dl, hematocrito: 34.8 %, leucocitos: 13580, segmentados: 95.8 %, plaquetas: 194000, PCR: 6.24 mg/L., amilasa: 62 mg/dl.

Diagnósticos presuntivos

- Colecistitis aguda calculosa
- Anemia leve

Plan

- Hospitalización
- Perfil preoperatorio
- NPO
- NaCl 0.9% 30 gotas por minuto
- Ceftriaxona 2 g EV cada 24h
- Metamizol 1 g EV cada 8h
- Omeprazol 40 mg EV cada 24h
- Control de funciones vitales

Caso clínico n.º 2

Anamnesis

Paciente varón de 27 años, con tiempo de enfermedad de 10 horas, acudió al servicio de Emergencia por presentar dolor abdominal intenso en fosa iliaca derecha, náuseas y sensación de alza térmica.

Antecedentes patológicos: tuberculosis con tratamiento completo (2019)

Antecedentes quirúrgicos: niega

Alergias: niega

Examen físico

Funciones vitales: frecuencia cardiaca: 87 lpm, frecuencia respiratoria: 20 rpm, presión arterial: 114/74 mmHg, saturación: 98 %, temperatura: 36.5 °C.

- Piel: palidez leve
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, amplexación conservada, no ruidos agregados.
- Abdomen: blando, depresible, no distendido, RHA (+), doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, signo de McBurney (+), signo de Blumberg (+).
- Neurológico: LOTEP, Escala de Glasgow: 15/15.

Exámenes auxiliares

TEM de abdomen con contraste: apéndice cecal de 14.2 mm, pared gruesa con realce, líquido laminar y cambio inflamatorio regional.

Hemoglobina: 13.9 g/dl, hematocrito: 39.6 %, leucocitos: 13200, segmentados: 75 %, PCR: 22.09.

Examen completo de orina: amarillo, ligeramente turbio, ph:7, leucocitos: 1-2/campo, eritrocitos: 0-1/campo.

Diagnóstico

- Apendicitis aguda

Plan

- Hospitalización
- NPO
- NaCl 9 % 1000 cc + NaCl 9% 100 ml + metoclopramida 10 mg: EV STAT
- Ceftriaxona 2 g EV STAT
- Control de funciones vitales
- Balance hidroelectrolítico

1.4 Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 1

Paciente mujer de 11 años, madre refiere que desde hace dos días la paciente presenta deposiciones líquidas sanguinolentas de 6 a 7 cámaras, malestar general, náuseas, vómitos, fiebre de 40.3° y pobre tolerancia oral, por lo que acude a emergencia. Hospitalizada por dengue en 2021.

Examen físico

Funciones vitales: frecuencia cardiaca: 135 lpm, frecuencia respiratoria: 24 rpm, saturación: 99 %, temperatura: 37.5 °C.

- Piel: mucosas secas, lengua muy seca.
- Ojos: hundidos.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: blando, depresible, RHA (+), leve dolor en epigastrio, no signos peritoneales.
- Genito urinario: PPL (-), PRU (-).
- Neurológico: poco activa, reactiva, no signos meníngeos.

Exámenes auxiliares

Examen completo de orina: amarillo, ligeramente turbio, ph: 5, leucocitos: 1-3/campo, eritrocitos: 0-1/campo.

Hemoglobina: 10.0 g/dl, hematocrito: 31.2 %, leucocitos: 6290, plaquetas: 302000, glucosa: 86.7 mg/dl, creatinina: 0.66 mg/dl, sodio: 138.1 mmol/l, potasio: 3.39 mmol/l, cloro: 104 mmol/l.

Diagnósticos presuntivos

- Gastroenteritis aguda
- Depleción de volumen
- Anemia leve

Plan

- Hospitalización
- Dextrosa 5 % 1000cc + Na Cl 20 % 40cc + KCl 20 % 10cc: 40 cc/h
- Dieta líquida amplia a tolerancia
- SPE 3000cc pasar en 4 horas
- Omeprazol 40 mg EV STAT luego cada 24 horas
- Ciprofloxacino 400 mg EV STAT luego 200 mg EV cada 12 horas
- Metamizol 1 g EV condicional a fiebre o dolor
- Balance hidroelectrolítico + control de funciones vitales

Caso clínico n.º 2

Anamnesis

Paciente varón de 13 años, madre refiere que desde hace 20 días presenta cuadro gripal asociado a fiebre de 38 °C, dolor abdominal, vómitos y diarreas que ceden esporádicamente. Hace 4 días presenta fiebre y aumento del dolor abdominal por lo que acude a Emergencia.

Examen físico

Funciones vitales: frecuencia cardiaca: 133 lpm, frecuencia respiratoria: 24 rpm, presión arterial: 100/60 mmHg, saturación: 99 %, temperatura: 37.3 °C.

- Piel: hidratada
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no rales, no tirajes.
- Abdomen: leve distensión, impresiona masa en cuadrante inferior derecho, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos disminuidos.
- Neurológico: LOTEP, Escala de Glasgow: 15/15.

Exámenes auxiliares

Ecografía de abdomen completo: proceso inflamatorio intestinal difuso, se sugiere TEM abdominal según criterio clínico.

TEM de abdomen completo con contraste: apéndice cecal con calibre proximal de 17 mm y distal de 12.4 mm, fecalito en su interior de 10 mm, paredes engrosadas captadoras de contraste. Se aprecia colección hipodensa con escasas inclusiones gaseosas, fecalito, pared gruesa captadora de contraste, localizada en fosa iliaca derecha, subperitoneal, mide 78 x 35 x 55 mm, otra colección hipodensa de pared gruesa que mide 33 x 19 mm, retrovesical, otra colección de similares características que mide 30 x 24 mm, anterior al segmento colónico ascendente, otra colección en raíz mesentérica que mide 40 x 25 mm, múltiples ganglios en cadena ileocólica y raíz mesentérica izquierda. Incremento en la densidad de gasa mesentérica y paracólica a predominio derecho.

Hemoglobina: 11.0 g/dl, hematocrito: 33.2 %, leucocitos: 9530, plaquetas: 408000, PCR: 70.05 mg/dl, urea: 25 mg/dl, creatinina: 0.53 mg/dl, TGO: 32 U/L, TGP: 31 U/L, sodio: 140.6, potasio: 3.99, cloro: 101.

Examen completo de orina: amarillo, ph: 5, leucocitos: 2-3/campo, eritrocitos: 0-2/campo, gérmenes: escasos.

Diagnóstico presuntivo

- Plastrón apendicular

Plan

- Dieta blanda + líquidos a voluntad
- Vía salinizada
- Ceftriaxona 2 g EV cada 12 horas
- Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas
- Metamizol 1 g EV cada 8 horas
- Control de funciones vitales + balance hidroelectrolítico

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ EL INTERNADO

Los casos clínicos fueron desarrollados en la Clínica Limatambo sede San Isidro, que se encuentra ubicada en la Av. República de Panamá 3606, fue creada por el Dr. Bertilo Malpartida Tello, cirujano cardiovascular, en agosto de 1990. Posteriormente, en diciembre del 2006 se inauguró la sede en el distrito de San Juan de Lurigancho, con lo que se brinda, de esta manera, modernidad en servicios de salud a los habitantes de la zona; y en enero de 2011 se abrió una sede ubicada en el Centro Comercial Minka en el Callao (1).

Actualmente, la clínica es clasificada como un centro de complejidad II-2, ya que tiene la capacidad de resolver las necesidades de salud mediante atención ambulatoria, emergencia activa durante 24 horas, hospitalización y cuidados intensivos. Tiene como misión brindar servicios de salud accesibles para de esta manera lograr el mayor bienestar posible de los peruanos mediante una propuesta de calidad y un equipo de profesionales comprometidos con los pacientes. Su visión es ser líder en el mercado de salud mediante una atención centrada en el paciente y tiene como valores la eficiencia, honestidad, respeto, lealtad y perseverancia (1).

Brinda servicios como centro de imágenes, centro de maternidad, centro de vacunación internacional, centro quirúrgico, laboratorio, área diferenciada, odontología, terapia física y rehabilitación, psicología y unidad de cuidados intensivos (1). Además, gracias a la nueva infraestructura y frente a la pandemia por COVID-19, se inauguró una nueva torre de consultorios externos, llamada Limatambo Tower, donde hasta la actualidad se presta atención de diversas especialidades como Alergia e Inmunología, Cardiología, Cirugía Cardiovascular, Cirugía De Cabeza y Cuello, Cirugía General Y Laparoscopia, Cirugía Mamaria, Cirugía Oncológica de Mama, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Geriátrica, Ginecología, Hematología, Infectología, Medicina General, Medicina Interna, Nefrología, Neumología,

Neurología, Nutrición, Oftalmología, Otorrinolaringología, Pediatría, Psiquiatría, Reumatología, Traumatología y Urología.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 1

El asma es una enfermedad crónica potencialmente grave que afecta a aproximadamente 300 millones de personas en el mundo y a todos los grupos de edad, el cual está creciendo en prevalencia en diversos países en desarrollo, lo que aumenta los costos de tratamiento y genera una carga para los sistemas de salud y sociedad. Esta patología presenta síntomas como sibilancias a la auscultación, opresión de pecho, disnea y tos, como consecuencia de una disminución en el flujo de aire espiratorio por broncoconstricción, engrosamiento de la pared y aumento de moco en las vías respiratorias. Existen factores que pueden empeorar o desencadenar estos síntomas como sustancias alérgicas, infecciones virales, ejercicio, humo de tabaco, incluso algunos fármacos como betabloqueadores, antiinflamatorios no esteroideos y aspirina. La *Global Initiative for Asthma* recomienda fomentar la concientización de esta patología a los profesionales de la salud como a las autoridades de salud pública con el fin de mejorar la prevención y manejo (2).

Las exacerbaciones o crisis de asma son comunes y pueden ser fatales cuando el asma no está controlada o en pacientes de alto riesgo. Para el diagnóstico de esta patología se deben tener dos características principales: la limitación variable del flujo de aire espirado y tener antecedentes de sintomatología respiratoria como disnea, opresión de pecho, sibilancias y tos, los cuales varían en frecuencia e intensidad. La limitación variable de flujo espirado se va a evidenciar cuando el FEV1 es bajo, el cociente FEV1/FVC está por debajo del límite inferior de lo normal o si se documenta una variación de la función pulmonar mayor comparado con pacientes sanos. La exploración física de los pacientes con asma tiende a ser normal, aunque lo más frecuente suele ser la auscultación de sibilancias, principalmente en la espiración forzada. El control del asma está dado por el grado en que se observan los efectos de este en el paciente o que hayan sido eliminados o reducidos por el tratamiento (2).

La clasificación clínica de la severidad del asma está dado por la presencia de síntomas diurnos, nocturnos y la función pulmonar (3):

- Intermitente leve: Síntomas diurnos menores a una vez a la semana, síntomas nocturnos menores a dos veces al mes, VEF1 o PEF mayor al 80% o variabilidad del PEF menor al 20 %.
- Persistente leve: Síntomas diurnos mayores a una vez a la semana, síntomas nocturnos mayores a dos veces al mes, VEF1 o PEF del 80% o variabilidad del PEF entre el 20 y 30 %.
- Persistente moderado: Síntomas diurnos diarios que afectan la actividad normal, síntomas nocturnos mayores a una vez a la semana que afectan el sueño, VEF1 o PEF entre el 60 y 80% o variabilidad del PEF mayor del 30%.
- Persistente grave: síntomas diurnos continuos, crisis frecuentes, actividad habitual alterada, síntomas nocturnos frecuentes, VEF1 o PEF menor al 60% o variabilidad del PEF mayor al 30%.

En el caso clínico, presentan un paciente con diagnóstico de crisis asmática leve a moderada, este grado de crisis está determinado por una frecuencia cardiaca entre 100 a 120 latidos por minuto, poder hablar frases, preferir estar acostado que sentado, no estar agitado, no se utiliza musculatura accesoria, sibilantes intensos a la inspiración e espiración, pulso paradójico entre 5 a 10 mmHg, PEF mayor al 50 del valor teórico o del mejor valor y saturación de oxígeno entre 90 y 95%. Por lo que según la guía debería iniciarse tratamiento con una beta agonista de acción corta de 4 a 10 inhalaciones mediante inhalador de dosis media presurizado cada 20 minutos durante una hora, uso de prednisolona en adultos 1 mg/kg con un máximo de 50 mg, y uso de oxigenoterapia con el objetivo de mantener una saturación entre 93 y 95 %. Si no presenta mejoría se debería administrar un beta agonista de acción corta y bromuro de ipratropio inhalados, oxigenoterapia y corticosteroides sistémicos, como se hizo en el caso del paciente (2).

Además, al clasificar la severidad de su patología pertenecería a un tipo de asma persistente leve ya que presenta sintomatología diurna mayor a una vez por semana y sintomatología nocturna mayor a dos veces por mes. El manejo en estos pacientes está dado por el uso de corticosteroides inhalados con formoterol, debido a evidencia en la eficacia en comparación de un beta agonistas de acción corta solo o corticosteroides inhalados de baja dosis con beta agonistas de acción corta según estudios realizados en pacientes en diferentes etapas del asma (2). El paciente refirió hacer uso de esta medicación combinada pero de forma irregular, motivo por el cuál presentó la exacerbación, por lo que es necesario evaluar la adherencia al tratamiento, la técnica de uso del inhalador, así como el control de la función pulmonar cada 6 a 12 meses. Se le indicó como tratamiento un beta agonista de acción corta, anti muscarínico de acción corta, así como un corticoide sistémico con lo cual el paciente tuvo gran mejoría clínica. Además, se hizo uso de terapia antibiótica como sospecha de infección de vías respiratorias bajas, pero al no presentar marcadores de inflamación sistémica se discontinuó. No requirió uso de oxigenoterapia ni de antipiréticos, por lo que tuvo una estancia hospitalaria de dos días y por su mejoría fue dado de alta.

El alta del paciente debe ser gestionado de acuerdo a la mejoría de síntomas, no necesidad de beta agonistas de acción corta, flujo de pico espiratorio mejorado o que sea mayor del 60 al 80% del mejor valor personal o teórico, saturación de oxígeno mayor al 94% a aire ambiente y que el paciente cuente con los recursos necesarios en casa (2).

Caso clínico n.º 2

La hemorragia digestiva alta es considerada una emergencia médico quirúrgica común originada por el sangrado de alguna estructura superior al ligamento de Treitz como el esófago, estómago o primera porción del duodeno. Este sangrado puede provenir de alguna estructura contigua que vierte la sangre en el tubo gastrointestinal o puede ser originado directamente del tracto digestivo (4).

Las manifestaciones clínicas de la hemorragia digestiva alta se diferencian de la baja en que en la primera no se suele observar contenido hemático en el recto, pero si es común la presentación de hematemesis y melena; además de signos sistémicos como mareos, debilidad y síncope (4).

La etiología de la hemorragia digestiva alta suele dividirse en (5):

- Hemorragia no variceal: úlcera péptica, gastritis, duodenitis, esofagitis, desgarro de Mallory Weiss, malformaciones arteriovenosas, tumores, otras causas.
- Hemorragia variceal: várices gastroesofágicas, gastropatía por hipertensión portal.

Las várices esofágicas son venas dilatadas anormalmente ubicadas en la parte final del esófago por donde circula sangre que normalmente debería pasar por el hígado. Son consideradas complicaciones de la hipertensión portal y la ruptura de estas se da cuando la presión portal es mayor a los 12 mmHg que se presentan en aproximadamente el 50% de los pacientes con cirrosis (4).

En el caso clínico se presenta a una paciente de 66 años con hematemesis, confusión, astenia, vértigo, cefalea y dolor abdominal; además, refiere como antecedentes patológicos hipertensión arterial y cirrosis hepática por esteatosis no alcohólica, factor importante para la formación de várices esofágicas por aumento de la presión portal. En pacientes con sospecha de hemorragia digestiva alta, se aconseja aplicar la escala de Blatchors para determinar la indicación de endoscopía digestiva alta dentro de las primeras 24 horas; en el caso de la paciente se obtuvo una puntuación sugestiva de endoscopía por lo que se le realizó y se evidenció várices esofágicas sangrantes. El manejo médico es el pilar fundamental para el control de sangrado y resolución de la etiología, así como de la reposición de la volemia. En el caso de las várices esofágicas se debe administrar vasoconstrictores espláncnicos como el octreotide, análogo de la somatostatina, o la terlipresiona, análogo de la vasopresina; así como antibióticos

de amplio espectro debido a una alta tasa de infección y riesgo de peritonitis bacteriana espontánea, por lo que un tratamiento antibiótico por siete días reduce las tasas de resangrado; y betabloqueadores no selectivos para disminuir la presión portal como el propranolol (5).

El manejo endoscópico es el *gold standard* para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva alta, ya que permite realizarse un manejo mecánico mediante inyectoterapia, terapia térmica o el uso de clips. La hemorragia por várices esofágicas puede controlarse con ligadura de várices o escleroterapia, y la endoscopia puede repetirse hasta tres veces en un día en casos de que el sangrado no cese. Si el manejo médico y endoscópico falla, se puede hacer uso de la sonda de Sengstaken – Blakemore o el tubo de Minnesota mientras se decide el manejo definitivo (5).

En el caso de la paciente se le transfundió en dos oportunidades dos paquetes globulares para obtener la hemoglobina dentro de los valores normales. Además, tuvo mejoría de la sintomatología y la hematemesis con el tratamiento médico prescrito, por lo que fue dada de alta al culminar las indicaciones y se le indicó acudir a consulta externa de gastroenterología y cardiología para manejo de sus antecedentes patológicos.

3.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 1

La hemorragia uterina anormal se define como cualquier sangrado distinto al patrón menstrual ya sea en duración, cantidad o frecuencia. Tiene una prevalencia del 30%, lo que genera el 20% de las consultas y el 25% de las cirugías ginecológicas (6). La etiología se divide en causas estructurales como pólipos, adenomiosis, leiomioma y malignidad; y en causas estructurales como coagulopatías, disfunción ovulatoria, alteración del endometrio, iatrogenia o no clasificada (7).

La ecografía transvaginal es el diagnóstico de primera línea para evaluar estos casos de hemorragia uterina. Mientras que la histeroscopia es el gold standard para obtener información sobre la localización, vascularización, número y tamaño de los miomas y de esta manera establecer el mejor tratamiento (7).

En el caso clínico se presenta a una paciente con hemorragia uterina anormal por mioma uterino FIGO 3 lo que le genera anemia severa. Los leiomiomas son los tumores benignos más comunes en la mujer durante la edad fértil que se originan de las células del músculo liso del miometrio. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) clasifica a los leiomiomas según su ubicación, en el caso de la paciente presenta un FIGO 3, es decir, el tumor tiene contacto con el endometrio y se ubica en la zona intramural en su totalidad (7).

Por el grado de anemia que tuvo la paciente se le transfunde en dos ocasiones dos unidades de paquetes globulares y se le administra ácido tranexámico. Esto con el objetivo de poder realizar el tratamiento quirúrgico, ya que dada la ubicación del mioma, la edad de la paciente y el grado de sangrado que ocasiona se decide optar por histerectomía laparoscópica. Se le realizó un control de hemoglobina posterior a la transfusión sanguínea, la cual pudo subir a 10.3 g/dl, catalogada como una anemia leve, pero cumpliendo criterio para la intervención quirúrgica. Se le indicaron los exámenes pre operatorios y evaluación pre anestésica, los cuales resultaron normales por lo que fue programada para su intervención quirúrgica. Se realizó la cirugía programada, histerectomía por laparoscopia, sin complicaciones y como indicaciones post quirúrgicas se solicitó control de hemoglobina, así como control de sangrado vaginal. Dada la intervención quirúrgica la hemoglobina disminuyó a 9.1 g/dl, pero el sangrado disminuye. La paciente es dada de alta a los dos días posteriores a la cirugía, sin complicaciones post quirúrgicas y con manejo de suplementos de hierro, además de control por consulta externa.

Caso clínico n.º 2

La torsión ovárica está dada por la rotación del ovario sobre sus elementos de soporte ya sea de forma completa o parcial, esto genera una disminución o pérdida de aporte sanguíneo. Esta patología puede afectar a mujeres de cualquier edad pero es más frecuente que se presente en la edad fértil (8).

La sospecha y confirmación diagnóstica temprana es de gran importancia ya que permite preservar los ovarios y la funcionalidad de las trompas. El factor que predispone a la torsión anexial suele ser un quiste o neoplasia ovárica en la mayoría de los casos ya que mientras el tamaño sea mayor el riesgo de torsión aumenta. Los estudios de imágenes como el doppler son de gran ayuda para la sospecha diagnóstica, sin embargo, la confirmación de la patología se da mediante la visualización directa del ovario o anexo torsionados ya sea por laparoscopia o laparotomía (8).

En el caso se describe a una paciente con diagnóstico de torsión anexial izquierda (ovario y trompa de Falopio) presentado como un síndrome doloroso abdominal intenso por lo que es calificado como un abdomen agudo quirúrgico y se decide indicar los exámenes preoperatorios para realizarse laparotomía exploratoria. La intervención quirúrgica que se realizó fue cuña ovárica izquierda, es decir, se tuvo como hallazgo al ovario y trompa izquierda de color violácea con torsión. No hubieron complicaciones quirúrgicas, ni posquirúrgicas, por lo que la paciente fue dada de alta al segundo día, con indicaciones de analgesia.

3.2 Rotación en Cirugía General

Caso clínico n.º 1

La colecistitis aguda hace referencia a la inflamación de la pared vesicular, el cual se manifiesta de forma habitual por dolor abdominal, fiebre y sensibilidad en hipocondrio derecho. La etiología más frecuente está dada por la litiasis biliar y determina la progresión de la patología es el gado y duración de la obstrucción. Si la obstrucción del conducto cístico es de forma completa y de duración prolongada generará un aumento de la presión vesicular teniendo como

consecuencia irritación de la mucosa vesicular y activación de la respuesta inflamatoria aguda (9).

Dentro de los criterios diagnósticos se dividen en signos locales de inflamación como el signo de Murphy, dolor o sensibilidad en hipocondrio derecho; signos sistémicos de inflamación como fiebre, elevación de PCR y leucocitosis; y hallazgos de imágenes que orientan a colecistitis aguda como el engrosamiento de pared de la vesícula mayor de 4 mm, aumento del diámetro vesicular mayor a 8 cm, litiasis biliar, barro biliar, colecciones líquidas pericólicas y signo de Murphy ecográfico. El tratamiento general de un paciente con colecistitis aguda se basa en la fluidoterapia, dieta absoluta, reposo, analgesia y la antibioticoterapia. El manejo quirúrgico es el tratamiento de elección ya que el reingreso de los pacientes es muy común y finalmente suelen resolverse con la colecistectomía, preferentemente por laparoscopia (9).

Se presenta el caso de un paciente que ingresa a emergencia con diagnóstico de colecistitis aguda con signos locales y sistémicos de inflamación, además del hallazgo ecográfico de colecistitis aguda por litiasis vesicular. Por estos motivos, se decide optar por la colecistectomía por laparoscopia teniendo como hallazgos operatorios a la vesícula biliar con cálculos de aproximadamente 3 x 3 cm y pared edematosa, sin complicaciones. Permaneció hospitalizado dos días poscirugía, con evolución clínica favorable y tolerancia oral, por lo que se indica alta con terapia antibiótica, analgesia y control por consulta externa para evaluación de herida operatoria.

Caso clínico n.º 2

La apendicitis aguda es considerada la emergencia quirúrgica más común teniendo su incidencia mayor en adultos jóvenes, además de considerarse a la apendicectomía como la cirugía no electiva más frecuente. La teoría más aceptada en su fisiopatología es debido a la obstrucción en el lumen apendicular por hiperplasia linfoide, fecalitos, tumores o cuerpos extraños, lo que favorece el

aumento de la producción de moco y crecimiento bacteriano, generando distensión luminal y aumento de la presión intraluminal (10).

El diagnóstico de la apendicitis aguda es principalmente clínico, ya que una historia clínica correctamente enfocada a la evolución del dolor, así como los hallazgos del examen físico son piedras angulares para el correcto diagnóstico y manejo. El dolor es de aparición aguda y se localiza al inicio en la zona epigástrica y suele migrar a las horas a la fosa iliaca derecha aumentando de intensidad, lo cual puede variar dependiendo de las variaciones anatómicas del apéndice. Las náuseas y anorexia son comunes, mientras que los vómitos pueden presentarse pero rara vez antes del inicio del dolor. La presencia de fiebre es un mal predictor, pero sí se presenta de forma marcada acompañada de taquicardia orientaría a la posibilidad de perforación o absceso intraabdominal (10).

La escala de Alvarado se utiliza para tener mayor certeza diagnóstica mediante la puntuación de la sintomatología del paciente y de esta manera determinar si es candidato para realizar tratamiento quirúrgico, se solicita una tomografía de abdomen para confirmar diagnóstico o se indica considerar otras causas de dolor.

En el caso del paciente, presenta una puntuación de seis puntos por lo que se decide realizar una tomografía de abdomen con contraste donde se evidencia al apéndice cecal de 14.2 mm, pared gruesa con realce y cambios inflamatorios por lo que se decide tratamiento quirúrgico de apendicectomía por laparoscopia para evitar el riesgo de perforación y otras complicaciones. Se realizó el manejo quirúrgico y se indicó alta al día siguiente con manejo analgésico y antibiótico.

3.4 Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 1:

La gastroenteritis aguda es aquella patología en la que existe un proceso inflamatorio en la capa interna del intestino grueso y delgado (11), que conlleva a una alteración en la consistencia de las deposiciones, más líquidas, o en la

frecuencia de las mismas, mayor a tres en 24 horas. Sin embargo, en la población pediátrica toma mayor relevancia el cambio en la consistencia, dado que los niños, sobre todo lactantes, suelen tener un número elevado de deposiciones de manera habitual. Se le cataloga como aguda cuando la duración de la enfermedad es menor de dos semanas (12).

Existen múltiples causas de una gastroenteritis aguda, dentro de las cuales podemos mencionar (12):

- Infecciones: virales o bacterianas
- Alergias alimentarias: como la alergia a la leche de vaca
- Trastornos de absorción: por déficits enzimáticos
- Endocrinopatías: hipertiroidismo, *diabetes mellitus*
- Patologías quirúrgicas: apendicitis aguda, intususcepción
- Fármacos: antibióticos, laxantes

Sin embargo, en nuestro medio, tanto en niños y adultos, la causa más frecuente de esta patología es la infecciosa, donde predominan las de tipo viral, siendo el principal representante de este grupo el rotavirus. Además, es necesario precisar que la etiología puede variar de acuerdo a la edad y presentación clínica (13):

- Diarrea acuosa: Es aquella diarrea que carece de sangre y moco. Si es de etiología viral, los agentes más frecuentes durante todas las etapas de la vida son el rotavirus y el norovirus. Si la gastroenteritis aguda es bacteriana, los principales agentes en niños menores de 5 años son la *Escherichia coli* enteropatogénica y enterotoxigénica; en los niños mayores y adultos, enterotoxigénica y *Salmonella*; en adultos mayores, enterotoxigénica y enteropatogénica (13).
- Diarrea disintérica: Se le denomina así a aquella diarrea que presenta sange y moco. Los virus no suelen producir este tipo de diarreas, a diferencia de las bacterias. Los agentes bacterianos más frecuentes en niños menores de 5 años son *Shigella* y *Escherichia coli* enterohemorrágica; en los niños mayores

y adultos, *Shigella*, *Salmonella* y *Campylobacter*, en los adultos mayores, *Clostridium difficile* y *Salmonella* (13).

El diagnóstico de la gastroenteritis aguda es clínico, cuyos signos y síntomas pueden ser diarrea, fiebre, vómitos, dolor abdominal, intolerancia oral, alteración de la conciencia. La consecuencia más importante, y que condiciona el tratamiento y el diagnóstico de la gastroenteritis aguda, es la aparición de deshidratación. Por ello, es importante diferenciar a los niños según la clasificación de la deshidratación de la OMS (12):

- Deshidratación leve: El paciente presenta un adecuado estado general, funciones vitales conservadas, sin alteración del sistema nervioso central, aunque sí puede verse un poco disminuida la diuresis.
- Deshidratación moderada: Se puede observar signos como una turgencia de la piel un poco disminuida, llenado capilar un poco más de 2 segundos, oliguria, paciente sediento, extremidades frías, ojos levemente hundidos, hipotensión leve, taquicardia leve, paciente inquieto, irritable.
- Deshidratación grave: Turgencia cutánea muy disminuida, llenado capilar muy lento, respiración profunda y taquipnea, oligoanuria, rechazo a los líquidos, acrocianosis, ojos muy hundidos, hipotensión, taquicardia, apatía, letargia.

Dentro de los exámenes auxiliares que se pueden solicitar se encuentran el coprocultivo y la determinación de virus en heces. El primero se solicita cuando se sospecha de una etiología bacteriana y el segundo no se suele usar de forma rutinaria ya que no modifica la actitud terapéutica. Además, en los pacientes con deshidratación moderada y severa se puede solicitar un hemograma, electrolitos, glucosa, urea, creatinina, gasometría.

Dado que la gastroenteritis aguda no tiene un tratamiento específico, el objetivo en sí de este es prevenir y tratar la deshidratación a través del uso de las soluciones de rehidratación oral. El empleo de solución polielectrolítica se reserva para las deshidrataciones graves (12).

En el presente caso, se evalúa a una niña con un tiempo de enfermedad de dos días, evidenciando una patología aguda; con síntomas como diarreas, náuseas y vómitos, fiebre alta, malestar general, los cuales son típicos de una gastroenteritis; por lo cual estamos frente a una gastroenteritis aguda. Además, presenta un cuadro clínico que hace sospechar de una etiología bacteriana: fiebre alta, hipoactividad, heces con sangre. Además de ello, la paciente presenta signos de deshidratación como mucosas secas, lengua muy seca, taquicardia, taquipnea, ojos hundidos e hipoactividad. Debido a la sospecha de infección bacteriana se le solicita se inicia tratamiento antibiótico empírico con ciprofloxacino 400 mg endovenoso STAT y luego cada 12 horas; además, se le solicita un coprocultivo, cuyo resultado es entregado en 4 días, siendo positivo para Salmonella, lo cual concuerda con la etiología según grupos etarios mencionada previamente. Ante este resultado se decide continuar con el tratamiento empírico ya instaurado durante 1 día para completar los 5 días de tratamiento. Se definió que la paciente tenía una deshidratación severa por los signos que presentaba, por lo cual se le administró solución polielectrolítica a un volumen de 25 ml/kg/hora en 4 horas, teniendo en cuenta que la paciente pesaba 37 kg, se le administró aproximadamente 3000 ml en 4 horas. Con este manejo la paciente presentó una mejoría clínica evidente por lo que se le dio de alta al completar la terapia antibiótica, indicado control por consultorio externo de pediatría.

Caso clínico n.º 2

El plastrón apendicular es una masa inflamatoria formada por el apéndice cecal, vísceras y epiplón mayor. La clínica clásica se manifiesta como un dolor severo localizado en fosa iliaca derecha que dura uno o dos días y que se acompaña de fiebre, que desaparecen luego de tratamiento antibiótico y/o antiinflamatorio, pero luego de 7 a 10 días aproximadamente la fiebre reaparece y en la fosa iliaca se manifiesta un dolor de intensidad leve a moderada. En el examen físico, se puede evidenciar una masa en la zona del dolor (14). Al evidenciar esta masa, se deben

solicitar exámenes de imágenes como ecografía y tomografía, donde se pueden observar un aumento de ecogenicidad/densidad de la grasa mesentérica adyacente, masa de características heterogéneas, ocupante espacio, con trabeculación y rarefacción de la grasa local regional, presencia de engrosamiento y edema de la mucosa del ciego, diámetro apendicular mayor a 6 mm y grosor de la pared mayor o igual a 2 mm (15).

Existen tres posibilidades terapéuticas: una apendicectomía inmediata, una apendicectomía diferida y un manejo no quirúrgico. La cirugía inmediata tiene como ventajas a presentar una menor estadía hospitalaria, menor empleo de recursos; pese a ello, presenta también desventajas o complicaciones como lesión de otras vísceras, infección de herida operatoria, absceso pélvico y necesidad de reintervención quirúrgica. Debido a estas no se le considera la terapia de primera elección por muchos profesionales. Los que apoyan la apendicectomía diferida se basan en el hecho de evitar apendicitis recurrentes entre 6 meses a 2 años posteriores al evento agudo, en que este tipo de cirugía electiva les permite averiguar la presencia de otras enfermedades como la diverticulitis de Meckel, enfermedad de Crohn o neoplasias apendiculares, además de que como se realiza en paciente estable conlleva a menos complicaciones. Los profesionales que plantean no realizarla se sustentan en que el número de pacientes que desarrolla una apendicitis posterior y subsecuentemente un cáncer apendicular es mínimo, por lo cual su realización sólo aumentaría las hospitalizaciones y el uso de recursos innecesariamente, sin embargo, los tumores apendiculares si bien son poco frecuentes, son principalmente malignos.

En algunos centros, se apoya la idea de una apendicectomía diferida, la cual se programa entre las 8 a 12 semanas después del inicio de los síntomas, pero, en nuestro medio, la elección de la terapia se basa en el criterio y experiencia del médico tratante (16).

En el presente caso, se evidencia un paciente que llega con un tiempo de enfermedad de 20 días, lo cual aleja el diagnóstico de apendicitis, dado que en la evolución de esta la perforación suele darse entre las 24 a 48 horas desde el inicio de los síntomas. Además, presenta otros síntomas que suelen acompañar al plastrón apendicular, como lo son la fiebre, dolor abdominal, vómitos y diarreas, los cuales ceden paulatinamente, pero 4 días antes de su ingreso retorna la fiebre y el dolor abdominal, pero en mayor intensidad. Además, en el examen físico se palpa una masa en cuadrante inferior derecho junto con leve distensión. En los exámenes de imagen, se evidencia un fecalito e incremento del grosor de las paredes apendiculares, además de múltiples colecciones, lo cual concuerda con un plastrón apendicular según la revisión realizada en los párrafos anteriores. En este caso clínico se decidió realizar un manejo no quirúrgico empleando como antibiótico a la ceftriaxona 2 g endovenoso cada 12 horas por 10 días. Se indicó el alta al culminar dicho manejo antibiótico por mejoría clínica y control periódico por consulta externa de pediatría.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es una parte fundamental dentro de la carrera, ya que no solo ayuda a consolidar los conocimientos adquiridos los años previos, sino que permite el contacto directo con el paciente durante las rotaciones. Esta fase de la carrera es una gran oportunidad que tenemos como estudiantes de adquirir la experiencia necesaria para ejercer nuestra profesión.

La pandemia por COVID-19 tuvo como consecuencia que se redujera la duración del internado de 12 meses a 10 meses lo que hizo que el tiempo por cada rotación sea menor. Además, las clases de los últimos tres años previos al internado fueron de modalidad virtual, por lo que no se realizaron prácticas hospitalarias de las asignaturas llevadas en ese tiempo, esto generó deficiencias en la parte práctica comparada con la de internos anteriores a la pandemia. A pesar de esta limitación, con esfuerzo de los internos como de los doctores de las distintas especialidades, se pudo culminar el internado cumpliendo los objetivos de este.

Al ser una clínica privada de nivel II-2 se cuenta con los dispositivos médicos necesarios para realizar procedimientos de alta complejidad como unidad de radiología intervencionista, diálisis periférica o monitoreo hemodinámico. Por otro lado, la dificultad principal que se tuvo fue que por ser un ámbito hospitalario privado se presentaron limitaciones para realizar ciertos procedimientos médicos como toma de muestras de gases arteriales, colocación de cateterismo venoso central o colocación de sonda vesical, lo cual es común que se realice por internos de medicina en instituciones públicas.

CONCLUSIONES

1. El internado médico es una etapa fundamental en la formación del futuro médico ya que permite plasmar el conocimiento teórico aprendido en los años previos de la carrera y adquirir las habilidades necesarias para ejercer la profesión.
2. La reducción del tiempo del internado médico confiere una gran desventaja para los internos de medicina ya que no permitió realizar una rotación completa por las principales especialidades médicas como se han realizado en años previos.
3. A pesar de los beneficios brindados del internado en una clínica privada, las actividades académicas fueron menores a comparación con las que se realizan dentro de los hospitales, los cuales son fundamentales para consolidar el conocimiento adquirido durante la carrera.
4. Además del conocimiento teórico, el internado médico permite aprender sobre el valor humano de los pacientes y el trato hacia estos de manera respetuosa y personalizada.
5. Las experiencias obtenidas a lo largo del internado nos proporcionan destrezas prácticas que permitirá reconocer, diagnosticar y reconocer de forma correcta las patologías más comunes.
6. El trabajo en equipo es de vital importancia en la formación médica, ya que permite una mejor recuperación del paciente así como la tranquilidad de sus familiares.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que la duración del internado sea de doce meses como era previo a la pandemia por COVID-19, para que, de esta manera, el tiempo por cada rotación sea mayor y más provechosa.
2. Por motivo de la virtualidad de las clases por la pandemia, sería de gran utilidad implementar un año de externado médico para las próximas promociones de la facultad.
3. Mantener y fomentar las actividades académicas como exposiciones y discusiones de casos clínicos, bajo supervisión de médicos especialistas y tutores.
4. Realizar actividades académicas constantes a fin de consolidar los conocimientos y reforzar algún tema deficiencia debido a la virtualidad de las clases previas al internado.
5. Asegurar el cumplimiento del cronograma de actividades conceptuales y procedimentales expuesto en el sílabo de internado médico de la universidad.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Sede San Isidro – clínicas limatambo [Internet]. Clinicalimatambo.com. [citado el 7 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.clinicalimatambo.com/sede-san-isidro/>
2. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2023 Jul 10. <https://ginasthma.org/2023-gina-main-report/>
3. Guías para el diagnóstico y manejo del asma: Capítulo 2: Tratamiento del Asma bronquial. Rev Chil Enferm Respir [Internet]. 2004 [citado el 14 de marzo de 2024];20(3):151–63. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482004000300006
4. Cuartas Agudelo YS, Martínez Sánchez LM. Aspectos clínicos y etiológicos de la hemorragia digestiva alta y sus escalas de evaluación. Rev médicas UIS [Internet]. 2020 [citado el 18 de marzo de 2024];33(3):9–20. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192020000300001
5. Martinez Salinas GA, Figueroa Navarro PP, Toro Perez JI, García Carrasco C, Csendes Juhasz A. Conducta actual frente a la Hemorragia Digestiva Alta: Desde el diagnóstico al tratamiento. Rev Cirugia [Internet]. 2021 [citado el 18 de marzo de 2024];73(6):728–43. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492021000600728
6. Pérez Agudelo L. Hemorragia uterina anormal: enfoque basado en evidencias. revisión sistemática. Org.co. [citado el 11 de marzo de 2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562007000100009
7. Ginecología y Obstetricia de México. Sangrado uterino anormal y PALM COEIN [Internet]. Org.mx. [citado el 11 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/sangrado-uterino-anormal-y-palm-coein>

8. Carrasco A, Cañete P, Gisbert A, Balanzá R. Torsión anexial: presentación clínica y manejo en una serie retrospectiva de 17 años. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2015 [citado el 11 de marzo de 2024];61(4):379–84. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000400005
9. Colectistitis aguda. Gastroenterol Hepatol Contin [Internet]. 2011;10(1):47–52. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1578-1550\(11\)70011-0](http://dx.doi.org/10.1016/s1578-1550(11)70011-0)
10. Fallas González J. Apendicitis Aguda. Med Leg Costa Rica [Internet]. 2012 [citado el 14 de marzo de 2024];29(1):83–90. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152012000100010
11. Gotfried J. Introducción a la gastroenteritis [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado el 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-gastrointestinales/gastroenteritis/introducci%C3%B3n-%C3%A0-la-gastroenteritis>
12. Gastroenteritis aguda [Internet]. Pediatría integral. 2015 [citado el 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-01/gastroenteritis-aguda/>
13. Yalda Lucero A. Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos. Revista médica Clínica Las Condes [Internet]. 2014;25(3):463–72. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70063-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70063-x)
14. Rodríguez Fernández Z. Consideraciones actuales concernientes al tratamiento del plastrón apendicular. Rev Cuba Cir [Internet]. 2021 [citado el 13 de marzo de 2024];60(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7493202100030001
15. Cirugiadigestiva S. Manejo percutáneo de la apendicitis aguda complicada. Reporte de caso y revisión de la literatura [Internet]. Revista SACD. Sociedad

Argentina de Cirugía Digestiva; 2020 [citado el 14 de marzo de 2024].
Disponibile en: <http://revista.sacd.org.ar/manejo-percutaneo-de-la-apendicitis-aguda-complicada-reporte-de-caso-y-revision-de-la-literatura/>

16. Clouet-Huerta DE, Guerrero B. C, Gómez L. E. Plastrón apendicular y manejo clínico actual: una decisión a reconsiderar. A propósito de un caso. Rev Chil Cir [Internet]. 2017;69(1):65–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.08.004>

OBSERVACIONES

Ampliar conclusiones con respecto a la duración del internado, actividades académicas y asesoría por parte de tutores de la universidad.