



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO DE MEDICINA EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO EN EL PERIODO 2021-2022**

**PRESENTADO POR
BLANCA ASTRID CUYUTUPA HERRERA**

**ASESOR
CARLOS ANDRÉS NUÑEZ PAIVA**

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

**LIMA- PERÚ
2022**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO DE MEDICINA EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO EN EL PERIODO 2021-2022**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

BLANCA ASTRID CUYUTUPA HERRERA

ASESOR

CARLOS ANDRÉS NUÑEZ PAIVA

LIMA, PERÚ

2022

JURADO

PRESIDENTE: Dra. Ugarte Rejavinsky Karim Elizabeth

JURADO: Dr. Morales Paitan Carlos

JURADO: Dra. Pilares Barco Graciela

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis padres que me han apoyado desde el primer día de mi formación académica y hasta el día de hoy lo continúan haciendo, todos mis logros se los debo a ustedes.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios en primer lugar, por darme la fuerza necesaria todos los días de continuar en mi formación académica.

A mis padres por brindarme el apoyo necesario para culminar satisfactoriamente mi carrera que me ha traído mucha satisfacción a lo largo de mi vida.

A mi hermana, por siempre apoyarme durante mi vida académica.

ÍNDICE

PORTADA	i
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	3
I.1 Rotación Gineco- Obstetricia	3
Caso clínico n.º 1	3
Caso clínico n.º 2.....	6
I.2 Rotación de Cirugía General	8
Caso clínico n.º 1	8
Caso clínico n.º 2.....	9
I.3 Rotación de Pediatría	11
Caso Clínico n.º 1	11
Caso clínico n.º 2.....	13
I.4 Rotación de Medicina Interna	16
Caso clínico n.º 1	16
Caso clínico n.º 2.....	18
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	20
II. 1 Hospital Regional de Huacho.....	20
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	21
III.1 Rotación de Gineco-Obstetricia.....	21
III.2 Rotación de Cirugía General	27
III.3 Rotación de Pediatría	31
III.4 Rotación de Medicina Interna	36
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	40
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
FUENTES DE INFORMACIÓN	43

RESUMEN

El presente trabajo de suficiencia profesional ha sido realizado por una interna de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres, basada en la experiencia teórico-práctica obtenida durante el año del internado médico, en las áreas de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Pediatría en el Hospital Regional de Huacho.

Este trabajo comprende una narración descriptiva de casos representativos analizados y revisados durante las rotaciones respectivas, que sirvieron para aplicar los conocimientos teóricos aprendidos durante los períodos académicos, de igual manera se expone las actividades prácticas efectuadas en el transcurso del internado médico, resaltando el diagnóstico y el tratamiento de cada patología revisada. El tratamiento es una parte fundamental de la medicina para brindarle una mejor calidad de vida a nuestros pacientes y sobrellevar sus patologías, es por ello que se realizó una revisión del tratamiento contrastándolo con las guías de práctica clínica actualizadas hasta el día de hoy, adicionalmente se evidencian la manera de abordar las diferentes enfermedades por parte de los médicos especialistas y el interno de medicina.

El **objetivo** es dar a conocer los conocimientos y las experiencias adquiridas en el transcurso del internado médico realizado en el Hospital Regional de Huacho por la interna de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres en el período de julio del 2021 a mayo del 2022.

Metodología que se empleó es a través de un compendio de información conforme a la medicina basada en evidencias y experiencias en el sistema de salud. Se **concluye** que el internado médico es la etapa más importante de todo profesional de las ciencias de salud porque te permite aplicar todos los conocimientos adquiridos durante el período académico y sirve como experiencia para una futura atención en el servicio rural. Aunque esta etapa estuvo limitada por el contexto de la pandemia del SARS Cov2, es sustancial el conocimiento teórico-práctico y las experiencias vividas en cada rotación, comparar los tratamientos médicos realizados con las últimas guías de práctica clínica, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes

aplicando una medicina basada en evidencia.

Palabras claves: Cirugía General, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Internado médico.

ABSTRACT

The present work of professional sufficiency has been carried out by a Human Medicine inmate of the University of San Martín de Porres, based on the

practical theoretical-practical experience obtained during the year of the medical internship, in the areas of Internal Medicine, Gynecology and Obstetrics, General Surgery. and Pediatrics at the Regional Hospital of Huacho.

This work includes a descriptive narrative of representative cases analyzed and reviewed during the respective rotations, which served to apply the theoretical knowledge learned during the academic periods, into practice all the theoretical knowledge learned during the 6 years of university, in the same way the practical activities carried out in the course of the medical intership are exposed, highlighting the diagnosis and treatment of each pathology reviewed. Treatment is a fundamental part of medicine to provide a better quality of life to our patients and cope with their pathologies, that is why a review of the treatment was carried out contrasting it with the clinical practice guidelines updated to this day, additionally the way of approaching the different diseases by the medical specialist and the internal medicine is evidenced.

The **objective** is to make known the knowledge and experiences acquired in the course of the medical internship in the course of the medical intership carried out at the Regional Hospital of Huacho by the human medicine intern at the San Martin de Porres University in the period from July 2021 to May 2022.

Methodology that is used is through a compedium of information according to medicine based on evidence and experiences in the health system.

It is **concluded** that the medical internship is the most important stage of every health sciences profesional, because it allows you to apply all the knowledge acquired during the academic period and serves as an experience for future attention in the rural service. Although this stage was limited by the contexto of the SARS Cov2 pandemic, the theoretical-practical knowledge and experiences lived in each rotation are substantial, compare the medical treatments performed with the latest clinical practical guidelines with the aim of improving the quality of life of patients by applying evidence-based medicine.

Keywords: General Surgery, Internal Medicine, Ginecology and Obstetrics, Pediatrics, Medical Internship.

INTRODUCCIÓN

El Hospital Regional de Huacho es el Centro Referencial de los Servicios Básicos Huaura – Oyón, con Dependencia Administrativa de la Dirección Regional de Salud, es sede docente en ciencias de la salud como Medicina, Enfermería y Nutrición.

El Hospital Regional de Huacho es un establecimiento de salud de nivel de complejidad II-2, con inversiones asociados al desarrollo de la infraestructura con mayores avances tecnológicos, además cuenta con personal altamente capacitado en gerenciar servicios médicos acompañados del buen trato y de forma eficiente a los pacientes que requieren una atención especializada.

Debido a lo cual, la interna de Medicina Humana que cursa el último año de la carrera profesional decidió elegir este Hospital como sede.

El internado médico es una etapa fundamental en la formación de todo estudiante de medicina puesto que sirve para aplicar la teoría adquirida durante los 6 años de estudios universitarios.

La elección de una sede docente depende de las notas académicas de cada estudiante, pudiendo elegir entre las opciones del Minsa, Essalud, Fuerzas Armadas o clínica privada.

El objetivo principal del internado es poder adquirir las habilidades y capacidades necesarias para un buen desarrollo profesional de la salud y poder trabajar en equipo y lograr una buena atención del paciente.

El internado médico permite al profesional de la salud desarrollar las capacidades necesarias para proporcionar un servicio rural y urbano marginal de calidad, en beneficio de la comunidad y los pacientes que serán atendidos por el profesional a cargo del centro de salud de primer nivel. Por lo tanto, es esencial recalcar que el internado es una de las mejores experiencias que el estudiante de medicina puede vivir a lo largo de su carrera profesional, puesto que es la primera experiencia donde no solo se evalúan pacientes, sino también se realizan apreciaciones diagnósticas y aplicar la teoría aprendida durante los

estudios universitarios.

En el contexto de la pandemia por el SARS-CoV-2 2, el internado médico se realiza en las sedes docentes que cuentan con áreas no COVID y apliquen los lineamientos de bioseguridad tanto para el interno de medicina como para los mismos pacientes que se encuentren hospitalizados, además el interno deberá usar equipo de protección personal que deberá ser brindado por la sede docente.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

I.1 Rotación Gineco- Obstetricia

Caso clínico n.º 1

Paciente de sexo femenino de 39 años, llega a la emergencia del nosocomio por presentar dolor tipo contracción en hemiabdomen inferior desde hace un día con pérdida de tampón mucoso, niega pérdida de líquido y pérdida de sangre. Refiere percibir movimientos fetales.

Antecedentes gineco-obstétricos: G6P6006, menarquía a los 14 años, IRS: 16 años, niega uso de métodos anticonceptivos y con fecha de última regla el 5 de marzo del 2021 y fecha probable de parto el 12 de diciembre del 2021, con una edad gestacional de 39 semanas por FUR y 39 semanas y 2 días por ecografía de segundo trimestre.

Al tacto vaginal, la paciente tiene dilatación de 8cm, borramiento de 90%, altura de presentación de -1 con membranas íntegras, y con indicación médica para su pase a sala de partos.

A la 1:03 a.m., nace el bebé de sexo masculino pesando 2690g con un Apgar de 9,9. No ocurrió ninguna interurrencia durante el parto.

A la 1:57 a.m., la paciente en su puerperio inmediato empieza a referir dolor de cabeza y epigastralgia, con loquios hemáticos sin olor, con presión arterial de 160/100 y se le ordenan exámenes de laboratorio con los siguientes resultados:

HEMOGRAMA	VALORES
HEMOGLOBINA	10.3
HEMATOCRITO	29.7
RECuento PLAQUETAS	96.000

BIOQUÍMICA	VALORES
TGO	74.41
TGP	231.13
FOSFATASA ALCALINA	240.6
ALBUMINA	2.96
GLOBULINA	3.54
PROTEINAS TOTALES	6.5
BILIRRUBINA DIRECTA	4.1
BILIRRUBINA INDIRECTA	3.97
BILIRRUBINA TOTAL	8.07
GLUCOSA	243.47
UREA	101.24
CREATININA	2.89

Luego de recibir los resultados y la clínica de la paciente se plantean los diagnósticos: puérperas inmediatas por parto vaginal y Preeclampsia con signos de severidad que se presentó con su complicación de Síndrome de Hellp. Se inició manejo con Sulfato de Magnesio 5 ampollas con CINA al 0.9% 50cc, después iniciaron con 40cc en 20 minutos y luego 20cc por hora, con Nifedipino 10mg VO condicional a la presión \geq 160/110, Metildopa 250mg 1 tableta VO cada 8 horas, Paracetamol 1g VO STAT y colocación de Sonda Foley. Se mantuvo en constante monitoreo en el transcurso de la aplicación del Sulfato de Magnesio, revisando el reflejo rotuliano, que exista una buena diuresis y las funciones vitales. A continuación, se le subió la dosis de Metildopa a 500mg VO cada 8 horas con CINA de 1000cc a chorro y luego a 60 gotas, y evaluando el estado de la paciente, se sugiere su manejo por UCI y se le hace una interconsulta, la cual es respondida y UCI acepta su pase y su manejo por su servicio.

La paciente permaneció en la UCI desde el 3 de diciembre hasta el 27 de diciembre donde se le realizaba un monitoreo constante, tuvo requerimiento de oxígeno y diálisis; sin embargo, luego paso al servicio de Ginecología cuando ya estaba hemodinámicamente estable y el

cuadro fue resuelto.

BIOQUÍMICA	VALORES
TGO	77.72
TGP	57.48
FOSFATASA ALCALINA	1077.34
ALBUMINA	3.73
GLOBULINA	3.76
PROTEINAS TOTALES	7.49
BILIRRUBINA DIRECTA	0.72
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.50
BILIRRUBINA TOTAL	1.21
GLUCOSA	79.65
UREA	29.41
CREATININA	0.50

HEMOGRAMA	VALORES
HEMOGLOBINA	8.2
HEMATOCRITO	24.7
RECuento PLAQUETAS	506.000

Con los resultados obtenidos la paciente continúa con Metildopa 500mg, Hidrocortisona, fisioterapia respiratoria y el retiro de Sonda Foley, a causa de la mejoría del cuadro, la paciente pasa 4 días hospitalizada en Ginecología y luego es dada de alta con Metildopa 500mg VO cada 8 horas por 5 días, Paracetamol 500mg VO condicional al dolor y lactancia materna exclusiva.

Caso clínico n.º 2

Paciente, mujer de 47 años acude a la emergencia por presentar dolor en hipogastrio desde hace 4 meses, refiere tener sangrado abundante y con una duración de 12 a 15 días, no hay sangrado fuera del período menstrual.

Antecedentes ginecológicos: menarquía a los 15 años, régimen catamenial de 8 días cada 29 días con fecha de última regla el 11 de febrero. G2P0020, dos legrados uterinos el 2010 y el 2011, respectivamente.

No uso de métodos anticonceptivos e IRS: 17 años.

Antecedentes patológicos: apendicectomía en el 2015

Las funciones vitales de la paciente en la emergencia fueron: Temperatura 36 grados, frecuencia respiratoria: 19rpm, frecuencia cardiaca: 70 lpm, presión arterial: 90/60 mmHg, saturación de oxígeno: 97%

Examen físico:

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

Mamas: asimétrico, no secretante

Tórax y pulmones: Buena amplexación y murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no se auscultan soplos

Abdomen: simétrico, blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio.

Genitourinario: no disuria, sangrado vaginal de escasa cantidad.

Examen ginecológico: a la especuloscopia se evidencia sangrado en pared vaginal, OCE cerrado con restos de sangre y OCI cerrado no permeable.

Se le indica una ecografía transvaginal con los siguientes resultados: útero en anteversoflexión con las medidas de 84 x 62 x 70mm, se evidencia pared anterior de 32 x 21mm (FIGO 2), pared posterior con

imagen hiperecogénica de 24 x 22 mm en contacto con endometrio, fondo uterino 18 x 17mm y Doppler positivo. Cérvix con OCE cerrado y fondo de saco libre. Los hallazgos ecográficos son compatibles con miomatosis uterina múltiple (FIGO 2,3 y 4).

Con el examen físico, la anamnesis y los hallazgos ecográficos se diagnóstica miomatosis uterina múltiple (FIGO 2,3 y 4) y se decide realizar la intervención quirúrgica de histerectomía abdominal total y salpingooforectomía bilateral debido a que la paciente no tenía deseos genésicos.

La paciente permaneció 4 días hospitalizada luego de su intervención quirúrgica con cuidados de la herida y manejo del dolor post operatorio, no hubo ninguna complicación y fue dada de alta con analgésicos, antipiréticos y curación de herida en su domicilio

I.2 Rotación de Cirugía General

Caso clínico n.º 1

Paciente de 66 años de edad, de sexo femenino, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 3 años de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo cólico localizado en hipocondrio derecho de moderada intensidad acompañado de náuseas, vómitos con contenido líquido en 3 oportunidades, acude a Emergencia del Hospital Regional de Huacho y le prescriben analgésicos endovenosos y el cuadro clínico remitió, posteriormente presenta cuadros similares, por lo que le indican una ecografía abdominal donde le diagnosticaron litiasis vesicular. Hace dos meses presento dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho de moderada intensidad no asociado a otros síntomas, se le prescribió analgésicos vía oral y es programada para intervención quirúrgica.

Funciones vitales: Temperatura 36,8 grados, frecuencia respiratoria: 21 rpm, frecuencia cardíaca: 77 lpm, presión arterial: 140/90 mmHg, saturación de oxígeno: 98%

Examen físico:

Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor 2 segundos

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

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, no se auscultan soplos.

Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, abdomen blando y depresible, TCSC de abundante cantidad, doloroso a la palpación en hipogastrio a predominio del lado derecho, Murphy negativo y timpanismo conservado

Genitourinario: sin alteraciones.

Sistema nervioso central: localizado en tiempo, espacio y persona, escala Glasgow 15/15

El paciente se realiza ecografía abdominal completa mostrándose vesícula de 66 x 33mm con pared engrosada de 6mm, se aprecia

imagen litiásica de 20mm, en vías biliares se aprecia colédoco de 6mm con vena porta de 9mm.

Después del examen físico, la anamnesis y los hallazgos ecográficos se concluye con el diagnóstico de colecistitis crónica calculosa.

En el hemograma se evidencia leucocitosis, hemoglobina, urea y creatinina en valores normales.

Por lo tanto, se le indica hidratación vía endovenosa, NPO, analgesia y se indica su pase a sala de operaciones, por lo que se le solicita exámenes de laboratorios pertinentes para su pase a sala de operaciones como el riesgo quirúrgico, perfil preoperatorio, grupo sanguíneo y prueba COVID. Se le realiza una Colecistectomía Mixta Convencional con los siguientes hallazgos: vesícula biliar de aproximadamente de 10 x 3cm de paredes delgadas, conducto cístico de 4 mm y anticístico único. Después de la operación, la paciente pasa a hospitalización de Cirugía General y se le indica manejo con desketoprofeno cada 8 horas por vía endovenosa, metamizol 2g cada 8 horas, omeprazol 40 mg cada 24 horas y vitamina K 1 ampolla cada 12 horas por dos días, con el transcurso de los días el paciente tolera la vía oral, elimina flatos y eructos, tiene buena diuresis, ambulación y no hay complicaciones, con evolución favorable; por lo cual se le indica el alta a las 48 horas de la operación y es citado para su control por el tópico de Cirugía al cabo de una semana.

Caso clínico n.º 2

Paciente de 38 años, de sexo femenino, que acude a emergencia refiriendo que hace 9 horas presenta dolor en fosa iliaca derecha punzante de moderada intensidad que aumenta al decúbito dorsal y a la ambulación, niega náuseas, vómitos y sensación de alza térmica.

Antecedentes patológicos: La paciente estuvo hospitalizada hace 6 días por plastrón apendicular y fue dada de alta por mejoría clínica hace dos días.

Antecedentes personales: Paciente niega cirugías previas, ni alergia a

medicamentos y niega consumo de alcohol y tabaco.

Funciones vitales: Frecuencia cardíaca: 68 lpm, presión arterial: 122/72 mmHg, frecuencia respiratoria: 20 rpm, temperatura: 36,5 grados, saturación de oxígeno: 97%

Exploración física:

A la ectoscopia se encuentra al paciente en aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación y aparente regular estado de nutrición.

Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil y cilíndrico, sin alteraciones.

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

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: Globuloso, no cicatrices, ruidos hidroaéreos presentes, se palpa masa en región de cuadrante inferior derecho de 10 x 7 cm dolorosa a la palpación profunda, Mc Burney positivo, Rebote negativo y Rovsing positivo.

Locomotor: sin alteraciones funcionales, moviliza las 4 extremidades

Neurológico: Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala Glasgow 15/15.

El diagnóstico presuntivo posterior a la anamnesis y el examen físico es de Plastrón apendicular. Debido a ello se realiza los siguientes exámenes de laboratorio: Hemograma, glucosa, urea, examen de orina y prueba COVID y se procede con la hidratación a la paciente con CNa al 0.9% de 1000cc a 30 gotas, manejo antibiótico con Ceftriaxona 2g EV y Metronidazol 500 mg EV, analgesia con Metamizol 2g y Desketoprofeno 50mg y pasa a sala de operaciones.

Se realiza laparotomía exploratoria más revisión sistemática de cavidad peritoneal por drenaje de absceso apendicular y dren mixto por absceso apendicular y se tiene como hallazgos un absceso apendicular en

cuadrante inferior derecho que contiene 50cc de pus blanca.

Se hace manejo de analgesia, antibioticoterapia, ambulaci3n y monitoreo del dren mixto. La evoluci3n del paciente fue favorable, tolera v3a oral, elimina flatos, realiza deposiciones y hay buena diuresis, el drenaje del dren fue disminuyendo de 50cc a 16cc por lo que se procedi3 al retiro del dren y fue dado de alta.

I.3 Rotaci3n de Pediatr3a

Caso Cl3nico n.º 1

Madre refiere que paciente, de sexo femenino de 1 a3o de edad, ingiri3 1 a 2 vasos (250 ml) de veneno agr3cola para gusanos Methomyl (preparado de 5 litros en medio balde), luego de la ingesta del veneno (Carbamato), el paciente empez3 a presentar sialorrea, progresivamente empieza a tener dificultad respiratoria acompa3ado a esfuerzo respiratorio; por lo cual decide acudir a emergencia del nosocomio, y en emergencia, el ni3o llega hipoactivo y movilizandose secreciones, pupilas mi3ticas y puntiformes.

Antecedentes personales: paciente pedi3trico, producto de un embarazo de 39 semanas con un Apgar 9,9 al nacer, pesando 3200g, con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y luego ablactancia, cuenta con todas sus vacunas correspondientes a la edad, no padece de ninguna enfermedad cong3nita ni ning3n antecedente patol3gico de importancia al momento de la evaluaci3n.

Examen f3sico:

Funciones vitales: Frecuencia card3aca: 134 lpm, frecuencia respiratoria: 30 rpm, temperatura de 36 grados con una saturaci3n de ox3geno a 100%

General: Aparente mal estado general, pupilas mi3ticas, puntiformes

Cabeza y cuello: normoc3falo, fontanelas cerradas

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, leves roncales difusos, moviliza secreciones.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+/+), blando y depresible, no resistencia a la palpación.

Locomotor: Moviliza las 4 extremidades, rangos articulares conservados.

Neurológico: Despierto, irritable con tono y fuerza conservados.

La impresión diagnóstica luego de la anamnesis y el examen físico fue de Intoxicación por Carbamatos; por lo cual se solicitan los siguientes exámenes de laboratorio: Hemograma, electrolitos, glucosa, urea, creatinina y calcio.

HEMOGRAMA	13-Feb
GLOBULOS BLANCOS	11.47
ABASTONADOS	0
SEGMENTADOS	73
EOSINOFILOS	1.5
BASOFILOS	0.3
MONOCITOS	4
LINFOCITOS	21.2
GLOBULOS ROJOS	3,960,000
HEMOGLOBINA	9.4
HEMATOCRITO	28.3
RECUESTO PLAQUETAS	170

BIOQUIMICA	VALORES
GLUCOSA	96
UREA	23
CREATININA	0.61
CALCIO	9.68

ELECTROLITOS	VALORES
SODIO	138
POTASIO	4.6
CLORO	110

Se envía las siguientes indicaciones: Nada por vía oral, cloruro de sodio al 0.9% a 1000cc cada 24 horas, Atropina 0.5mg cada 5 min endovenoso hasta alcanzar signos de atropinización, Paracetamol 142 mg endovenoso condicional a fiebre, monitorización cardiorrespiratoria más balance hidroelectrolítico y se hospitaliza al paciente.

En la hospitalización, se reporta que el paciente recibió 5 dosis de Atropina endovenosa y tolera leche materna, además permanece afebril. La evolución fue favorable y se indica a los padres los cuidados que deben tener con el paciente, los cuales fueron que tenga su cita control por pediatría y dejar fuera del alcance del menor los productos tóxicos.

Caso clínico n.º 2

Niña de 2 años de edad, acude a la emergencia del nosocomio en compañía de su madre, la cual refiere que hace 2 días inicio cuadro clínico con diarreas líquidas que rebosan el pañal, sin moco ni sangre, aproximadamente 5 veces en todo el día, vómitos lácteos en 2 oportunidades, madre lo automedica con Paracetamol una vez. Al día siguiente, evidencia sensación de alza térmica y cuantifican en Centro de Salud de 38 grados, continúan las diarreas que sobrepasan el pañal, no vómitos y el menor se encuentra irritable, vuelve a ingerir Paracetamol, pero persiste la fiebre, no logra conciliar el sueño, siente avidez por lácteos y presenta vómitos por la noche, por lo cual acude a Emergencia del Hospital Regional de Huacho, la madre no evidenciaba orina desde hace 1 hora.

Antecedentes personales: cesárea, Apgar 9 con un peso de 2770 gramos, talla 57 cm edad gestacional 37 semanas, madre de 18 años,

Funciones vitales: Frecuencia cardíaca: 128 lpm, Frecuencia respiratoria: 40 rpm, Temperatura: 37 grados y Saturación de Oxígeno: 99%

Examen físico

General: Paciente se encuentra en aparente mal estado general, aparente mal estado de hidratación y aparente mal estado de nutrición.

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

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos, pulsos periféricos presentes.

Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no masas ni visceromegalias

Neurológico: Somnoliento, reactivo a estímulos, pupilas isocóricas y fotorreactivas con tono y fuerza muscular conservados.

Genitourinario: Sin alteraciones.

La impresión diagnóstica luego de la anamnesis y el examen físico es Síndrome febril, Diarrea aguda infecciosa con deshidratación moderada, a descartar Infección de tracto urinario, por lo cual se le solicita Hemograma completo, Electrolitos, Glucosa, Urea, Creatinina, Examen de orina y Reacción inflamatoria. El uroanálisis, en la reacción inflamatoria se encuentra 0-5 por campo.

ELECTROLITOS	13/12/2022, 3:02 AM	13/12/2022, 6:02 AM	13/12/2022, 8:02 PM
SODIO	141	162	161
POTASIO	3.7	5	5.6
COLORO	118	138	139

EXAMEN DE ORINA	RESULTADO
DENSIDAD	1030
PH	acido
GLUCOSA	negativo
PROTEINAS	negativo
NITRITOS	negativo
PIGMENTOS BILIARES	negativo
UROBILINA	negativo
CETONA	negativo
SANGRE	negativo
CELULAS EPITELIALES	0-1xc
HEMATIES	0-1xc
LEUCOCITOS	0-2xc
CILINDROS	no
CRISTALES	no
GERMENES	escasos

HEMOGRAMA	VALORES
GLOBULOS BLANCOS	9.62
ABASTONADOS	0
SEGMENTADOS	62.6
EOSINOFILOS	0.1
BASOFILOS	0.1
MONOCITOS	7.9
LINFOCITOS	29.3
GLOBULOS ROJOS	4.030.000
HEMOGLOBINA	12.6
HEMATOCRITO	38.5
RECUESTO PLAQUETAS	464

BIOQUIMICA	13/12/2022, 3:02AM
GLUCOSA	142.66
UREA	81.47
CREATININA	0.83
PCR	1.21

Debido a ello, el paciente pasa a hospitalización con los diagnósticos de deshidratación severa en corrección, hipernatremia, injuria renal aguda por deshidratación, trastorno del sensorio y gastroenteritis aguda

Con el transcurso de los días, se corrige la hipernatremia, la injuria renal aguda y la deshidratación, paciente luce más activo desde el ingreso, puede conciliar el sueño, la madre nota mejoría clínica, no picos febriles, mayor apetito y diarreas de consistencia grumosa, sin moco ni sangre.

La evolución es favorable y el paciente es dado de alta con las indicaciones de lactancia materna exclusiva y aplicar Oxido de Zinc después de cada cambio de pañal.

I.4 Rotación de Medicina Interna

Caso clínico n.º 1

Paciente varón de 34 años acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de siete horas, refiere que cuadro clínico inició con dolor abdominal localizado en epigastrio posterior a ingesta de comida copiosa, el dolor se presentó de forma súbita y se acompañó de náuseas y vómitos con contenidos alimentarios en 4 oportunidades, sensación de llenura precoz y distensión abdominal. Luego de horas, el dolor se intensifica y se irradia a hemiabdomen superior por lo cual

acude a Emergencia, niega fiebre ni alteración del estado de conciencia.

Funciones vitales: presión arterial: 120/80 mmHg, frecuencia respiratoria: 20 por minuto, frecuencia cardíaca: 96 latidos por minuto, temperatura: 36,5 grados, saturación de oxígeno al 99%.

Paciente en aparente regular estado general, nutrición e hidratación; ventilando espontáneamente.

Examen clínico:

Piel: Leve tinte ictérico con piel y mucosas.

Tórax y pulmones: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos y de buena intensidad, no se auscultan soplos

Abdomen: Distendido, poco depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio. McBurney (-), Murphy (-). No presencia de signo de Cullen ni signo de Grey Turner.

Genitourinario: sin alteraciones, no presencia de globo vesical

Sistema nervioso central: Paciente se encuentra despierto, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. No signos meníngeos ni de focalización.

Los diagnósticos presuntivos son coledocolitiasis y pancreatitis aguda. Por lo que se indica hemograma, glucosa, urea, creatinina, perfil hepático, amilasa y prueba antígeno de COVID-19.

Hemograma: Los resultados muestran leucocitosis, hemoglobina y plaquetas en valores normales.

En el perfil hepático, encontramos las transaminasas elevadas, TGO con valor 503,06 U/L y TGP con 807,43 U/L, además presentó una fosfatasa alcalina de 310,54VU/L

Los valores de las bilirrubinas fueron los siguientes: bilirrubina indirecta: 1,53 mg/dl, bilirrubina directa: 1,49 mg/dl y la bilirrubina total: 3,02 mg/dl. Además, la amilasa se encontró en 1355,59 U/L.

Por lo cual, el paciente pasa a hospitalización donde se confirma el diagnóstico de pancreatitis leve aguda, donde se inicia manejo de

hidratación con cloruro de sodio al 0.9%, control de analgesia con Tramadol de 50mg con 2 ampollas cada 24 horas, soporte nutricional al inicio con nada por vía oral para luego progresar a líquidos claros a tolerancia y protección gástrica con Omeprazol de 40mg.

En la ecografía de abdomen completo concluye en litiasis vesicular, proceso inflamatorio pancreático y esteatosis hepática leve. Su evolución fue favorable, mejoran síntomas de ingreso y queda para continuar manejo ambulatorio por Cirugía General.

Caso clínico n.º 2

Mujer de 60 años, llega a Emergencia del nosocomio refiriendo que hace 15 días pisa un clavo oxidado en la planta de pie izquierdo, por lo cual acude inmediatamente a centro de salud donde le realizan curación y la envían a casa con manejo analgésico y antibiótico, con el transcurso de los días acude a emergencia del nosocomio por persistencia del dolor y secreción purulenta con sangre en pie izquierdo.

Como antecedentes de importancia, la paciente un diagnóstico de Diabetes Mellitus hace 10 años con tratamiento irregular de Metformina una vez al día. La impresión diagnóstica es Diabetes Mellitus 2 descompensada con manifestaciones crónicas: pie diabético izquierdo Wagner II, celulitis abscedada de pie izquierda post traumática y tumoración quística en pierna derecha.

En los exámenes de laboratorio encontramos leucocitosis, anemia leve, plaquetas dentro de rangos normales, PCR elevada y una Hemoglobina glicosilada de 13,85%, examen de orina patológico con leucocitos 15-20 por campo, glucosuria y se observaron levaduras, en el cultivo de la secreción de herida se halló Escherichia Coli resistente a Ampicilina/Sulbactam.

En la exploración vascular presentaba signos de insuficiencia arterial con estenosis moderada en arterias tibiales y pedia, ateromatosis difusa y ganglios inguinales reactivos. Así mismo, presentaba lesión en pie izquierdo de aproximadamente 8 centímetros flogotica en la zona

plantar medial, poco dolorosa.

Se le indica manejo antibiótico con Ciprofloxacino 200mg con 2 ampollas cada 12 horas EV y Clindamicina 600mg con 1 ampolla cada 8 horas EV, insulina NPH 10 a 30 minutos antes del desayuno y la cena, con monitoreo capilar de la glicemia antes y durante el almuerzo, analgésicos, curación diaria y evaluación por Traumatología para posibilidad de pase a su servicio para brindarle el manejo adecuado que requiere luego de haber controlado las glicemias elevadas.

El servicio de Traumatología le realiza limpiezas quirúrgicas para limpiar la fibrina y el tejido necrosado y así evitar la desvitalización completa del tejido y posibles infecciones.

La evolución de la paciente cursa favorable, mejoran síntomas de ingreso y es dada de alta para continuar manejo de forma ambulatoria.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

II. 1 Hospital Regional de Huacho

El hospital Regional de Huacho es fundado el 02 de octubre de 1970 creado como un Centro Base, luego se convirtió en Hospital de Apoyo y desde el año 1990 es considerado como Regional. Se encuentra ubicado en la ciudad de Huacho a 150 kilómetros al norte de la ciudad de Lima, en la provincia de Huaura, Distrito de Huacho. El área de influencia de atención para el Hospital corresponde a la atención especializada de la población de Huacho y es reconocido como establecimiento de referencia de todo el ámbito de la Red Huaura Oyón. Su estructura horizontal, posee 4 pisos, donde la primera planta ha sido diseñada para los Servicios de Consulta Externa y las Unidades Administrativas, en el segundo piso se hallan los Departamentos de Pediatría y Medicina, en el tercer piso se encuentran el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Sala de Partos y Neonatología con su servicio de Cuidados Intensivos, por último en el cuarto piso encontramos los Departamentos de Cirugía y las Salas de Operaciones y adicionalmente la Unidad de Hemodiálisis.

El Hospital Regional de Huacho cuenta 45 Puestos y 9 Centros de Salud. En la provincia de Huaura, se encuentran los Centros de Salud de Végueta, Hualmay, Carquín, Santa María y Huaura en la Costa y en la Sierra tenemos al Centro de Salud de Ámbar y el Centro de Salud de Sayán, adicionalmente en la Provincia de Oyón se encuentra los Centros de Salud de Churín y Oyón.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1 Rotación de Gineco-Obstetricia

En el caso 1, presentamos el caso de una multigesta de 40 años, con antecedente de 2 partos domiciliarios, que hizo presiones elevadas al momento de llegar a la Emergencia y continuó de esa forma luego de su parto vaginal, y cuadro clínico con cefalea, epigastralgia y exámenes de laboratorio alterados.

En la preeclampsia se tienen criterios para los factores de riesgo los cuales son:

Criterios mayores:

- Preeclampsia previa
- Diabetes *Mellitus*
- Hipertensión arterial crónica
- Enfermedades inmunológicas como el Lupus Eritematoso Sistémico
- Enfermedad renal crónica

Criterios menores:

- Edades extremas (mayores a 40 años o menor a 18 años)
- Nuliparidad
- Gestación múltiple
- Historial de trombofilia
- Raza afroamericana
- Epilepsia
- Fertilización in vitro
- Período intergenésico largo (mayor a 10 años)
- IMC mayor a 30

La preeclampsia es definida como la hipertensión arterial luego de las 20 semanas de embarazo y con falla de órgano u proteinuria.

En este caso la paciente presento falla de órgano con la falla renal aguda cuando se evaluó la creatinina y la urea.

Los datos de severidad en la preeclampsia son los siguientes:

- PAS > 160 o PAD > 110
- Trombocitopenia (Plaquetas < 100,000)
- Elevación de transaminasas (TGO > 70)
- Síntomas premonitorios como cefalea, escotomas, dolor en epigastrio o en hipocondrio derecho.
- Edema agudo de pulmón
- Falla renal progresiva (oliguria o Cr > 1.1)
- Eclampsia

Por lo tanto, en nuestra paciente encontramos datos compatibles con Preeclampsia con signos de severidad; sin embargo, se complicó con Síndrome de Hellp que se ve en un 80% de las gestantes con preeclampsia y en un 20% con normotensión.

El síndrome de Hellp se manifiesta como complicación de la preeclampsia en un 80% y el 20% se puede dar con presión arterial normal de forma aislada.

Los criterios diagnósticos del Síndrome del Hellp son:

- Bilirrubina indirecta > 1.2 mg/dl, esquistocitos
- Aumento de enzimas hepáticas: TGO > 70 UI/L, LDH ≥ 600 UI/L
- Plaquetopenia (plaquetas ≤ 100,000/UI)
- Hemólisis
- Anemia hemolítica microangiopática.

Si tiene uno de los 3 criterios se confirma el diagnóstico de Síndrome de Hellp, en nuestro caso la paciente tenía 3 criterios: bilirrubina indirecta elevada, esquistocitos, aumento de enzimas hepáticas y plaquetopenia; por lo cual se decide su manejo por la Unidad de Cuidados Intensivos porque también estaba haciendo falla renal aguda con una Creatina y Urea elevados, con necesidad de intubación y monitoreo constante de funciones vitales, función renal y hepática. La paciente fue usuario de hemodiálisis, debido al daño renal.

Luego de un mes en la Unidad de Cuidados de Intensivos, la paciente logró superar el cuadro clínico del Síndrome de Hellp, recuperar función renal, pulmonar y hepática. Es dada de alta con cuidados precisos para el control de la presión arterial por el servicio de Cardiología y la consejería de planificación familiar para evitar un embarazo futuro que puede traer mayores complicaciones.

En el segundo caso, la paciente presentaba un antecedente de Hemorragia Uterina Anormal hace 12 años, con episodios de metrorragia e hipermenorrea que la llevaban a tener anemia moderada además de dismenorreas que no cedían con los analgésicos.

La hemorragia uterina anormal es la definición universal usada para describir cualquier variación sintomática del ciclo menstrual normal (en términos de frecuencia, duración, regularidad o volumen) y también incluye el sangrado intermenstrual. Puede presentarse de forma aguda, en el caso de una mujer en edad fértil que no sea gestante pero que requiera un manejo inmediato para evitar una pérdida sanguínea abundante o cuando se presenta al menos la mayor parte de los últimos seis meses.

Existe un sistema de clasificación llamado PALM-COEIN para hemorragias uterinas anormales en mujeres en edad fértil no gestantes.

- Pólipos: Son tumores epiteliales localizados que comprenden los de la cavidad endometrial y el canal cervical.
- Adenomiosis: Es la presencia de glándulas de tipo estroma y

endometrial dentro del miometrio, puede hacerse evidente mediante una ecografía transvaginal o la resonancia magnética.

- Leiomiomas: Son también llamados miomas o fibromas uterino, siendo neoplasias benignas del músculo liso.
- Malignidad e hiperplasia: La hiperplasia endometrial con atipia citológica y carcinoma, incluyendo los sarcomas del estroma endometrial, son definidos como neoplasias epiteliales del endometrio que se van a diagnosticar mediante muestreo endometrial transcervical.
- Coagulopatía: Abarca todos los trastornos sistémicos de la hemostasia
- Disfunción ovulatoria: Ocurre cuando una mujer no se encuentra ovulando, tiene una ovulación poco habitual o, especialmente en los últimos años reproductivos, además de percibir eventos lúteos fuera de fase.
- Causas endometriales: Se da en mujeres con menstruaciones predecibles y cíclicas que sugieren una ovulación normal que tienen hemorragias uterinas anormales, cuya causa es habitualmente, un trastorno primario del endometrio.
- Causas iatrogénicas: En esta categoría se incluyen causas de hemorragia uterina anormal debido a dispositivos médicos, especialmente los anticonceptivos intrauterinos o terapia farmacéutica.
- No clasificado de otra manera: Son en conjunto, estas entidades, las conocidas ahora o las que se descubrirán en un futuro, como por ejemplo las malformaciones arteriovenosas.

Para poder evaluar una hemorragia uterina anormal, primero debemos hacer una evaluación inicial que comprende las siguientes preguntas:

- ¿El sangrado proviene del útero o es extrauterino?
- ¿La paciente esta dentro de la premenopausia o

postmenopausia?

- ¿La paciente está embarazada?

Luego de eso, es importante evaluar la historia del sangrado desde los síntomas asociados, antecedentes ginecológicos, fármacos que alteren la hemostasia o la función endocrina, los factores de riesgo para cáncer uterino y la historia familiar de sangrados anómalos. Además, se debe proceder al examen físico teniendo en cuenta las funciones vitales, examinación pélvica, examen general enfocándose en las etiologías de hemorragias uterinas anormales.

Si el sangrado uterino anormal es agudo se debe evaluar si la paciente esta hemodinámicamente estable, sino fuera el caso, se debe primero detener el sangrado enviando a la paciente a un área de cuidados críticos.

Se debe iniciar los exámenes de laboratorio iniciales, los cuales son: dosaje de hormona gonadotrofina coriónica en orina o sangre, hemograma completo, pruebas endocrinas, pruebas de coagulación, exámenes para descartar hemorragia cervical como PAP y cultivos, además de estudios de cavidad endometrial mediante ecografía, biopsia, hidrosonografía e histeroscopia.

En el caso de nuestra paciente, luego de los estudios realizados, se explica la causa de la hemorragia uterina anormal por medio de la ecografía transvaginal donde se encuentran miomas tipo 1,2,3 según la clasificación FIGO.

Los leiomiomas son los tumores mesenquimáticos que se presenta con mayor frecuencia en el útero y son producto de una mutación somática de las células del músculo liso y posteriormente se lleva a cabo la expansión clonal de las células que han sido mutadas. Poseen alta prevalencia y se hallan en el 70% de las mujeres entre 40 y 50 años, para un mejor estudio se ha propuesto una subclasificación que se divide en 3 pasos, el primero es definir la existencia o la ausencia de uno o más miomas descubiertos por medio de la ecografía, el segundo

paso es diferenciar entre los miomas, los submucosos y el tercer paso es la clasificación de los miomas en 8 subgrupos respecto a su asociación con la mucosa o la serosa uterina.

Los subgrupos se dividen de la siguiente forma:

Submucosos:

- 0: Pediculados, intracavitarios
- 1: Menos del 50%, intramural
- 2: Más del 50%, intramural
- Otros:
- 3: Contacto con endometrio, 100% intramural
- 4: Intramural
- 5: Subseroso, pero más del 50% intramural
- 6: Subseroso, pero menos del 50% intramural
- 7: Subseroso, pediculado
- 8: Otro lugar del cuerpo (miomas parásitos)

La clínica puede ser asintomática o tener una tumoración palpable con sangrado uterino anómalo, dismenorrea e infertilidad. En el caso de nuestra paciente tenemos el sangrado uterino anómalo, dolor e infertilidad, ya que por historia clínica sabemos que la paciente ha tenido dos abortos incompletos; sin embargo, no tiene hijos.

El diagnóstico de un leiomioma se realiza a través de la historia clínica, examen físico, ecografía transvaginal y algunos tipos submucosos necesitan histerosonografía. En el caso de nuestra paciente se pudo llegar al diagnóstico por medio de la historia clínica con los antecedentes ginecológicos sobre su ciclo menstrual, el examen físico dirigido a la patología que sospechamos y la ecografía transvaginal que pudo evidenciar los miomas submucosos.

El tratamiento en el caso de los leiomiomas es observación en la

mayoría de los casos, por lo cual existen criterios para tomar la decisión de la intervención quirúrgica como la anemia, el dolor, la infertilidad y la medida mayor a 10 o 12 centímetros. Entre las opciones quirúrgica tenemos las siguientes:

Histeroscopia, en el caso de los miomas submucosos grado 0 y 1

Miomectomía convencional o laparoscópica en el caso de las nulíparas se podría plantear.

Histerectomía en el caso de la miomatosis uterina.

En el caso de nuestra paciente, se tomó la decisión de hacer la cirugía llamada Histerectomía total más Salpingooforectomía bilateral debido a la miomatosis uterina que presentaba la paciente además de considerar que ya no tenía genésicos.

III.2 Rotación de Cirugía General

En el primer caso, tenemos un paciente de sexo femenino que presentó un cuadro clínico de dolor abdominal en hipocondrio derecho asociado a náuseas y vómitos, con un tiempo de enfermedad de 3 años. Durante esos 3 años, tuvo episodios similares y le prescribían analgésicos endovenosos en Emergencia y analgésicos vía oral como tratamiento ambulatorio, y le indican una ecografía donde se diagnóstica el cuadro de litiasis vesicular, y acude con nueva ecografía a la emergencia donde se concluye el diagnóstico de colecistitis crónica calculosa.

En este caso, podemos ver que la colecistitis crónica se define como colecistitis a repetición haciendo que la vesícula tenga cambios anatomo-patológicos o radiológicos, causada en el 90% de los casos por la obstrucción del conducto cístico por un lito. La vesícula que permanece obstruida permanece distendida y la pared presenta edema y engrosamiento.

La causa de las colecistitis, en la mayoría de los pacientes, es la litiasis biliar, siendo los dos factores determinantes para la progresión de esta patología, el grado de obstrucción y la duración de la misma.

Los factores de riesgo para que ocurra esta patología son:

- ✓ Edad
- ✓ Sexo femenino
- ✓ Obesidad
- ✓ Nutrición parenteral
- ✓ Pérdida de peso
- ✓ Descenso de HDL
- ✓ Aumento de triglicéridos
- ✓ Embarazo
- ✓ Anticonceptivos

Los factores protectores son los siguientes:

- ✓ Ácido ascórbico
- ✓ El consumo de café
- ✓ Las proteínas vegetales
- ✓ Las grasas poliinsaturadas y monoinsaturadas

La obstrucción cuando se da de manera parcial y es de corta duración, solo se manifiesta como un cólico biliar, en cambio; si la obstrucción es completa y dura mucho más tiempo, provoca una elevación en la presión intravesicular acompañado de la irritación de la mucosa, una activación de la respuesta inflamatoria aguda y el descenso del flujo vascular de la pared secundaria a la pared distendida.

Los pacientes que padecen colecistitis crónica tienen episodios repetitivos de dolor, fiebre no tan frecuente y el dolor se presenta con menos intensidad y corta duración.

De igual modo, se usa los criterios de Tokio 2018 para confirmar el diagnóstico de colecistitis.

- Signos locales de inflamación: dolor a la palpación manual del hipocondrio derecho, signo de Murphy, masa palpable.

- Signos sistémicos de inflamación: Proteína C reactiva elevada, leucocitos en abundante cantidad, fiebre
- Imágenes: ecografía abdominal, gammagrafía

La forma de diagnosticar es a través del cuadro clínico, examen físico, las pruebas de laboratorio y las pruebas de diagnósticos por imágenes. Las pruebas de función hepática ayudan a diagnosticar cuando la vía biliar está bloqueada pero cuando se encuentra en valores normales, no descarta la patología, además la leucocitosis es habitualmente sugerente de inflamación.

La ecografía es el mejor examen de ayuda diagnóstica por imagen para la detección de los cálculos biliares en la vesícula biliar, además tenemos la gammagrafía biliar es otra prueba que se puede usar en casos de duda diagnóstica y cuando se sospecha de colecistitis acalculosa aguda. Adicionalmente, la tomografía computarizada de abdomen puede detectar complicaciones como la pancreatitis.

El tratamiento debe ser hidratación, electrolitos y analgésicos por vía intravenosa, se pueden usar antibióticos en el caso de que exista infección. El manejo definitivo se debe dar con la colecistectomía.

En el caso de nuestro paciente resalta el tiempo de enfermedad, pero debemos tener en cuenta que esto se produjo en el contexto de la pandemia actual que estamos viviendo por el virus SarsCov-2, que ha retrasado las cirugías por el cierre de los consultorios externos; sin embargo vemos que el paciente fue atendido siempre que tuvo episodios recurrentes de dolor abdominal en hipocondrio derecho y en la ecografía se puede concluir que la vesícula se encuentra disminuida de tamaño y engrosada, finalmente el manejo fue la colecistectomía mixta convencional.

En el segundo caso, mostramos el caso de una paciente de 38 años, de sexo femenino que estuvo hospitalizada 6 días previos a su reingreso por plastrón apendicular. La paciente ingresa por la

Emergencia presentando dolor abdominal a predominio de fosa iliaca derecha sin náuseas y vómitos asociados, además se palpa una masa en región de cuadrante inferior con Mc Burney positivo. El diagnóstico fue de plastrón apendicular. Algunos pacientes con una Masa Inflamatoria Apendicular de varios días de evaluación, generalmente mayor a 4 o 5 días, podrían ser manejados con tratamiento médico conservador y una Apendicectomía Diferida después de “un período de enfriamiento” de unas 8 semanas, este tratamiento es de elección en los pacientes pediátricos y algunos pacientes adultos que cumplen con los siguientes criterios como por ejemplo: masa abdominal palpable asociado al cuadro de apendicitis, buen estado general, ausencia de obstrucción, ausencia de imágenes de absceso en la tomografía y ausencia de peritonitis generalizada o sepsis. Se excluye a pacientes que presenten mal estado general, peritonitis generalizada, sepsis o exista duda en el diagnóstico.

Durante el período conservador, el manejo médico se debe dar con las siguientes medidas como hidratación parenteral, dieta líquida, antibioticoterapia endovenosa hasta la resolución de los signos de respuesta sistémica, analgesia horaria endovenosa y una estricta monitorización diaria del tamaño de la masa. Si hay una mejoría clínica en un plazo máximo de 72 horas, se procede a continuar con dieta blanda completa y el alta se debe generar con indicaciones de completar tratamiento antibiótico por 14 días y luego se preparará al paciente para la cirugía electiva luego de 8 semanas de evolución, y es recomendable una apendicectomía laparoscópica diferida; no obstante, si durante este período de manejo conservador, el paciente tiene un deterioro clínico se debe indicar la cirugía y un drenaje quirúrgico del absceso y la posible apendicectomía.

En el caso de nuestra paciente, se evidencia que se le dio manejo conservador; sin embargo, la paciente necesito una cirugía de emergencia por su deterioro clínico y se le realizó un drenaje.

III.3 Rotación de Pediatría

El primer caso es de la intoxicación por carbamatos en pediatría, que se define como todo cuadro clínico provocado por cualquier agente que posee la capacidad de inhibir la acción de la colinesterasa eritrocitaria y/o del sistema nervioso central. En zonas urbanas son más frecuentes los casos de intoxicación por carbamatos que en las zonas rurales donde es más frecuente las de organofosforado.

Los carbamatos, son las causas más frecuentes de envenenamiento en áreas urbanas, puesto que; son vendidos comercialmente como plaguicidas caseros, de esta forma los preescolares tienden a beberlo, en cambio; los organofosforados son usados en las áreas rurales para contener plagas del campo, en la mayoría de los casos se da en los accidentes laborales en personas adultas o en menor cantidad en la población pediátrica.

Los factores de riesgo son los siguientes:

- Edad: Se presenta con mayor frecuencia en niños menores de 3 años.
- Ocupación: Se da con mayor prevalencia en los agricultores que no toman las correctas medidas de bioseguridad.
- Estado nutricional: cuando tiene un estado nutricional deficitario va a condicionar una mayor morbi-mortalidad
- El estado de los pacientes que viven en condiciones de hacinamiento y la falta de información sobre el potencial peligro de los tóxicos.
- Tipo de inhibidor de la colinesterasa: El organofosforado tiene un cuadro clínico de mayor gravedad y riesgo de muerte que los carbamatos.

El diagnóstico de intoxicación por organofosforados se realiza por los signos del sistema nervioso central. Los de tipo muscarínicos son: diarrea, incontinencia urinaria, miosis, broncoespasmo, emesis,

lagrimeo y sialorrea y los de tipo nicotínico pueden darse como: fasciculaciones, actividad adrenal incrementada, taquicardia, calambres e hipertensión. Cuando hay existencia de signos cardiorrespiratorios y neurológicos son los que indican la gravedad de la enfermedad.

El diagnóstico se da teniendo en cuenta la anamnesis y el cuadro clínico basado en los signos muscarínicos y nicotínicos.

Los exámenes de ayuda diagnóstica que se realizan son las pruebas espectrofotométricas o cromatográficas que determinan la existencia del organofosforado o carbamatos en restos sanguíneos, urinarios y gástricos y son llevados a cabo en Institutos especializados.

Antes de iniciar el manejo médico, se deberá reconocer el cuadro clínico y la vía de ingreso del tóxico. Si el ingreso se efectuó por la vía oral y el tiempo de enfermedad es menor a 2 horas, se puede provocar el vómito mecánico o el farmacológico con el jarabe de ipecacuana, lavado gástrico y la colocación del carbón activado. Sin embargo, es necesario mencionar que los pacientes menores a 6 meses y con trastorno del sensorio no deberán ser sometidos al vómito porque los reflejos de protección de la vía aéreas pueden estar abolidos. Por lo tanto, se requiere canalizar una vía endovenosa y dar inicio al tratamiento con atropina, tomando en cuenta el monitoreo de las fasciculaciones musculares en la cara, tronco y extremidades, secreciones traqueobronquiales elevadas y el diámetro pupilar miótico, los cuales requieren una evaluación cada 10 minutos hasta que ya no se observen. La atropina es el fármaco de elección y se debe usar en dosis de 0.01 a 0.5 mg/kg/dosis vía endovenosa o traqueal con dosis repetidas hasta conseguir mejoría clínica; no obstante, no es necesario llegar hasta el extremo de la intoxicación atropínico. Cuando el paciente logre revertir el cuadro deberá ser observado en un tiempo de 24 horas y de reiniciarse el cuadro se debe reiniciar la atropinización con dosis mínimas de 0.01 a 0.05 mg/kg/dosis cada 30 minutos.

En el caso del paciente, el cuadro fue controlado con 6 dosis de

Atropina y luego se mantuvo en observación y dado de alta sin mayores complicaciones.

En el segundo caso, observamos el cuadro clínico de un niño que no presenta moco ni sangre, sin embargo; presenta algunos signos de deshidratación.

La deshidratación se define como la afección causada por la pérdida excesiva de agua y líquidos esenciales para el adecuado funcionamiento del cuerpo, en algunas circunstancias puede ser mortal causando shock hipovolémico que puede conllevar a la muerte.

La etiología que se da con mayor frecuencia es la pérdida digestiva en el contexto de gastroenteritis, si bien el tratamiento de la causa es lo principal, también es fundamental no perder de vista la alteración en el balance hídrico asociado al equilibrio ácido-base que pueden poner en riesgo la vida del paciente.

Los niños son más susceptibles a estos cuadros clínicos debido a varios factores entre ellos están la incidencia elevada en enfermedades infecciosas, mayor cantidad de la superficie corporal en asociación con su volumen y, sobre todo, los pacientes pediátricos no pueden acceder a los líquidos por ellos mismos y en algunos casos no pueden comunicarse adecuadamente.

La deshidratación se clasifica mediante el grado de pérdida y la concentración del sodio en el plasma, y podemos clasificar en deshidratación sin signos de deshidratación, con signos de deshidratación leve a moderada y deshidratación grave con o sin shock. Para un correcto diagnóstico en todo paciente pediátrico, se tiene que evaluar mediante el triángulo de evaluación pediátrica, previa anamnesis y un examen físico adecuado para clasificar el grado de deshidratación.

El triángulo de evaluación pediátrica evalúa la apariencia, la circulación cutánea y el trabajo respiratorio, en este caso se encuentra alterada la circulación cutánea, el cual es el primer parámetro que se altera en las diarreas en los niños que no son debidamente hidratados, lo cual puede ser mortal cuando tenemos una deshidratación con signos de shock.

Los signos de deshidratación son los siguientes:

Deshidratación leve, no detectable clínicamente:

- Apariencia normal
- Alerta y con buen contacto
- Extremidades calientes
- Ojos no hundidos
- Mucosas húmedas
- Frecuencia cardíaca y patrón respiratorio normal
- Pulsos periféricos normales
- Llenado capilar < 2 segundos
- Turgencia de piel normal
- Presión arterial normal

Con signos de deshidratación leve a moderada:

- Apariencia alterada: irritable, letárgico
- Coloración normal de la piel
- Extremidades calientes
- Ojos hundidos, el cual es un signo de alarma
- Mucosas secas
- Taquicardia y taquipnea
- Pulsos periféricos normales
- Llenado capilar < 2 segundos
- Pérdida de turgencia de la piel
- Presión arterial normal

Con signos de deshidratación grave:

- Alteración progresiva de la conciencia
- Pálido o piel moteada
- Extremidades frías
- Taquicardia y taquipnea
- Pulsos periféricos débiles
- Llenado capilar > 2 segundos
- Hipotensión (shock descompensado)
- Ojos muy hundidos
- Ausencia de lágrimas

En este caso, el paciente está dentro de la clasificación de deshidratación leve a moderada o clínica y requiere recibir el tratamiento tipo B, pero por la edad del paciente que es de 1 mes de vida y por la hipernatremia, se decide hospitalizarlo para su iniciar su hidratación vía endovenosa con cloruro de sodio de 1000 cc de volumen con un volumen total de 250cc en 4 horas, teniendo en cuenta el peso de nuestro paciente.

Cuando el paciente este adecuadamente hidratado, se debe iniciar con el plan con las siglas ACRE, que consiste en las siguientes medidas:

- A: Aumento de líquidos
- C: Continuar la alimentación
- R: Educar a la madre para que pueda reconocer los signos de alarma
- E: Evitar nuevos episodios de diarreas

Se aplica este método para recalcar lo importante que es la hidratación y reconocimientos de signos de alarma.

III.4 Rotación de Medicina Interna

En el primer caso tenemos una pancreatitis aguda, la cual tiene una incidencia creciente y es una de las enfermedades gastrointestinales que con mayor frecuencia conlleva a la hospitalización. Tiene una mortalidad del 5-10% en los casos de pancreatitis aguda grave con fallo orgánico persistente, necrosis pancreática y sepsis.

La causa más prevalente es la litiasis biliar, se presenta con mayor frecuencia en pacientes con colelitiasis y en varones. Se debe sospechar de una pancreatitis de etiología biliar si el paciente previamente ha tenido cólicos biliares y si observamos un perfil hepático alterado y mediante ecografía abdominal podemos evidenciar colelitiasis o barro biliar.

La segunda causa más frecuente es el alcoholismo y luego vienen las diferentes causas en menor porcentaje entre ellas tenemos: hipercalcemia, hipertriglicederemia, iatrogenia en la colangiopancreatoduodenografía, virus como parotiditis, hepatitis B, entre otros; y causas idiopáticas.

El cuadro clínico se presenta con dolor abdominal de gran intensidad localizado en el epigastrio, que se irradia en forma de cinturón hacia la espalda y se relaciona con náuseas y vómitos. En la exploración física, el abdomen a la palpación es doloroso y en ocasiones distendido, con disminución de los ruidos hidroaéreos.

El diagnóstico se basa en la presencia de 2 de los siguientes criterios:

- Elevación de la amilasa y/o lipasa mayor de tres veces el límite superior de la normalidad.
- Dolor abdominal típico
- Examen de ayuda diagnóstica compatible con pancreatitis aguda, con mayor frecuencia se utiliza la tomografía abdominal

Los valores de amilasa no realizan el descarte de pancreatitis aguda, siendo la lipasa más sensible y más específica y se eleva al mismo tiempo que la amilasa, pero persiste mucho más tiempo.

Cuando se realiza el diagnóstico de pancreatitis aguda y se confirma la etiología, se debe reconocer si estamos ante un episodio leve o grave, ya que el tratamiento es diferente en ambas situaciones. Existen escalas predictoras de gravedad, pero la más frecuente es la escala Ranson donde se evalúan en dos tiempos: al momento del ingreso y a las 48 horas.

En el momento del ingreso evalúa los siguientes criterios:

- Edad > 55 años
- Leucocitos > 16.000/ mm³
- Hiperglucemia
- LDH > 350 UI/l
- TGO > 250 UI/l

A las 48 horas del ingreso, tenemos los siguientes criterios:

- Disminución del hematocrito > 10%
- Secuestro de volumen > 6 litros
- Déficit de bases > 4 mEq/l
- Calcio < 8 mg/dl
- PO₂ < 60 mmHg
- Aumento del BUN > 5 mg/dl

Si se cumplen 3 o más criterios, se considera que tiene mayor riesgo de desarrollarse una pancreatitis grave, es por ello; que en estos pacientes se realiza una tomografía para evidenciar la presencia de complicaciones locales como necrosis o pseudoquistes.

En el caso de nuestro paciente tenemos el diagnóstico de pancreatitis aguda leve, es por eso; que el tratamiento es soporte hídrico y manejo del dolor, el dolor va desapareciendo en 2 a 4 días, y entonces se reinicia la alimentación, no se debería usar antibióticos mientras no haya evidencia de infección.

El segundo caso nos muestra a una paciente que tiene pie diabético, pero para referirnos al pie diabético es necesario, hablar de la causa que es la Diabetes Mellitus.

La diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM-2) es una enfermedad prevalente en

nuestro medio y a nivel mundial, se estima que a nivel mundial existen 387 millones de personas que padecen esta patología.

La diabetes mellitus tipo 2 es un problema de salud pública a nivel nacional y mundial. Acorde con la Federación Internacional de Diabetes, se estima que en el mundo existen 387 millones de personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM-2). Tiene complicaciones macrovasculares y microvasculares, siendo una de las más frecuentes dentro de las complicaciones microvasculares, la neuropatía periférica que puede producir posteriormente el llamado pie diabético que genera una discapacidad en el paciente que lo padece.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define pie diabético como la infección, ulceración y destrucción de tejidos profundos de la extremidad inferior, en relación con trastornos neurológicos y variados grados de enfermedad vascular periférica. En la actualidad, está considerado como un síndrome clínico, muchas veces requiere una hospitalización de largo tiempo y en algunas ocasiones manejo quirúrgico como la amputación que van a llevar a una discapacidad parcial o total al paciente.

El pie diabético es una de las complicaciones más prevalentes en un 15% que tienen un mayor riesgo de amputación en comparación con los no diabéticos.

La clasificación de Wagner clasifica el pie diabético basado en la profundidad, existencia de osteomielitis o gangrena y a la extensión de la necrosis tisular.

La clasificación de Wagner es la siguiente:

- Grado 0: Ausencia de úlcera, pie en riesgo por deformidad o hiperqueratosis
- Grado 1: Úlcera superficial
- Grado 2: Úlcera profunda que incluye tendón y la cápsula articular

- Grado 3: Úlcera profunda con abscesos, osteomielitis o sepsis articular
- Grado 4: Gangrena localizada
- Grado 5: Gangrena extensa

La fisiopatología del pie diabético se explica debido a la neuropatía sensitiva, ya que se pierde la sensibilidad a estímulos químicos, térmicos o mecánicos; mientras que la neuropatía motora provoca debilidad en la pared muscular con atrofia de los músculos interóseos y del tibial anterior que produce deformidad de los dedos como dedos en garra o martillo, también pueden aparecer hiperqueratosis y callosidades en la región plantar en los puntos de apoyo.

El cuadro clínico va a depender de la fase en la que se halla al paciente en el momento del diagnóstico pueden ser:

- Asintomáticos: Aquellas personas que no muestren síntomas típicos de este síndrome.
- Sintomáticos: Síntomas como dolor tipo quemazón o electricidad en miembros inferiores, adormecimientos, parestesias y calambres.

El tratamiento local de la úlcera depende de diversos factores como: la etiología, características morfológicas y la forma en la que se presenta clínicamente la úlcera. Cuando es una infección que afecta las capas superficiales, el manejo que se brinda es de limpieza y debridación mecánica, no obstante; la existencia de infección severa que puede conllevar al compromiso óseo necesita debridamiento quirúrgico. Cuando no exista evidencia de isquemia, el debridamiento se realiza con márgenes amplios para retirar la mayor cantidad de tejido necrótico.

Es importante recalcar que, en este tipo de complicación microvascular, la cirugía es la piedra angular del tratamiento para evitar un mayor compromiso de la extremidad inferior y que ponga en riesgo la vida del paciente.

CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico que inició el 1 de julio del 2021 y culmina el 31 de abril del año 2022, en el contexto de la pandemia por el SARS-CoV-2 las circunstancias fueron diferentes ya que para evitar contagios se propuso dividir el tiempo de internado en dos fases, la primera consistía en asistir a los centros de salud por 5 meses y la siguiente fase en un hospital del ministerio de salud. La experiencia en el centro de salud fue totalmente enriquecedora porque por primera vez tuvimos la oportunidad de laborar en un primer nivel de atención antes de ir al servicio rural, es rescatable la forma como laborar en un primer nivel de atención teniendo en cuenta todas las limitaciones q las que nos podemos enfrentamos sobre todo en el recurso humanos, a veces encontramos también deficiencia en la capacidad de diagnosticar y tratar una enfermedad a tiempo sin que llegue a complicarse y necesite una atención en un centro de salud de mayor complejidad, las enfermedades más comúnmente que vemos en un centro de salud son resfríos, dolores abdominales pero muchas veces esos dolores abdominales requieren un manejo quirúrgico ya que puede ser una apendicitis aguda o muchas veces es un cólico biliar o renal que puede ser manejo oportunamente en un centro de salud sin necesidad de sobre cargar la emergencia del hospital de mayor complejidad. Analizando esa situación y en base a la experiencia adquirida el internado, laborar en el centro de salud nos ha dado mayor capacidad para reconocer y tratar patologías comunes que podemos encontrar en una población rural y laborar en el hospital de mayor nivel de complejidad nos da la oportunidad de diagnosticar oportunamente las patologías que pueden poner en riesgo la vida del paciente.

CONCLUSIONES

El internado médico es una etapa fundamental en la carrera profesional de Medicina Humana para integrar, aplicar y consolidar los conocimientos que fueron aprendidos durante todos los años universitarios.

Es importante que los internos formen capacidades durante su formación académica (para trabajar en equipo, identificar y resolver problemas que comprometan la vida del paciente y para restablecer su salud).

Llevar a la práctica el internado en un establecimiento de salud de alta complejidad como el Hospital Regional de Huacho, proporciona un beneficio esencial para la formación como médico, permitiendo tener al alcance una variedad de patologías y la acción de respuesta frente a una emergencia que comprometa la vida del paciente.

El desarrollo del internado en los centros de salud también ha representado una ventaja sobre el manejo de un primer nivel de atención, que en el contexto de la pandemia que se está viviendo, ayuda a disminuir la afluencia de pacientes que llegan a los hospitales por patologías que pueden ser resueltas en un primer nivel de atención.

Por último, es importante resaltar el hecho de que a pesar de las adversidades presentadas -a causa de la pandemia- fue importante continuar con nuestros estudios académicos en nuestra universidad simultáneamente con nuestra labor en el hospital para el logro de los objetivos académicos en esta etapa.

RECOMENDACIONES

1. Es importante que el interno de medicina tenga las medidas de protección adecuadas para la evaluación diaria de pacientes que pueda evitar el contagio del interno y su familia.
2. Promover la actividad de investigación en esta etapa de la carrera profesional, es un factor importante ya que nos permite estar actualizados según las guías de prácticas clínicas y diversos estudios alrededor del mundo que puedan servirnos en el futuro manejo de las patologías y darles un buen tratamiento a los pacientes.
3. Es recomendable ampliar las horas en las que el interno permanece en el hospital, con el fin de ampliar los conocimientos y adquirir la capacidad suficiente para manejar patologías por sí mismo; con todas las medidas de bioseguridad pertinentes para su desarrollo.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. 17_deshidratacion.pdf [Internet]. [citado 28 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17_deshidratacion.pdf
2. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en pediatría Perú - 2011 [Internet]. [citado 28 de marzo de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292011000300009
3. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en pediatría Perú - 2011 [Internet]. [citado 28 de marzo de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292011000300009
4. Zapata Díaz BM, Orestes Ramírez Cabrera J, Zapata Díaz BM, Orestes Ramírez Cabrera J. Diagnóstico y manejo oportunos del síndrome HELLP. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. enero de 2020;66(1):57-65.
5. Friedman SA. Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets
6. (HELLP syndrome). Am J Obstet Gynecol 1993; 169:1000-1006.
7. Colecistitis crónica litiásica agudizada: una consulta frecuente en la guardia médica [Internet]. [citado 29 de marzo de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000400035
8. Rodríguez JME, Pereira LTP, Ramírez LC, Madrid JME, Vallejo JES. MIOMATOSIS UTERINA GIGANTE EN MUJERES NULÍPARAS: REPORTE DE DOS CASOS. REV MED HONDUR. 2015; 83:5.
9. Virú Loza MA. Manejo actual de las intoxicaciones agudas por inhibidores de la colinesterasa: conceptos erróneos y necesidad

de guías peruanas actualizadas. An Fac med. 9 de enero de 2016;76(4):431.