



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA Y HOSPITAL
EMERGENCIA ATE VITARTE 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR
BÁRBARA FIORELLA SOTO LINARES
DANIEL ESTEBAN MUÑANTE MONDRAGÓN**

ASESOR

EDWIN LUIS LLAJARUNA ZUMAETA

LIMA - PERÚ

2023



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA Y HOSPITAL EMERGENCIA
ATE VITARTE 2022-2023**

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

PRESENTADO POR

**BÁRBARA FIORELLA SOTO LINARES,
DANIEL ESTEBAN MUÑANTE MONDRAGÓN**

**ASESOR
ME. EDWIN LUIS LLAJARUNA ZUMAETA**

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

A mis padres, por todo el esfuerzo que hicieron para que el final de este camino sea posible, a mi hermano y sobre todo a mi abuelo Américo, por ellos es que soy quien soy.

Muñante Mondragón, Daniel Esteban

A mi mamá, por su incansable apoyo en los momentos más difíciles que nos tocó pasar. Todo este esfuerzo es por ella.

Soto Linares, Bárbara Fiorella

AGRADECIMIENTOS

A nuestro asesor ME. Edwin Luis Llajaruna Zumaeta, quien con su amplia experiencia nos ayudó a pulir cada detalle.

Al Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) y el Hospital Emergencias Ate Vitarte (HEAV) por brindarnos las facilidades del caso para obtener la información necesaria para el proyecto. Además de darnos la oportunidad de desarrollar esta etapa pre profesional.

Al personal de Salud, por su dedicación para reforzar nuestros conocimientos, en esta etapa de formación.

ÍNDICE

RESUMEN.....	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	10
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	35
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL.....	38
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.....	52
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	55
FUENTES DE INFORMACIÓN	56
ANEXOS.....	59

RESUMEN

El reporte es elaborado por internos de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres (USMP), quienes tuvieron como sede hospitalaria el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) y Hospital Emergencias Ate Vitarte (HEAV), respectivamente. Realizaron las cuatro rotaciones del Internado Médico en el periodo 2022-2023, correspondientes a Medicina Interna, Pediatría, Cirugía y Gineco-Obstetricia. El objetivo del trabajo es presentar de forma concisa las experiencias, habilidades y conocimientos adquiridos durante el internado médico en un periodo post pandemia por SARS-CoV2. Por ello, se seleccionó cuatro casos clínicos por especialidad rotada, donde se detalla desde el inicio de la atención, evaluación, diagnóstico y manejo de cada uno de ellos. Finalmente se realiza una discusión y revisión sobre las patologías planteadas en cada caso clínico. El internado médico tuvo una duración de 10 meses, de los cuales 5 meses se realizaron en hospitales y los otros 5 meses en centros de salud de primer nivel de atención. Lo cual permitió ampliar conocimientos teóricos con las prácticas, además de tener experiencia en manejo de competencias de primer nivel, que nos permiten tener una base más sólida para lo que es el servicio rural.

Palabras clave: Internado médico, SARS-CoV2, Cirugía general, Medicina Interna, Gineco obstetricia, Pediatría.

ABSTRACT

The report is prepared by interns from the Faculty of Human Medicine of the University of San Martín de Porres (USMP), who were based at the Arzobispo Loayza National Hospital (HNAL) and the Ate Vitarte Emergency Hospital (HEAV), respectively. They completed the four rotations of the Medical Internship in the period 2022-2023, corresponding to Internal Medicine, Pediatrics, Surgery and Gynecology-Obstetrics. The objective of the work is to concisely present the experiences, skills and knowledge acquired during the medical internship in a post-pandemic period by SARS-CoV2. For this reason, four clinical cases were selected by rotated specialty, where it is detailed from the beginning of the care, evaluation, diagnosis and management of each one of them. Finally, a discussion and review of the pathologies raised in each clinical case is carried out. The medical internship lasted 10 months, of which 5 months were held in hospitals and the other 5 months in primary care health centers. Which allowed us to expand theoretical knowledge with practices, in addition to having experience in managing first-level skills, which allow us to have a more solid foundation for what rural service is.

Keywords: Medical internship, SARS-CoV2, General Surgery, Internal Medicine, Gynecology and Obstetrics, Pediatrics.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA Y HOSPITAL EMERGENCIA ATE

AUTOR

BÁRBARA FIORELLA SOTO LINARES,

RECuento DE PALABRAS

12684 Words

RECuento DE CARACTERES

69750 Characters

RECuento DE PÁGINAS

58 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.1MB

FECHA DE ENTREGA

Apr 14, 2023 3:51 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 14, 2023 3:52 PM GMT-5

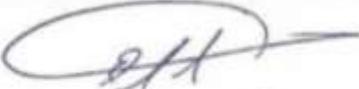
● **12% de similitud general**

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

- 12% Base de datos de Internet
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Dr. EDWIN LLAJARUNA ZÚÑIGA
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
C.M.P. 47873 NRE 01621

FIRMA

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0418-871X>

INTRODUCCIÓN

El periodo de internado médico representa una frase crucial en la carrera del estudiante de Medicina Humana, ya que le brinda la oportunidad de consolidar los conocimientos adquiridos durante 6 años y de adquirir las habilidades que necesita para su futuro desempeño profesional. Durante los 12 meses de aprendizaje intensivo, el objetivo principal es la formación del futuro médico, por medio del constante entrenamiento, lo que conlleva a la toma de decisiones adecuadas en beneficio del paciente.

A lo largo de esta fase, se realizan rotaciones por las principales especialidades médicas, incluyendo Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Ginecología. En cada una de ellas, el estudiante de medicina asume diversas responsabilidades, como la elaboración de historias clínicas, participación en la discusión de diagnósticos y tratamientos, atención en situaciones de emergencia, realización de procedimientos básicos, asistencia en cirugías y otras tareas afines. Además, los servicios hospitalarios suelen ofrecer actividades, tales como discusión de casos clínicos, revisiones y presentaciones sobre las últimas actualizaciones en guías de práctica clínica. A su vez, la universidad busca complementar dichas actividades con clases para el debido refuerzo de conceptos fundamentales de la atención médica.

Es esencial destacar que el periodo de Internado Médico no solo contribuye a la formación profesional, sino que también influye en el desarrollo personal del estudiante. El seguimiento de los pacientes desde el principio hasta el final refuerza valores importantes como la responsabilidad y la empatía, cualidades que son cruciales para aquellos que realmente tienen vocación de servicio.

Este trabajo tiene como objetivo resaltar las experiencias adquiridas en los distintos establecimientos de salud en los que se llevó a cabo el Internado Médico. En este sentido se busca mejorar la toma de decisiones, que estas sean informadas para el proceso de selección de plazas, ya que se trata de una etapa crucial para la consolidación de su carrera.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado se realizó en los siguientes establecimientos: Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) y Hospital de Emergencias de Ate Vitarte (HEAV), en los que se logró recabar las diferentes experiencias descritas a continuación.

Rotación de Medicina Interna

Caso clínico n.º1

Paciente mujer de 18 años procedente de Lima, reside en Santa Anita llega a emergencia con un periodo de enfermedad de 10 días. Curso insidioso y progresivo. Presenta máculas eritematosas pruriginosas en miembros superiores e inferiores. Recibió tratamiento específico para tuberculosis el régimen de dosis fijas combinadas con 11 dosis administradas. Funciones vitales en emergencia: PA: 100/60 mmHg, FC: 82 x min, Sat: 96 %, FiO2: 0.21 %, FR: 20 x min, peso: 65 kg, talla: 1.62 m, IMC:24.8

Hace 10 días se le realiza una prueba de sensibilidad en el HEAV, en la que presenta resistencia a la isoniacida (R: H, S: R) y se le administra primera dosis LfxREZ: W=70kg Lfx 750 R 600 Z 1500 E 1200. Al día siguiente refiere fiebre mayor a 38°, náuseas, vómitos 2 veces al día. Se automedica con paracetamol por 5 días. La sensación de náuseas y vómitos incrementan, al igual que la aparición de lesiones dérmicas pruriginosas: máculas y petequias en miembros superiores e inferiores. Hasta llegar a la emergencia. Es evaluada por el servicio de neumología y le suspende el tratamiento actual. Se le pide exámenes de laboratorio y se la hospitaliza.

Funciones biológicas: No alteradas

Antecedentes:

- Niega antecedentes en la niñez, niega antecedentes quirúrgicos y patológicos. Niega hospitalizaciones.
- Vacunas SARS COV2 3 dosis
- Abuela materna con tuberculosis resistente a isoniacida diagnosticada hace 2 años y con tratamiento.
- Tío materno con tuberculosis resistente a isoniacida diagnosticada hace 1 año y con tratamiento.

Examen físico:

- Piel: Tibia elástica, hidratada, llenado capilar <2” maculas eritematosas en miembros superiores e inferiores. No edemas
- Cuello: No adenopatías
- Tcsc: No edemas
- Tórax:
 - Inspección: Tórax simétrico, no uso de músculos accesorios.
 - Palpación: Amplexación conservada, vibración vocal conservada
 - Percusión: Sonoridad conservada ambos hemitórax (AHT)
 - Auscultación: Murmullo pasa en AHT, no rales.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad. No soplos.
- Abdomen: Plano, blando, depresible, RHA (+), matidez hepática conservada, no hepatomegalia.
- SNC: LOTEP, Glasgow 15/15.

Exámenes auxiliares:

Se le pide exámenes de control mientras se encuentra hospitalizada y en observación por una semana.

LABORATORIO	DÍA 1	DÍA 3	DÍA 4	DÍA 7
LEUCOC	18.67	10.24	7.38	7.13
LINF	34	30.1	40.4	22
LINF ATÍPICOS	6%			
NEUTROF		61.6	48.5	74.3
HB	13.1	12	11.7	12.6
PLAQ	226	380	313	512
EO %	16	01	02	01
EO ABS	2987	102	147	71.3

PCR	14.52	2.38	-	
UREA	13.16	12.41	-	
CREATININA	0.63	0.48	-	0.44
TGO	178.68	32.48	22.97	12.81
TGP	361.29	146.52	112.08	54.37
FA	385.3	242.87	192.51	148.18
GGT	256.99	209.67	184.87	154.59
BT	0.73	0.46	0.39	0.45
BI	0.44	0.31	0.13	0.34
BD	0.29	0.15	0.26	0.11
ALBUMINA	3,57	3.29	3.02	3.4

Fuente: Historia clínica HEAV

Diagnósticos:

- Tuberculosis pulmonar resistente a isoniacida
- RAFA hepatodérmica

Plan de trabajo y tratamiento:

Se le solicita una Radiografía de tórax postero anterior ligeramente rotada hacia la derecha, bien inspirada, con aumento de la trama broncovascular bilateral a predominio de hemitórax derecho y con pequeño infiltrado alveolar tenue en región de la língula.

Además de una ecografía abdominal con abordaje transcutáneo, el cual muestra:

- Hígado sin alteraciones de tamaño, contorno y bordes normales. Ausencia de lesiones focales o difusas parenquimales. Venas hepáticas de calibre y situación normal. Vías biliares no dilatadas.
- Colédoco y Vesícula biliar sin alteración.
- Páncreas no visible por interposición gaseosa.
- Bazo de localización habitual sin alteraciones.

- No líquido libre en los espacios peritoneales.

Concluyendo que los órganos evaluados tienen aspecto conservado al momento del examen. Se le administra:

- Clorfenamina por 5 días
- Hidrocortisona por 7 días
- Loratadina por 9 días
- Prednisona 20 mg c/12 h por 2 días

Las lesiones desaparecen a la semana de iniciado el tratamiento. Y en 3 semanas se le inicia retos diarios para tratamiento de tuberculosis por 12 días.

LFX 125	AM 250	CS 500	ETO 250
LFX 250	AM 500	CS 750	ETO 500
LFX 500	AM 1GR		ETO 750
LFX 750			

*Lfx: levofloxacino, Am: amikacina, Cs: cicloserina, Eto: etionamida

Fuente: Historia clínica HEAV

Caso Clínico n.º2

Paciente varón de 61 años se presenta con un curso de enfermedad de un día. Refiere dolor intenso en el epigastrio que irradia a la zona lumbar bilateral. Además, presenta náuseas y vómitos proyectivos. Se encuentra con sudoración profusa y afebril. Funciones vitales estables: PA 135/80 mmHg. FC 68 lpm.

Funciones biológicas:

- Orina: Conservada
- Deposiciones: Disminuidas
- Peso: Conservada
- Sed: Disminuido
- Apetito: Disminuido
- Sueño: Conservada

Antecedentes:

- Diabetes *Mellitus* tipo 2
- Hipertensión primaria
- Obesidad
- Hábitos tóxicos: No fumadora. No bebedora
- Antecedente quirúrgico: Apendicectomía

Examen físico:

- Piel: T/E/H, llenado capilar <2". No edemas
- Tórax: simétrico, no uso de músculos accesorios, amplexación conservada, vibración vocal conservada, sonoridad conservada ambos hemitórax, murmullo pasa en AHT, no rales.
- Cardiovascular: RCR de buen tono e intensidad, no soplos.
- Abdomen: Globuloso, blando, depresible, RHA disminuidos, dolor a la palpación en el epigastrio y en hipocondrio derecho. Matidez hepática conservada, no hepatomegalia. No signos de peritonismo. Blumberg negativo.
- SNC: LOTEP, Glasgow 15/15.

Exámenes de laboratorio: Hemograma

- | | | |
|----------------------|---------------|---------------------|
| - Leucocitos 18.960 | - Sodio 135 | - Amilasa 2067 |
| - Hb 14.2 | - Potasio 3.9 | - PCR 423 |
| - Hto 43.5% | - AST 489 | - Colesterol 123 |
| - Plaquetas 284 000. | - ALT 356 | - Triglicéridos 189 |
| - Urea 32 | - FA 84 | - Albúmina 2.4 |
| - Creatinina 1 | - GGT 379 | |
| | - Glucosa 278 | |

Fuente: Historia clínica HNAL

Diagnóstico:

- Pancreatitis aguda litiásica

Plan de trabajo y tratamiento:

- Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 60 lpm, eje normal. Sin alteraciones.

- Ecografía abdominal: Hígado de tamaño y bordes normales con ecogenicidad aumentada de forma difusa. Vesícula de paredes ligeramente engrosadas con múltiples cálculos en su interior. No dilatación de vías biliares intrahepáticas. No líquido libre en espacios peritoneales.
- TAC abdominal: Páncreas con adecuada captación de contraste sin áreas de necrosis. Sin colecciones pancreáticas. Sin líquido libre intraperitoneal. No complicaciones vasculares. Parénquima hepático con hipodensidad en relación a esteatosis.
- Se hidrató con 10 ml/kg/h NaCl 0.9 % en las primeras 24 horas e inicia nutrición enteral. Se administra ranitidina y paracetamol endovenoso y posteriormente, tramadol endovenoso.
- Se va con tratamiento domiciliario: metformina 850 mg/d, Enalapril 20 mg/d, hidroclorotiazida 12 mg/d. Es evaluado por cirugía general por la buena evolución para revisión en consulta externa.

Caso clínico n.º3

Paciente varón de 32 años llega a consulta por clínica de 3 semanas. Refiere dolor en el epigastrio, náuseas, pérdida de apetito sin pérdida de peso y sensación de saciedad después de ingerir pequeñas cantidades de alimentos. Niega melena. Además, refiere que recibió tratamiento de primera línea que consistió en amoxicilina, claritromicina y esomeprazol durante un período de 14 días. Sin embargo, regresó a la consulta por persistencia de los síntomas.

Se decide derivación a digestivo y nuevo antígeno en heces.

Funciones biológicas:

- Orina: Conservada
- Deposiciones: Conservada
- Peso: Conservada
- Sed: Conservada
- Apetito: Disminuido
- Sueño: Conservada

Antecedentes:

- Infección por *H. pylori* a los 15 años tratada.
- Hábitos tóxicos: No fumador. No bebedor
- Antecedente quirúrgico: Niega

Examen físico:

- Piel: T/E/H, llenado capilar <2". No edemas
- Tórax: simétrico, vibración vocal conservada, sonoridad conservada ambos hemitórax, murmullo pasa en AHT, no rales.
- CV: RCR de buen tono e intensidad, no soplos.
- Abdomen: Plano, blando, depresible, RHA aumentados, no dolor a la palpación. Matidez hepática conservada, no hepatomegalia.
- SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15.

Exámenes de laboratorio: Hemograma

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| - Leucocitos 4.800/ μ l | - CHCM 33,4 g/dl |
| - Hemoglobina: 15,4 g/dl | - Plaquetas 213.000/ μ L |
| - VCM 84,1fL | - VSG 2 mm. |
| - HCM 28,6 pg | |

Fuente: Historia clínica HNAL

Diagnóstico:

- Gastritis aguda por *H. pylori*

Plan de trabajo y tratamiento:

Se pidió una prueba de antígeno en las heces para detectar la presencia de *H. pylori*, y el resultado fue positivo.

Durante la gastroscopia, se examinó el esófago, los cardias, el fundus y el cuerpo gástrico, y no se encontraron anomalías en ellos. Sin embargo, se observó hiperemia en el antro gástrico. No se encontraron hallazgos significativos en el píloro, el bulbo o la segunda porción del duodeno.

Se prescribió un segundo tratamiento que consistió en bismuto, metronidazol, tetraciclina y esomeprazol durante un período de 10 días. Se observó una

mejoría en los síntomas, y se confirmó la erradicación de la infección cuatro semanas después de finalizar el tratamiento.

Caso Clínico N°4

Una mujer de 34 años asistió a la consulta debido a que experimentó tres episodios de hipertensión arterial. En cada ocasión, tuvo que acudir al servicio de emergencias, donde se le administró una dosis sublingual de captopril y alprazolam. En la atención se encontraba en buen estado general.

Se le realizaron pruebas complementarias, que incluyeron análisis de sangre, bioquímica, coagulación y un electrocardiograma, en el servicio de urgencias, pero no se encontraron anormalidades. Sin embargo, durante la evaluación en la consulta, la paciente presentó una lectura de presión arterial de 186/80.

Funciones biológicas: Sin alteraciones

Antecedentes:

- Antecedente quirúrgico: niega
- Antecedentes patológicos: diabetes gestacional, síndrome depresivo e hipertensión arterial.
- Antecedentes familiares: padre y abuela con diabetes *mellitus* tipo 2
- Hábitos tóxicos: fumador de 5 cigarrillos/día

Examen físico:

- Piel: T/E/H, llenado capilar <2". No edemas
- Tórax: Tórax simétrico, amplexación conservada, vibración vocal conservada, sonoridad conservada, murmullo pasa en AHT, no rales.
- CV: RCR de buen tono, 80 lpm. No soplos.
- Abdomen: Globuloso, depresible, RHA (+), no dolor a la palpación. Matidez hepática conservada, no hepatomegalia.
- SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15.

Diagnóstico:

- Hipertensión arterial secundaria a estenosis por posible displasia fibromuscular.

Plan de trabajo y tratamiento:

Eco doppler: Se halla estrechez en la arteria renal izquierda.

La angioresonancia magnética de las arterias renales indica que hay una disminución en el diámetro de la arteria renal izquierda. Se observa una marcada reducción en el tercio medio y distal, lo que sugiere la presencia de una estrechez de al menos un 70 %, probablemente causada por una displasia fibromuscular.

Se prescribe tratamiento de enalapril e hidroclorotiazida. Evalúan intervención para reparar la estenosis del vaso por medio de la revascularización, a través de cirugía convencional o angioplastia percutánea.

Rotación de Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º1

Paciente femenina de 27 años, gestante 32 semanas, que reside en Ate Vitarte, es traída a la emergencia con curso de enfermedad de 5 h. Familiares refieren que paciente presentó cuadro convulsivo por la mañana del día en el que es traída a la emergencia. Además, indica antecedentes medicación para diagnóstico de epilepsia.

A la actualidad refiere pérdida de líquido claro desde el momento de la convulsión, movimientos fetales (+). No sangrado. Funciones vitales en emergencia: PA 120/70 mmHg, FC 82 lpm, FR 17 rpm, SatO2 97 %, T° 37°C, FiO2: 0.21 %, Peso 72, Talla 159 cm, IMC: 28.5.

Funciones biológicas: No alteradas

Antecedentes:

Diagnóstico de epilepsia, historial previo de empleo de ácido valproico. A la actualidad se encuentra tomando lamotrigina en una dosis de 50 mg vía oral, media tableta cada 24 horas.

Examen físico:

- Piel y faneras: T/H/E. No palidez. Llenado capilar <2". No edemas
- Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- Cardiovascular: RCR de buen tono, 80 lpm. No soplos.

- Abdomen: Grávido, AU: 33 cm, SPP, LCI. , LCF: 150xmin
- Genitourinario: TV 0 cm, I: 0 cm, AP: -4. Membranas rotas, de aspecto claro
- Sistema nervioso central: Despierta, orientada, activa y responde a estímulos.

Exámenes auxiliares:

Trae consigo primera ecografía realizada durante el primer trimestre, así mismo se le realiza una ecografía abdominal.

Imagenológicos:

Ecografía transvaginal: Se observa una longitud de cérvix de 44 mm. OCI cerrado. Útero en posición AVF, contorno regular, ecogenicidad homogénea y volumen mayor de lo normal. Dentro del útero se encuentra saco gestacional único con contornos regulares de implantación corporal. En el saco gestacional se pudo observar un embrión y una vesícula vitelina de 3 mm con embrión positivo. Los anexos estaban en buenas condiciones, con forma y medida normales y sin lesiones evidentes. El saco de Douglas no presentó acumulaciones líquidas. Estimándose una fecha probable de parto para el 29/08/2022.

Ecografía obstétrica: Feto único LCI.

- Biometría fetal: DBP: 78 mm, CC: 263 mm, CA: 230 mm, LF: 65 mm. LCF presente y rítmicos, 150 lpm.
- Movimientos fetales presentes.
- Ponderado fetal de 1568 gr.

La ubicación de la placenta es fúndica, con un grosos de 46 mm y un índice de líquido amniótico (ILA) de 119 mm. Además, se midió la longitud del cérvix que fue de 45 mm y el OCI estaba cerrado. Se confirmó que la gestación es única y está activa, con una duración de 30 semanas y 1 día, según la medición de la biometría fetal. También se especifica que la placenta se encuentra en un grado I/II (Granuum).

Exámenes de laboratorio:

- PCR SARS-CoV-2: Negativo

- Hemograma: Hb 12, Hto 35, Leucocitos 12720, TP: 13.0
- Grupo sanguíneo y Factor Rh: A+
- Creatinina 0.5, Glucosa 82, Urea 5.9

Diagnósticos:

- Gestación única activa de 32 semanas
- Ruptura prematura de membranas (RPM)

Plan de trabajo y tratamiento:

- Dexametasona 6 mg IM STAT
- Solución cristaloides (NaCl 0.9 %) 500 ml a chorro, luego 500 ml a 30 gotas por minuto
- Referencia a Hospital de mayor capacidad resolutive

Caso clínico n.º2

Paciente de 19 años, originaria y residente Chosica, Lima, llega a emergencia del Hospital de Vitarte después de haber estado enferma durante dos días. Sus síntomas incluyen pérdida de apetito, náuseas y vómito frecuentes (alrededor de seis veces por día). Además, menciona que está embarazada de aproximadamente siete semanas, según fecha de su último período menstrual.

Funciones vitales en emergencia: PA 89/65 mmHg, FC 100 lpm, FR 20 rpm, T° 37°C, SatO₂ 98 %, FiO₂ 0.21%, Peso 70, Talla 162, IMC 26.7

Funciones biológicas: apetito disminuido.

Antecedentes:

- Ginecológicos: G1P0000, FUR: 28/07/22
- Familiares: Madre con HTA

Examen físico:

- PyF: T/E, piel seca y palidez ++/+++, signo del pliegue (+). No edemas.
- Tórax y pulmones: simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ACP, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: RCR, de buena intensidad. No soplos.

- Abdomen: Grávido, útero de 10 cm. RHA (+), depresible, no dolor a la palpación.
- Sistema nervioso central: despierta, orientada T/E/P.

Exámenes de laboratorio: Hemograma completo

- Leucocitos 11,000 mm³
- Hemoglobina 11 gr/dL
- Plaquetas 180 000
- Potasio 3.1
- Sodio 128
- Cloro 108

Ecografía: útero 10 cm. Gestación única de 9 semanas.

Diagnósticos:

- Hiperémesis gravídica
- Hipokalemia moderada

Plan de trabajo y tratamiento:

- Ecografía transvaginal
- Examen de orina
- Electrolitos
- Hemograma
- B-HCG cuantitativo
- Vía periférica con NaCl 0.9 % + reto de potasio 10mEq/h
- Vitamina B1

Caso clínico n.º3

Paciente mujer de 31 años de edad, procedente de Chosica. TE: 1 día. Llega a emergencias refiriendo dolor pélvico de una intensidad 7/10 en la escala EVA desde hace 7h, el cual se agrava con el movimiento, acompañado de sangrado vaginal de cantidad regular. Presentó una ecografía que indica gestación de 5 semanas y 5 días.

Funciones vitales en emergencia: PA 89/65 mmHg, FC 95 lpm, FR 17 rpm, T° 37.4° C, Saturación de O2 96 %, FiO2 0.21 %, Peso 69, Talla 160, IMC 27.

Funciones biológicas: estables

Antecedentes:

- Obstétricos G1P000
- Niega otros antecedentes de importancia

Examen físico:

- PyF: T/E/H, llenado capilar <2", palidez ++/+++
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No crépitos.
- Cardiovascular: RCR, buena intensidad. No soplos
- Abdomen: globuloso, depresible, RHA (+) , muy doloroso a la palpación en la zona del hemiabdomen inferior
- Especuloscopía: Sangrado vaginal rojo oscuro con coágulos.
- Sistema nervioso central: LOTEP, sin signos meníngeos o de focalización.

Exámenes auxiliares:

- Hb: 12.9 mg/dl
- Leucocitos 19 000
- Plaquetas 240 000
- Urea 27
- Creatinina 0.60
- Examen de orina: No alteraciones
- ECO Transvaginal: Saco gestacional 17 mm. No embrión. No vesícula vitelina.

Diagnósticos:

- Aborto incompleto

Plan de trabajo y tratamiento:

- Hemograma
- Urea y creatinina

- Examen de orina
- VHB/RPR/COVID 19
- Ecografía transvaginal

Una vez hecho el diagnóstico se indica:

- Misoprostol 400 ug
- Realización de Aspiración manual endouterina (AMEU)

Caso clínico n.º4

Gestante de 24 años con 39 semanas 1/7 por ecografía de primer trimestre, natural de Yurimaguas, residencia en Lima Cercado, tiene consulta para realizarse su test no estresante. Ella indica percepción de movimientos fetales, niega pérdida de líquido o sangre por vía vaginal.

Funciones vitales: PA 140/90 mmHg, FC 80 lpm, FR 21 rpm, T° 36.7°C, Saturación de O2 96 %

Funciones biológicas: Conservadas

Antecedentes:

- Gineco-obstétricos: G2 P1001, menciona haber menstruado por primera vez a los 13 años, con un régimen menstrual de 5 días cada 30 y una fecha probable de parto para el 29/12/22. Además, no utiliza métodos anticonceptivos.

Examen físico:

- Py F: T/H/E, no palidez. Llenado capilar <2". No edemas
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No estertores
- Cardiovascular: RCR de buena intensidad. No soplos
- Abdomen: útero grávido, altura uterina 35 cm, SPP longitudinal cefálico derecho, LCF 147 lpm, DU ausente.
- Examen gineco-obstétrico: cérvix central permeable blando 3 cm, incorporación 90%, membranas íntegras, altura de presentación -3, pelvis ginecoide.

- Sistema nervioso central: LOTEPE, sin signos meníngeos aparentes, presencia de reflejos conservados.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Leucocitos 10080 mm³, plaquetas 220000 mm³, TGO 17.3 U/L, TGP 16 U/L, creatinina 0.99 mg/dl, LDH 423.7 U/L.
- Índice de creatinina en orina 83 mg/gr.
- Examen de orina: leucocitos 18-20/campo, células epiteliales 35-40/campo, hematíes 10-12/campo
- Ecografía obstétrica: Ponderado fetal 3330 kg, pozo único 17mm. Circular simple de cordón

Diagnósticos:

- Gestante de 39 semanas 1 día por ecografía de primer trimestre
- Preeclampsia sin signos de alarma y oligohidramnios

Plan de trabajo y tratamiento:

- Ecografía obstétrica
- Perfil biofísico
- Nifedipino 10 mg VO
- Test estresante
- Monitoreo fetal estricto
- Vigilar signos de hipertensión

Rotación de Pediatría

Caso clínico n.º1

Niño de 2 años de edad acude a consultorio. Madre refiere que desde hace cuatro meses su hijo presenta palidez moderada que aumentó en las semanas siguientes. En el mismo tiempo, presentó una infección respiratoria alta. No asociado a fiebre, tos, diarrea, vómitos ni otros síntomas. Al momento de la evaluación, su actividad no mostraba alteración.

Funciones biológicas: No alteradas

Antecedentes:

Nacimiento a término. Lactancia materna exclusiva. Desde el año, come dieta variada en poca cantidad. No acudió a sus controles de niño sano. Vacunación incompleta.

Examen físico:

- Peso y talla normal para su edad
- PA 110/60
- PyF: palidez +++/+++
- No hepatoesplenomegalia.
- Faringe hiperémica, glositis. Sin otros hallazgos significativos.

Exámenes de laboratorio:

- | | |
|--------------------------|--|
| – Hemoglobina 5,2 | – Ferritina <3 mcg |
| – Hematocrito 15,9 | – Haptoglobina 87,2 mg/dl |
| – VCM 46,2 fL | – Hierro 33 mcg/dl |
| – HCM 13,1 pg | – Capacidad total de fijación de hierro 477 mcg/dl |
| – CHCM 28,7 g/dL | – Reticulocitos 4,2% |
| – Leucocitos 10.720 /mCL | – Frotis: leve aniso poiquilocitosis microcítica con hipocromía. |
| – Plaquetas 412.000. | |

Fuente: Historia clínica HEAV

Diagnóstico:

- Anemia severa microcítica e hipocrómica con ferritina baja, reticulocitos normales.
- Deficiencia de hierro de origen nutricional

Plan de trabajo y tratamiento:

- Transfusión de paquetes de sangre.
- Hemograma post transfusión: Hb 9,2, Hematocrito 27,9
- Tratamiento oral con hierro a 5 mg/Kg/día.
- La evolución clínica durante un año fue satisfactoria.

Caso clínico n.º2

Paciente lactante menor de 20 meses acude a emergencias. Familiar refiere que presenta ojo rojo asociado a malestar general, congestión nasal, sensación de alza térmica con un día de evolución. Al momento de la evaluación, su actividad no mostraba alteración.

Funciones biológicas: No alteradas

Antecedentes:

Nacimiento a término. Peso normal al nacimiento. Lactancia materna exclusiva. Acude a sus controles de niño sano. Vacunación completa.

Examen físico:

Se observa una lesión tipo inflamación en la esclera del ojo derecho sin hiperemia conjuntival. Además, se evidencia enrojecimiento en la faringe, y se detecta la presencia del bazo inflamado de tamaño moderado, ubicado 3 cm por debajo del borde inferior de las costillas del lado izquierdo. No se observan ganglios inflamados. No se detectaron anomalías en la evaluación oftalmológica.

Examen de laboratorio:

- Hemograma se evidenció un aumento en el número de linfocitos, sin que se detectaran reactivos inflamatorios en la fase aguda.
- Se obtuvo un resultado positivo en la prueba serológica para el virus herpes 6.

Diagnóstico:

- Hiperemia conjuntival asociado a mononucleosis infecciosa

Tratamiento: sintomático

Caso clínico n.º3

Paciente varón de 4 meses, natural de Lima, acude con familiar a emergencias con 1 día de curso de enfermedad. Este presentaba un fuerte llanto, rechazaba la lactancia y tenía tos con producción de secreciones. La madre intentó aliviar los síntomas administrando 5 gotas de Paracetamol; sin embargo, estos persistieron. El paciente había recibido su segunda dosis de vacuna

pentavalente, Rotavirus y Neumococo un día antes de la aparición de los síntomas. Funciones vitales: FR 45 rpm, FC 130 lpm, T° 36.8 °C, SatO2 98 %

Funciones biológicas: conservadas

Antecedentes:

- Nacido a término, Apgar 8-9, Peso al nacer 3320. Madre niega otros antecedentes de interés en el menor.

Examen físico:

- AREG, AREN, AREH
- Piel: T/E/H llenado capilar <2". No edemas
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos. No soplos
- Abdomen: plano y depresible, RHA presentes. No dolor a la palpación superficial y profunda.
- Sistema nervioso central: Despierto y reactivo a estímulos.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb 11.8 gr/dl, plaquetas 650 000 mm³, leucocitos 21 890 mm³
- Examen de orina: leucocitos 14 por campo, células epiteliales 7 por campo, hematíes 1 por campo

Diagnóstico:

- Infección del tracto urinario

Plan de trabajo y tratamiento: Tratamiento antibiótico

Caso clínico n.º4

Paciente femenina de 3 meses, natural de Cajamarca, con residencia en Lima. Acude con familiar a emergencia presentando rinorrea con tiempo de enfermedad de 3 días. Se la trata con loratadina pero con los días se agrega tos y dificultad para respirar. Funciones vitales: FC 100 lpm, FR 37 rpm, T 38.5° C, SatO2 97 %.

Funciones biológicas: sin alteraciones

Antecedentes: Vacunas para la edad incompletas

Examen físico:

- Peso 6300 gr, talla 67 cm
- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar < 2". No edemas
- Faringe: congestiva ++/+++
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, tiraje intercostal y subcostal a la auscultación y sibilantes en ambos campos pulmonares (Bierman y Pearson 4 pts).
- Cardiovascular: RCR de buena intensidad. No soplos.
- Abdomen: globuloso, depresible, con ruidos hidroaéreos (+)
- Neurológico: despierto, no irritable.

Exámenes auxiliares:

Radiografía tórax A-P: Se observan indicios de obstrucción del flujo de aire pulmonar, manifestado por un incremento en la densidad de los vasos sanguíneos que rodean los bronquios y la presencia de infiltración en el espacio entre los tejidos pulmonares. Estos signos afectan aproximadamente un tercio de la zona media de ambos pulmones.

Diagnóstico:

- Bronquiolitis

Plan de trabajo y tratamiento:

- B2 agonistas y corticoides
- Oxigenoterapia condicional a SatO₂
- Monitorización respiratoria

Rotación de Cirugía General

Caso clínico n.º1

Paciente varón de 69 años acude a consulta y refiere dolor anal lancinante al defecar desde hace 2 semanas y hace unos días observa hilos de sangre al defecar, por lo que siente temor de ir al baño. Niega fiebre. Presenta cambios en su actividad intestinal, con evacuaciones menos frecuentes y secas.

Funciones biológicas: No alteradas

Antecedentes:

- Antecedentes patológicos: Hipertensión primaria con tratamiento
- Antecedentes quirúrgicos: Niega

Examen físico:

- PyF: T/H/E, llenado capilar <2". No edemas
- Tórax: simétrico, vibración vocal conservada, sonoridad conservada, murmullo pasa en AHT, no rales.
- Cardiovascular: RCR de buen tono e intensidad, 79 lpm. No soplos.
- Abdomen: Globuloso, depresible, RHA+, no dolor a la palpación profunda ni superficial. Matidez hepática conservada.
- SNC: LOTEP, Glasgow 15/15.

No se realiza tacto rectal por dolor intenso en región anal. Se observa una pequeña fisura anal de tamaño reducido en la parte posterior, no se aprecia hemorroides externas ni otras heridas en la piel.

Diagnóstico:

- Fisura anal

Plan de trabajo y tratamiento:

Se inicia tratamiento con nitroglicerina 50 mg/10 ml y laxantes. Además de indica baños de asiento y dieta alta en fibras.

Caso Clínico N°2

Paciente mujer de 29 años que acude a emergencias por presentar dolor abdominal en hipocondrio derecho con un tiempo de evolución de 24 horas. No cede con analgésicos, incrementa con el movimiento. Refiere náuseas, vómitos y fiebre 38,6°C. A la inspección las mucosas están deshidratadas y palidez. Funciones vitales en emergencia: PA 130/80 mmHg, FC 130 lpm, FR 26 rpm, T 39° C en axila, Saturación de oxígeno: 97 %

Funciones biológicas: Apetito disminuido

Antecedentes:

- Antecedentes patológicos: Diabetes *Mellitus* tipo 2 con tratamiento
- Antecedentes quirúrgicos: Cesárea segmentaria hace 5 años
- Hábitos nocivos: No fumadora. No ingiere bebidas alcohólicas.

Examen físico:

- PyF: T/H/E palidez, diaforesis, deshidratada, llenado capilar <2”. No edemas.
- Tórax: simétrico, vibración vocal conservada, murmullo pasa en AHT, no rales.
- Cardiovascular: RCR de buen tono e intensidad, 130 lpm. No soplos.
- Abdomen:
 - Inspección: globuloso y cicatriz por cesárea segmentaria.
 - Auscultación: RHA (+) en todo el abdomen.
 - Percusión: timpánico, matidez en región hepática. No visceromegalia.
 - Palpación: depresible, dolor a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho. Signo de Murphy positivo.
- SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15.

Examen de laboratorio: Hemograma

- | | |
|---|------------------------------|
| – Leucocitos 17,7 células/mm ³ . | – Creatinina 0,79 mg/dl |
| – Hemoglobina 12,4 g/dl | – Fosfatasa alcalina 102 U/l |
| – Hematocrito 34,9 % | – Glucosa 165 mg/dl |
| – Plaquetas 142 x10 ³ /ul | – PCR cuantitativa 3,1 mg/l |
| – Bilirrubina Total 4,34 mg/dl | – TGO 398 U/L |
| – Bilirrubina directa 3,69 mg/dl | – TGP 610 U/L |
| – Bilirrubina indirecta 0,65 mg/dl | – Urea 18,6 mg/dl |

Fuente: Historia clínica HNAL

Diagnóstico:

- Colecistitis aguda

Plan de trabajo y tratamiento:

Se solicita una ecografía de abdomen superior, con los siguientes resultados:

- Hígado: tamaño aumentado, contorno regular, ecogenicidad alterada. Vías biliares intrahepáticas dilatadas.
- Vesícula: tamaño normal, paredes de grosor normal (<4 mm) con múltiples cálculos en su interior.
- Colédoco: calibre aumentado 1.71 cm
- Bazo: tamaño aumentado y sin alteración de su ecogenicidad.
- Páncreas: tamaño y aspecto normal
- No líquido libre en cavidad abdominal.

Se concluye con la presencia de esteatosis hepática moderada y litiasis vesicular.

En la colangiografía se halla múltiples imágenes redondeadas de 4 mm a nivel del cuello vesicular. En la porción de la ampolla de vater, se identifica un cálculo de 3mm. Se concluye con la presencia de una colecistocolitiasis.

Indican programación inmediata para una colecistectomía laparoscópica.

Caso clínico n.º3

Paciente varón de 30 años llega a emergencia y refiere dolor en epigastrio de intensidad 7/10 que migra a fosa iliaca derecha con aumento de intensidad del dolor a 8/10. TE: 22 horas. Luego se agrega náuseas y vómito por lo cual se automedica con pastillas pero no mejora por el cual acude a emergencia. Funciones vitales: PA 116/75 mmHg, FC 85 lpm, FR 20 rpm, SatO2 98 %, T 36.8° C.

Funciones biológicas: apetito disminuido

Antecedentes:

- Fumador pesado, mala alimentación y de estilo de vida sedentario

Examen físico:

- PyF: T/H/E, no presencia de edemas, no cianosis, llenado capilar < 2”.
- Tórax: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no estertores.

- Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos a la auscultación.
- Abdomen: no distendido, simétrico, no cicatrices de cirugías anteriores, RHA (+) de 2-3 por minuto, blando y depresible. Así como dolor superficial y profundo a la palpación en FID. No visceromegalia. McBurney (+), Blumberg (+). Alvarado 6/0. No leucocitosis.

Exámenes auxiliares:

Hemograma: leucocitos 7890 mm³, Hb 14 gr/dl, Hto 45 %, Plaquetas 210000 mm³.

Ecografía abdominal: Forma de tubo de 40 mm x 8 mm, que es hipoecogénica y es dolorosa al presionarla. Además, se observa un leve aumento en la ecogenicidad del tejido mesentérico cercano. La conclusión es que la imagen ecográfica es indicativa de apendicitis aguda, y se debe comprar con los síntomas del paciente y los resultados laboratoriales.

Diagnóstico:

- Apendicitis aguda
- Sobrepeso

Plan de trabajo y tratamiento:

- Analgesia
- Hidratación
- Antibioticoterapia profiláctica

Reporte operatorio:

Líquido libre escaso, con apéndice cecal de 8 x 2.5 cm. Estando necrosado completamente en su posición interna descendente cercana al ciego. La base del apéndice está en buenas condiciones y el ciego presenta una leve congestión.

Caso clínico n.º4

Paciente femenino de 68 años, originaria de Lima, busca atención de emergencia debido a que presenta dolor abdominal de tipo cólico, de carácter difuso y predominante en la fosa iliaca derecha desde hace 3 días, acompañado de

náuseas y vómitos biliosos en 3 oportunidades. Funciones vitales: PA 116/78 mmHg, FC 82 lpm, FR 20 rpm, T 37.6°C

Funciones biológicas: conservadas

Antecedentes:

- Antecedente quirúrgico por apendicetomía hace 3 años.

Examen físico:

- Piel: T/H/E, no edemas, llenado capilar <2”
- Tórax: Murmullo vesicular para en ambos hemitórax, no estertores
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos con buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: depresible, presencia de masa en fosa ilíaca, dolorosa a la digitopresión, reductible y flogótica. No se auscultan ruidos hidroaéreos.
- Sistema nervioso central: LOTEP, sin signos meníngeos ni pérdida de consciencia.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: leucocitos 19 300 mm³, PCR 3.2
- Glucosa 207 mg/dL
- Perfil de coagulación: normal
- Perfil hepático: dentro de los valores normales
- Electrolitos: sin alteración
- Urea/creatinina: no alterados
- Radiografía abdominal en bipedestación: niveles hidroaéreos compatibles con obstrucción intestinal baja.

Diagnóstico:

- Síndrome doloroso abdominal a causa de obstrucción intestinal por eventración abdominal.

Plan de trabajo y tratamiento:

- Reposo gástrico
- Sonda nasogástrica a gravedad

- Hidratación profusa con NaCl 0.9 % + omeprazol + metoclopramida + ketoprofeno
- Sonda rectal y enema evacuante inmediato

Por la nula respuesta a las medidas previas, se decide programar quirúrgicamente.

Reporte operatorio:

Durante la intervención quirúrgica se realizó una exploración abdominal con el objetivo de liberar las adherencias, reparar la eventración y colocar un dren Penrose. El diagnóstico postoperatorio fue obstrucción intestinal debido a un síndrome adherencia.

Posteriormente la paciente pasa a piso con antibioticoterapia: metronidazol, ciprofloxacino, procinéticos y analgesia. En su día 2 post operatorio presenta vómitos en 2 oportunidades luego de extraer la sonda nasogástrica y se prefiere reposo gástrico. En el día 5 al tolerar la dieta previamente mencionada, se le da de alta más indicaciones.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Hospital Nacional Arzobispo Loayza

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza se ubica en el distrito de Centro de Lima, en la Av. Alfonso Ugarte 848 y pertenece al régimen del MINSA. Es un establecimiento de Salud de Atención General Categoría III-1. Los distritos de mayor procedencia son: Cercado de Lima, Breña, San Martín de Porres, La Victoria, entre otros.

Cuenta con servicios en atención de estrategias sanitarias y de emergencia, consultorio externo, intervenciones quirúrgicas, unidad de cuidados intensivos, laboratorio de patología, procedimientos médicos, farmacia, diagnóstico por imágenes, centro de hospitalización.

Las principales causas de morbilidad en consulta externa en el 2021, se encuentra: COVID 19, hipertensión esencial, infección por VIH/SIDA, infertilidad femenina no especificada, tumor maligno de mama no especificada, Obesidad no especificada, Diabetes mellitus no insulina resistente sin complicación, entre otros (1).

- Las atenciones en niños menores de 1 años fueron por recién nacido pre término, desnutrición proteico calórica leve, retinopatía de la prematuridad.
- La atención en niños de 1 a 11 años la patología más frecuente fue obesidad, pubertad precoz, asma, rinitis alérgica, entre otros.
- La atención en adolescentes destaca la obesidad no especificada, episodio depresivo moderado, acné, hipermetropía, entre otros.
- Las patologías más frecuentes en el adulto mayor se encuentra la hipertensión esencial, hiperplasia benigna de próstata, insuficiencia cardiaca congestiva, catarata, entre otros.

El número promedio de camas que cuenta el hospital es de 700 y la demanda de hospitalización en el HNAL tuvo mayor incremento en el año 2015, el cual fue disminuyendo hasta el 2020 y 2021, ya que se presentó la pandemia por COVID 19 y se llegó a ocupar el 100% de los ambientes de hospitalización. De esta

manera, quedó restringida las atenciones por consulta externa, hospitalización y cirugías (1).

La morbilidad en Hospitalización Cirugía General:

- Apendicitis aguda
- Colecistitis aguda
- Hernia inguinal
- Cálculo de conducto biliar

La morbilidad en Hospitalización Ginecología fue:

- Leiomioma del útero
- Prolapso útero vaginal completo
- Tumor maligno de la mama
- Otros quistes de ovario

La morbilidad en Hospitalización Obstetricia fue:

- Parto por cesárea
- Complicación con el embarazo
- Infección de otras partes de las vías urinarias

La morbilidad en Hospitalización Medicina fue:

- Pancreatitis Aguda
- Infección de las vías urinarias
- Tuberculosis
- Neumonía

La morbilidad en Hospitalización Neonatología fue:

- Recién nacido pretérmino
- Ictericia Neonatal
- Sepsis bacteriana del recién nacido
- Dificultad respiratoria del recién nacido

La morbilidad en Hospitalización Pediatría fue:

- Infección de vías urinarias

- Diarrea y gastroenteritis
- Bronquiolitis
- Apendicitis aguda

Hospital Emergencias Ate Vitarte

El Hospital Emergencias Ate Vitarte (HEAV) se encuentra en el distrito de Ate en la Carretera central Av. Nicolas Ayllon 5880, provincia de Lima, departamento Lima y pertenece al régimen del MINSA. Es un establecimiento de Salud de Atención General Categoría II-1. Pertenece a la jurisdicción de DISA IV Lima Este. El centro de referencia del Hospital de Vitarte es el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Cuenta con los servicios de medicina interna, dermatología, gastroenterología, neurología, psiquiatría, endocrinología, geriatría y medicina física y rehabilitación, cirugía general, cirugía plástica, anestesiología, urología, otorrinolaringología, traumatología, ginecología, obstetricia, pediatría y Unidad de vigilancia intensiva (2).

En su organigrama funcional presenta el departamento de cuidados críticos, departamento de apoyo al diagnóstico y Tratamiento, departamento médico quirúrgico, departamento de enfermería que obedecen a una Dirección General.

El Hospital Emergencia Ate Vitarte (HEAV) se creó por el Decreto de Urgencia N° 032-2020, para garantizar la atención de la emergencia por el COVID-19. Es especializada en Unidad de Cuidados Intensivos para casos de COVID-19. Es un establecimiento de salud nuevo, se encuentra equipado y acondicionado (2).

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Rotación de Medicina Interna

Caso clínico n.º1

Es una paciente mujer joven en tratamiento específico para tuberculosis con régimen de dosis fijas combinadas. Detectan resistencia a isoniazida y le aparece reacción hepatodérmica: máculas eritematosas pruriginosas en miembros superiores e inferiores, además de náuseas y vómitos. Suspenden tratamiento para iniciar con LfxREZ.

La isoniazida es un fármaco de primera línea contra la tuberculosis. La monorresistencia a isoniazida se asocia al aumento en la falla terapéutica y recurrencia. OMS recomienda el manejo con rifampicina, etambutol, pirazinamida y levofloxacino (3).

Hay pruebas convencionales de susceptibilidad a medicamentos como el medio sólido Löwenstein-Jensen, que requiere de mayor tiempo de análisis y el sistema de tubo indicador de crecimiento micobacteriano (MGIT), que es más sensible, pero a mayor costo. Sin embargo, las técnicas moleculares presentan beneficios en el control y la detección de la tuberculosis resistente a los fármacos, demostrando un diagnóstico más ágil, la utilización de pruebas estandarizadas y con potencial de alto rendimiento (4).

Se le solicita una Radiografía de tórax donde se observa aumento de la trama broncovascular bilateral a predominio de hemitórax derecho y con pequeño infiltrado alveolar tenue en región de la língula.

Es tratado con clorfenamina por 5 días, hidrocortisona por 7 días, loratadina por 9 días, prednisona 20 mg c/12 h por 2 días. Las lesiones desaparecen a la semana de iniciado el tratamiento.

Caso clínico n.º2

Es el caso de un paciente varón de 61 años acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de un día, con clínica de pancreatitis aguda. Refiere dolor intenso en el epigastrio que irradia a la zona lumbar bilateral y vómitos proyectivos. Para su diagnóstico requiere al menos 2 criterios: Dolor abdominal típico, niveles de

lipasa y/o amilasa en suero 3 veces más de su valor normal y hallazgos en imágenes (5).

El caso cumple con el diagnóstico clínico, examen de laboratorio con la amilasa 2067 U/L y ecografía abdominal con hallazgo de una vesícula de paredes engrosadas con múltiples cálculos en su interior. Dentro de las causas más probables está la identificación de colelitiasis, uso de medicamentos asociados a pancreatitis aguda o triglicéridos mayores a mil (5).

El estado hemodinámico del paciente es estable desde su ingreso y durante su estancia hospitalaria. Se recomienda evaluar la presencia de SIRS, ya que la persistencia por más de 48 horas se asocia a falla orgánica y a una mortalidad del 25 % (6).

La clasificación de Atlanta (Tabla 1) sirve para pronosticar la gravedad de la pancreatitis aguda y definir la internación.

Tabla 1. Clasificación de Pancreatitis Aguda de Atlanta 2012

PA Moderada
<ul style="list-style-type: none">• SIN falla orgánica• SIN complicaciones locales/sistémicas
PA Moderadamente severa
<ul style="list-style-type: none">• Falla orgánica que resuelve < 48 hs y/o• Complicaciones locales/sistémicas SIN falla orgánica persistente
PA Severa
<ul style="list-style-type: none">• Falla orgánica persistente (> 48 hs)

Las guías del Colegio Americano de Gastroenterología recomiendan la administración de líquidos en pacientes con diuresis de 250-500 ml/h las primeras 24 horas (6). En el caso clínico el paciente se encontraba estable por lo que se administró NaCl al 0,9 % un bolo inicial de 20 cc/kg durante la primera hora, luego infusión de 3 cc/kg. Se monitorea para asegurar el gasto urinario, función renal y hematocrito.

Para el control del dolor se usa acetaminofén, antiinflamatorios no esteroideos y opiáceos. En este caso se usó tramadol endovenoso con buena resolución. Para reiniciar la dieta no requiere la resolución completa del dolor ni valores normales de enzimas pancreáticas. Solo no presentar dolor severo, vómitos e íleo severo.

Caso clínico n.º3

Se presenta el caso de un paciente varón de 32 años con clínica de gastritis aguda desde hace 3 semanas que persiste a pesar de recibir tratamiento de primera línea: amoxicilina, claritromicina y esomeprazol durante un período de 14 días.

La gastritis tiene una condición de origen múltiple y de alta prevalencia en todo el mundo. Involucra diversos factores tanto internos como externos que pueden resultar agresivos. La prevalencia de la infección por *H. pylori* es mayor en países en desarrollo, donde más del 50% de la población podría verse afectada a la edad de 10 años, en contraste con el 5-10% en países desarrollados (7). En el caso del paciente presentó la primera infección a la edad de 15 años y recibió tratamiento.

El diagnóstico de la gastritis es por gastroscopía, además de exámenes de sangre y cultivo de heces fecales. Se confirma mediante un estudio histopatológico de la biopsia de mucosa gástrica extraída de la exploración endoscópica (7). Por ello en el caso clínico se pidió una prueba de antígeno en las heces para detectar la presencia de *H. pylori*, y el resultado fue positivo. Además de realizar una gastroscopia, donde se observó hiperemia en el antro gástrico.

Los inhibidores de la bomba de protones y los antagonistas de los receptores histaminérgicos tipo 2 son el tratamiento de primera línea (8). Se prescribió a la paciente amoxicilina, claritromicina y esomeprazol durante un período de 14 días, al persistir los síntomas, inició tratamiento de segunda línea con bismuto, metronidazol, tetraciclina y esomeprazol durante un período de 10 días. Se observó una mejoría en los síntomas, y se confirmó la erradicación de la infección cuatro semanas después de finalizar el tratamiento.

Caso clínico n.º4

Se presenta el caso de una mujer de 34 años que experimentó tres episodios de hipertensión arterial, a la cual se le realizaron pruebas complementarias, que incluyeron análisis de sangre, bioquímica, coagulación y un electrocardiograma, sin alteraciones. Sin embargo, la paciente mantuvo una lectura de presión arterial de 186/80 durante esos 3 episodios.

En la Hipertensión arterial secundaria a estenosis por posible displasia fibromuscular es la manifestación clínica clásica producida por la disminución del flujo sanguíneo renal. La aparición es abrupta con cifras elevadas de tensión arterial (9).

Es más frecuente en personas con hipertensión severa o resistente y en casos que presenten incremento en los niveles de creatinina en la sangre luego de haber iniciado tratamiento con IECA o ARA-II, especialmente en mujeres menores de 50 años (9).

El método diagnóstico es la arteriografía que se realiza en pacientes que se plantea la opción de revascularización que idealmente se realiza durante el mismo procedimiento. En este caso se diagnosticó con una angio RMN, donde se vio la presencia de una estrechez de al menos un 70%, causada por una displasia fibromuscular (9).

A la paciente se le prescribe tratamiento de enalapril e hidroclorotiazida, recomendado para el control de la presión arterial junto a un diurético tiazídico si las cifras se mantienen altas. Luego de una semana, se debe realizar el control de creatinina plasmática. En el caso clínico se evalúa intervenir por medio de la revascularización, que está indicado en pacientes que presenten síntomas.

Rotación de Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º1

Al tratarse de una pérdida de líquido amniótico claro sin olor fétido (sin evidencia de infección) antes de las 37 semanas, acompañado de convulsiones, lo que indica una ruptura prematura de membranas) RPM. Se le administró una dosis de Dexametasona 6 mg IM STAT (pudiéndose administrar también Betametasona 12 mg IM c/24h en un total de 2 dosis o Dexametasona 6 mg IM c/12h en un total de 4 dosis, se le administra la primera dosis de Dexametasona STAT) y solución salina al 0.9% por vía intravenosa para prolongar el embarazo (10).

Ya que la paciente se encuentra en la semana 30 de gestación y no había evidencia de dinámica uterina ni cambios en el cuello uterino. Se decidió no administrar oxitocina o antibióticos.

La paciente se encontraba estable en la reevaluación posterior a las indicaciones. Debido a la capacidad limitada del Hospital de Vitarte, se refirió a un centro de mayor capacidad resolutive.

Caso clínico n.º2

Con la información obtenida en el relativo y el examen físico lo primero que se buscó fue encontrar posibles focos infecciosos. A su vez, se solicitaron exámenes complementarios como ecografía transvaginal, examen de orina, hemograma, electrolitos y B-HCG cuantitativo. Siendo este último positivo.

Posterior a los resultados obtenidos y descartar posibles focos de infección, se plantea como diagnóstico hiperémesis gravídica con hipokalemia. Se maneja hidratando al paciente. Además de administrar vitamina B1 para prevenir posibles complicaciones asociadas a la hiperémesis; siendo la más grave, la encefalopatía de Wernicke (11).

Durante los días siguientes, la paciente experimentó una mejora gradual en su condición, manifestada por una disminución en la frecuencia de los vómitos y un aumento en sus niveles de potasio en la sangre. También mostró una mejor capacidad para tolerar alimentos por vía oral. Debido a estas mejoras, se decidió dar de alta a la paciente.

La hiperémesis gravídica es la presencia de náuseas y vómitos incontrolables y persistentes, los cuales pueden afectar gravemente el bienestar general de la paciente. Esta afección se observa con mayor frecuencia durante el primer trimestre del embarazo y se asocia con una pérdida de peso mayor al 5% de su peso antes del embarazo, así como también deshidratación, presencia de cetonas en la orina y cambios en los niveles de electrolitos y metabolismo (11).

Aunque todavía no se logra identificar la causa exacta, se cree que la hiperémesis gravídica está asociada con niveles elevados de la hormona B-HCG y también puede tener una predisposición familiar (12). Algunos factores de riesgo incluyen antecedentes de enfermedad gestacional trofoblástica; nunca haber estado embarazada y obesidad.

El diagnóstico se realiza mediante la exclusión de otras afecciones y se basa principalmente en la presentación clínica de la paciente. Algunos de los signos y

síntomas que se observan en esta condición incluyen náuseas y vómitos, que son más frecuentes por las mañanas, aumento de la producción de saliva, dolor en la región superior del abdomen, mal aliento o un olor frutal en la respiración, pérdida de peso y, en casos más graves, encefalopatía de Wernicke (13). (Anexo 1)

El tratamiento de la hiperémesis gravídica tiene como objetivos mejorar la hidratación, reducir las náuseas y los vómitos, corregir los desequilibrios en los niveles de líquidos y electrolitos, y prevenir las complicaciones. Para lograr esto, se suele administrar una cantidad de líquidos entre 2000 y 3000 ml diarios, con la adición de suplementos de potasio en la solución. Además, se recomienda el uso de suplementos de vitamina B6 y B1 en una dosis de 100 mg por día para prevenir la encefalopatía de Wernicke (13).

Caso clínico n.º3

En este caso, hablamos de un aborto incompleto, el cual se decide hospitalizar para someterse a el procedimiento de aspiración manual endouterina. Antes de ello, se le administró por vía vaginal Misoprostol en una dosis de 400 ug, tres horas antes del procedimiento, con el fin de madurar el cuello uterino. Al día siguiente en la mañana, se la realizó el procedimiento y se encontró que el contenido endometrial era de 25 cc.

La emergencia obstétrica más común y principal causa de hospitalización en los centros de salud de países en desarrollo es el aborto incompleto. Este factor representa un alto riesgo de morbilidad materna, ya que implica la expulsión parcial del contenido uterino de un embarazo, lo que puede provocar sangrado y la apertura tanto del orificio cervical interno como externo (13).

En el caso presentado, existen dos formas de tratar esta condición: el tratamiento médico con misoprostol o el tratamiento quirúrgico, según la preferencia de la paciente. En este caso, se utilizó la maduración cervical con 400 ug de misoprostol antes del procedimiento de AMEU, que se aplica en casos de edad gestacional menor a 12 semanas según las directrices de la OMS (13). La paciente toleró bien el procedimiento y no presentó complicaciones.

Caso clínico n.º4

Se trata de una situación clínica en la que la paciente presenta preeclampsia sin signos de severidad en una gestación de 39 semanas y 1 día según la ecografía de primer trimestre. La preeclampsia se define como una elevación de la presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o presión arteria diastólica mayor o igual a 90 mmHg después de las 20 semanas de gestación, en una mujer que era normotensa desde el inicio del embarazo y puede estar asociada o no a exámenes de laboratorio anormales (14).

Puede haber presencia de proteinuria con una recolección de orina en 24 horas, otros criterios diagnósticos incluyen trombocitopenia con plaquetas inferiores a 100,000/l, alteración de la función hepática con transaminasas dos veces su límite superior, una insuficiencia renal con creatinina sérica superior a 1.1 mg/dl, cefalea, epigastralgia, síntomas visuales que no se expliquen con ningún diagnóstico, todo ello correspondiente a signos de severidad (14).

La paciente en cuestión presenta una presión arterial de 140/90 mmHg en el momento del control prenatal, y si bien percibe movimientos fetales, no presenta pérdida de sangre. En sus antecedentes se destaca que tuvo su menarquia a los 13 años, su régimen catamenial es de 5/30, su fecha probable de parto es el 29/12/22, niega uso de métodos anticonceptivos y tiene antecedentes de un embarazo anterior (G2P1).

La paciente ingresó a la unidad de emergencia con dos episodios de una lectura de presión arterial de 140/90 mmHg. Se le sometió a pruebas de laboratorio para determinar la gravedad de su condición y en una revisión posterior, su lectura de presión arterial había aumentado a 150/90 mmHg. En cuanto al examen vaginal, se observó una dilatación de 1 cm, posición fetal de -3 y membranas íntegras.

Los resultados de las pruebas de laboratorio indicaron que se encontraban dentro de los valores normales, y el índice de proteína/creatinina no indicaba un estado de gravedad. Se decidió monitorear de cerca al feto y a la madre y administrar Nifedipina si su lectura de presión arterial alcanzaba o superaba los 160/110 mmHg. También se le realizaría un test estresante con oxitocina.

Además, se llevó a cabo una ecografía obstétrica que mostró actividad cardíaca fetal, tono fetal adecuado, movimientos presentes, respiraciones presentes. Se observó una cantidad normal de líquido amniótico, con una medida de 15mm, y se registró un peso fetal de 3227 gramos. También se detectó una circulación simple de cordón.

A la reevaluación al día siguiente, se observó una dilatación de 2 centímetros en el examen vaginal, con una posición fetal de -2 y un grado de incorporación del 80%. Se decidió proceder con el trabajo de parto y se administró Misoprostol en dosis de 25 microgramos cada 6 horas, con un total de 4 dosis.

Después de aproximadamente 45 horas de intentar inducir el parto y debido a la presencia de oligohidramnios, se decidió realizar una cesárea. Como resultado, se recibió a una recién nacida de sexo femenino con un peso de 3200 gramos, con una puntuación de Apgar de 8-9 y sin líquido amniótico presente.

Después de 48 horas la paciente presentó fiebre. En el examen de orina se encontró una cantidad elevada de leucocitos. Se inició ceftriaxona 2g IV y se suspendió el alta médica. Dos días después, se decidió dar de alta a la paciente ya que no se presentó ninguna otra complicación durante su estancia en el hospital.

Rotación de Pediatría

Caso clínico n°1

Es un paciente de 2 años de edad asintomático, cuya madre refiere que tiene palidez que va en aumento desde hace 4 meses. Sin antecedentes patológicos de interés. Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Sin embargo, no acude a sus consultas de niño sano y tiene vacunación incompleta.

La anemia es un problema multifactorial, con mayor frecuencia en la primera etapa de vida. Se maneja medidas de prevención y de tratamiento con un abordaje integral. En la primera infancia debe recibir alimentación complementaria desde los 6 meses que contenga alimentos de origen animal (15).

El suplemento preventivo con hierro a niños nacidos a término es desde los 4 meses hasta los 35 meses, que el paciente del caso clínico careció puesto que

no iba a sus consultas. Tampoco se le realizó un control de parasitosis intestinal ni vacunación completa según calendario.

Los criterios para el diagnóstico son clínicos, en este caso la palidez marcada por 4 meses y los exámenes de laboratorio con la medición de hemoglobina, hematocrito y ferritina sérica, que resultaron menor al valor normal (Tabla 2).

Tabla n.º2 Valores de hemoglobina y niveles de anemia en Niños.

Población	Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (g/dL)			Sin anemia según niveles de Hemoglobina
Niños				
Niños Prematuros				
1ª semana de vida	≤ 13.0			>13.0
2ª a 4ta semana de vida	≤ 10.0			>10.0
5ª a 8va semana de vida	≤ 8.0			>8.0
Niños Nacidos a Término				
Menor de 2 meses	< 13.5			13.5-18.5
Niños de 2 a 6 meses cumplidos	< 9.5			9.5-13.5
	Severa	Moderada	Leve	
Niños de 6 meses a 5 años cumplidos	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Niños de 5 a 11 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.4	≥ 11.5

Fuente: Organización Mundial de la Salud

El tratamiento entre los 6 meses y 11 años es una dosis de 3mg/kg/día por 6 meses y control de hemoglobina al mes, 3 y 6 meses de iniciado el tratamiento. La transfusión de sangre está indicada en pacientes con anemia ferropénica con hemoglobina <7 g/dl como prescribió en el caso clínico (15).

Caso clínico n.º2

El caso presenta a un lactante de 20 meses con ojo rojo asociado a un cuadro catarral de 1 día de duración. Las primoinfecciones por VEB en la infancia son subclínicas, se reporta que un 10% es sintomática (16). En la edad adulta hay mayor presentación con la triada clásica: fiebre, faringoamigdalitis exudativa y adenopatía cervical posterior.

Para su diagnóstico, la clínica es inespecífica por lo que se realiza un hemograma, donde se evidencia presencia de linfocitosis atípica, es decir mayor al 10 % del número total (16). Además, la determinación serológica con anticuerpos Ig M específicos para VEB con resultado positivo.

Al ser un caso pediátrico el tratamiento es sintomático, se puede administrar analgésicos o antiinflamatorios y reposo absoluto del paciente.

Caso clínico n.º3

Se trata de una infección urinaria en un lactante, causa frecuente de fiebre sin foco en niños menores de 3 años. El 30 % de las malformaciones renales y del tracto urinario son causadas por esta patología. El 95 % de los casos es causada por enterobacterias como *E. Coli*. Dependiendo del sitio de infección, puede clasificarse como cistitis o pielonefritis. En lactantes, los síntomas suelen ser inespecíficos (17).

En este caso, se observó que el paciente presentaba rechazo a la lactancia e irritabilidad, lo que preocupó a su madre y llevó a la administración de una dosis insuficiente de paracetamol en gotas según su peso. Durante el examen físico, no se halló nada notable y el paciente no tenía fiebre en ese momento.

El diagnóstico de infecciones del tracto urinario se realiza mediante el urocultivo, pero en el hospital este resultado tarda 4 días en estar disponible. Por lo tanto, se usó el examen de orina patológico para diagnosticar la infección en este paciente, que mostró más de 10 leucocitos por campo. Se administró ceftriaxona EV y paracetamol si había fiebre, y se fomentó la lactancia materna a demanda. Es importante diagnosticar y tratar oportunamente las Infecciones del Tracto Urinario en lactantes, ya que pueden causar malformaciones en el riñón y tracto urinario en un 30 % de los casos, siendo más frecuentes en niños menores de un año y producidas en un 95 % por enterobacterias como el *E. coli* (18).

Los síntomas en lactantes pueden ser inespecíficos, como fiebre, irritabilidad y rechazo a la lactancia. Durante los dos días que estuvo en el hospital, el paciente no presentó fiebre ni signos de alarma. Se finalizó el tratamiento de antibiótico intravenoso y se le dio cefalosporina de primera generación para tomar en casa durante cinco días más, para completar el tratamiento.

Caso clínico n.º4

Se trata de una bebé de 3 meses de edad que ha sido diagnosticada con bronquiolitis. Esta enfermedad se caracteriza tener tos con sibilancias precedido por un cuadro de rinitis aguda o catarro de 3 a 5 días en niños menores de 2

años. La causa más común, presente en hasta el 70 % de los casos, es el virus sincitial respiratorio (VSR), seguido por el rinovirus (19).

La falta de lactancia materna exclusiva es uno de los principales factores de riesgo. Los síntomas clínicos incluyen la presencia de secreción nasal, tos persistente y los signos clásicos como taquipnea, uso de músculos accesorios respiratorios, sibilancias. En menores de 2 meses, la apnea puede ser un signo importante a tener en cuenta (20).

En este caso, la enfermedad duró 5 días y el paciente presentó rinorrea, sensación de fiebre y dificultad para respirar, así como agitación. Al llegar a la emergencia, se le administró paracetamol 10 gotas y salbutamol 2 puffs 10 min/h. El lactante aún no había recibido las vacunas correspondientes a los 2 meses de edad. Además, tenía una alimentación mixta de leche materna y fórmula, lo que se considera un factor de riesgo para la bronquiolitis.

Los hallazgos clínicos, como la presencia de sibilancias en ambos campos pulmonares y el uso de músculos accesorios respiratorios, junto con el hecho de que esta era la primera vez que el menor presentaba estos síntomas, sugerían una posible bronquiolitis. El paciente recibió tratamiento con salbutamol con aerocámara, dexametasona iv durante 3 días más cuidados higiénicos. Se mantuvo con cánula binasal a 0,5 L y una saturación de oxígeno del 96 %, manteniendo un Bierman & Pearson de 04 pts.

Después de 5 días de hospitalización, el paciente toleró la retirada del oxígeno y mantuvo una saturación adecuada por lo que se decidió tratar al paciente en base a los signos clínicos y la frecuencia de la patología. Se indicaron a la madre los signos de alarma para que pudiera monitorear al paciente en casa.

Rotación de Cirugía General

Caso clínico n.º1

El paciente del caso clínico presentó una fisura anal, la lesión es superficial con bordes finos y limpios. El tiempo de enfermedad es menor de 6 semanas, por lo tanto, se considera aguda. No tuvo complicaciones.

La fisura anal es un desgarramiento de la piel del ano externa y se localiza en la línea posterior del ano. El síntoma más característico es el dolor lancinante durante la defecación que puede estar asociada a la presencia de leve sangrado (21).

El diagnóstico se realiza con la clínica y la inspección del ano. Se indicó tratamiento tópico con trinitrato de glicerilo, además de medidas higiénico-dietéticas. Es frecuente que el dolor se resuelva a la semana y sin nuevos episodios de sangrado.

Caso clínico n.º2

Se presenta caso de paciente mujer joven con clínica de colecistitis aguda, dolor prolongado en hipocondrio derecho y epigastrio que no responde a los analgésicos. Para el diagnóstico y manejo de la colecistitis aguda se emplea los criterios de Tokio, que evalúa criterio local y sistémico. (Tabla 3)

Tabla n.º3 Criterios de Tokio

A. Inflamación sistémica
A-1. Fiebre > 38 °C y/o escalofríos
A-2. Laboratorio: GB < 4,000 ó >10,000, PCR > 1 mg/dL
B. Colestasis
B-1. Ictericia
B-2. Laboratorio: FA, GGTP, TGO, TGP > 1.5 veces
C. Imágenes: USG, TAC, IRM, TAC Dinámica con contraste
C-1. Dilatación de la vía biliar
C-2. Evidencia de la etiología (Estrecheces, Litos, Stent)
Sospecha diagnóstica: Un ítem en A + Un ítem de B ó C
Diagnóstico definitivo: Un ítem de A, B y C

El resultado de laboratorio muestra un proceso inflamatorio por leucocitosis de 17,7 células/mm³. Además, hiperbilirrubinemia bilirrubina total 4,34 mg/dl y bilirrubina directa 3,69 mg/dl. Las enzimas hepáticas elevadas indican obstrucción del conducto biliar. Por lo tanto, el diagnóstico se confirma con leucocitos mayores a 10,000/ul y alteraciones en perfil hepático. El ultrasonido es el primer estudio a solicitar (22).

En el estudio por imágenes, la ecografía de abdomen superior muestra esteatosis hepática y litiasis vesicular. En la colangiografía se halla a nivel del cuello múltiples cálculos. Además, en la ampolla de váter se identifica un cálculo de 3mm. Por lo tanto, se trata de una colecistocolitiasis.

El tratamiento indicado incluye reposo, hidratación intravenosa, analgesia y antibióticos intravenosos como cefalosporina de segunda o tercera generación o metronidazol (22). Sin embargo, el tratamiento definitivo es con la colecistectomía laparoscópica, considerada como el gold estándar, durante las primeras 24 a 72 horas del diagnóstico. Por lo que a la paciente se la prepara para la intervención.

Posterior a ello, la paciente es dada de alta al encontrarse estable y se le indica tratamiento domiciliario con cefalexina 500 mg/ 12 h/ 7 d, paracetamol 500 mg/ 8 h/ 7 d y ketorolaco 30 mg 1 ampolla im condicional a dolor.

Caso clínico n.º3

La apendicitis aguda es una de las principales causas de dolor abdominal repentino y una indicación común de cirugía de emergencia. El apéndice vermiforme se ubica en la base del ciego y su posición puede variar, aunque su base siempre está adherida al ciego. Cuando este tejido se obstruye, puede provocar una inflamación conocida como apendicitis, la cual se caracteriza por un cuadro clínico específico. Si la afección no se diagnostica a tiempo, puede llevar a complicaciones como la perforación del apéndice y peritonitis, lo que aumenta el riesgo de mortalidad y morbilidad en los pacientes (23).

Se sospecha de apendicitis aguda cuando se presentan criterios clínicos, de laboratorio e imagen. Se confirma con una muestra quirúrgica para observar la histología del apéndice. Por lo tanto, se utilizan diferentes scores, como el de Alvarado, Air y el nuevo AAS (Adult apendicitis score) (23). En este caso, se utilizó el score de Alvarado y se obtuvo un resultado de 6/10, lo que indica apendicitis. Por lo que se decide realizar una cirugía después de administrar una antibioticoterapia endovenosa profiláctica para prevenir infecciones y complicaciones posteriores.

Se llevó a cabo una apendicectomía a muñón libre y se encontró un apéndice cecal necrosado con base en buen estado. El paciente toleró el procedimiento quirúrgico y se le administró ceftriaxona 1 gr EV cada 12 horas después de la cirugía. Después de una buena evolución, fue dado de alta.

Caso clínico n.º4

La obstrucción intestinal es un trastorno médico que puede provocar una admisión a la sala de emergencias que oscila entre el 2 % y el 8 %. Las causas más comunes son las bridas y adherencias, las neoplasias y las hernias. En pacientes con antecedentes de cirugía abdominal previa, se debe considerar la posibilidad de bridas y adherencias, mientras que, en los ancianos, las neoplasias del colon izquierdo son la causa más probable (24).

La obstrucción intestinal puede provocar desequilibrios hidroelectrolíticos y aumento de la presión dentro del intestino, lo que puede disminuir la perfusión intestinal. Además, la obstrucción intestinal puede provocar un crecimiento excesivo de la flora intestinal, lo que puede provocar la translocación bacteriana a través de la pared intestinal (24).

En este caso, la paciente presenta un cuadro clínico clásico que es característico de la patología: dolor abdominal tipo cólico, náuseas, vómitos, distensión abdominal, falta de eliminación de gases y movimientos intestinales. La causa de la obstrucción es una eventración abdominal entre la pared abdominal y el intestino delgado.

La confirmación del diagnóstico es con radiografía de abdomen en posición de pie, donde se halla niveles hidroaéreos indicativos de una obstrucción intestinal baja. En este caso, es importante colocar una sonda nasogástrica para descomprimir el estómago, medir el residuo gástrico y administrar fluidoterapia tan pronto como sea posible. Se puede utilizar una sonda vesical para monitorizar el flujo urinario y evaluar la respuesta adecuada a la resucitación con líquidos. La paciente fue dada de alta debido a su buena tolerancia oral. Se dejó un drenaje Penrose.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Durante el internado 2022-2023 se han experimentado muchos cambios con respecto a los casos de COVID-19, dado que la sintomatología de la enfermedad hoy en día es más leve gracias a la inmunización de un gran porcentaje de la población. Así como hubo cambios con respecto a la frecuencia y cantidad de casos, también se experimentaron cambios con respecto a ciertos protocolos de aislamiento de casos. Por ejemplo, en el Hospital de Emergencias de Ate Vitarte, al inicio se destinó un área específica para el aislamiento de pacientes que acudían por alguna otra patología; pero con laboratorio positivo a Sars-Cov2. Posteriormente, al bajar los índices de contagios, fue retirado ante la necesidad de más espacios para la atención.

El sistema de salud en el Perú, intenta ser una red que integra a los pacientes que son atendidos en establecimientos de primer nivel, con hospitales de mayor capacidad resolutive. Quienes dan un manejo más enfocado para resolver todo aquello que para los centros de salud ya no es posible manejar. Esta interacción se da por medio de referencias y contrarreferencias, para conseguir canalizar adecuadamente las atenciones. De manera que se evita la sobrecarga de hospitales.

Por otra parte, la normativa del Ministerio de Salud para el internado se dejó a criterio de cada universidad. Decidiendo estas si realizaban 8 o 5 meses en un hospital y el resto del tiempo (2 o 5 meses respectivamente) en centros de salud. Motivo por el cual cada interno, según la universidad de procedencia tuvo diversas experiencias. Sin considerar que un tipo de internado haya sido mejor que el otro; ambos han enriquecido la formación de los estudiantes de medicina del país.

Haciendo referencia a párrafos anteriores, se debe recordar que el enfoque principal en la salud del país debe ser protector, es por eso que el primer nivel de atención es fundamental en la prevención, detección temprana de enfermedades y promoción de la salud. Dado esto, para futuros internos no debe dejarse de lado esta etapa; aunque a consideración de los autores, 2 meses son suficientes para aprovechar al máximo este periodo. Pese a que el internado médico en nuestro país tiene sus fallos y puede variar dependiendo de la institución en la que se realice, durante este periodo se adquirieron valiosas

experiencias y habilidades que serán esenciales en la práctica médica en el futuro.

Es importante destacar que la formación en medicina es un proceso continuo y requiere de la capacidad de aprender y desarrollar nuevas habilidades y conocimientos por cuenta propia. Por lo tanto, es fundamental que los internos y futuros médicos estén preparados para mantenerse actualizados en los avances de la medicina.

Finalmente, al día de hoy la pandemia de COVID-19 ya se encuentra prácticamente superada y se espera que poco a poco el internado médico, que tantas modificaciones sufrió durante este periodo, llegue a un consenso final. En donde se reconozca el valioso aporte de los internos en el sistema de salud, sean consideradas jornadas laborales justas, así como un rédito económico acorde a la realidad nacional y la entrega que estos dan día a día con los pacientes y su recuperación.

CONCLUSIONES

El internado 2022-2023 es el tercero desarrollado durante la pandemia. Es evidente que esta situación tuvo un impacto en su realización. Se vio afectado el inicio de las actividades, se redujo la disponibilidad de vacantes en los centros hospitalarios de mayor nivel, entre otros factores.

Se pudo experimentar el contraste entre los diferentes niveles de atención del MINSA, detectando las fortalezas y debilidades de cada uno. Aprendiendo así lo importante de la promoción de la salud, además del manejo de enfermedades de mayor complejidad. Aportando experiencias que enriquecen la formación como médicos.

El manejo de escasos recursos demostró que no todo lo que uno lee en una norma técnica o en bibliografías reconocidas, es aplicable a la realidad peruana. Por diversos factores, no se cuentan con muchos insumos y es por este motivo que se deben contar con alternativas adecuadas para obtener resultados satisfactorios en pro de la salud de los pacientes.

Tanto el HEAV, HNAL, como los centros de salud Tambo Viejo y San Sebastián fueron sedes muy preocupadas por lograr formar internos capacitados. Por ello brindaron las herramientas y facilidades necesarias para poder desarrollarse como futuros médicos en sus ambientes.

RECOMENDACIONES

El internado médico es fundamental para completar el aprendizaje teórico y conocer el manejo de campo de cada especialidad adecuada a nuestra realidad. Por ello, su duración de diez meses debe ser reconsiderada a tiempos pre pandemia, en los que duraba doce meses. Así permitir una ampliación de nuestra experiencia.

La distribución actual del internado médico entre hospitales y centros de primer nivel ha resultado beneficiosa para desarrollar habilidades médicas en atención inmediata dedicado a la salud familiar y comunitaria. Puesto que nos da una base vivencial y conceptual para lo que es el servicio rural.

Hubo numerosos obstáculos para comenzar el periodo de internado, por lo que se hace un llamado a la Universidad y al Ministerio de Salud para que se planifiquen con mayor antelación, de manera que se pueda asegurar la realización completa del internado y permitir a los estudiantes realizar sus prácticas de manera segura y protegida.

Además, se notó que varios internos en prácticas no estaban familiarizados con los estándares de evaluación que se aplicaron a sus desempeños. Por consiguiente, sugerimos que la universidad asegure que los sitios de prácticas informen a sus estudiantes sobre los criterios de evaluación utilizando una rúbrica, y sobre su progreso en relación a los mismos.

De la misma manera, se implementaron actividades académicas virtuales. A pesar de esto, la mayoría de los estudiantes opina que no es posible lograr un aprendizaje completo por medio de estas. Por lo tanto, proponemos que la universidad considere un retorno gradual a la enseñanza en persona.

Por otra parte, es fundamental entender cómo se atiende a los pacientes en el nivel inicial de atención médica. El periodo de internado puede verse seriamente afectado en el aprendizaje de los estudiantes, ya que en este nivel no se presentan enfermedades de gran complejidad que son esenciales para que un médico adquiera experiencia. Por lo tanto, recomendamos manejar de manera equitativa la duración de cada periodo, tanto hospitalario como en centros de salud.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental HNAL. Análisis de Situación de Salud 2021. Lima: Hospital Nacional Arzobispo Loayza; 2023.
2. Transparencia Hospital vitarte [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/mod/transparencia/index.php?transparencia=778>
3. Castillo-Bejarano JI, Guerrero-Márquez NA. Mycobacterium tuberculosis resistente a isoniazida: el dilema del tratamiento. Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica. 2020;138-42
4. García J, Rodríguez-Tabares JF, Orozco-Erazo CE, Parra-Lara LG, Vélez JD, Moncada PA, et al. Una aproximación a la tuberculosis resistente a isoniazida: ¿un problema subestimado en Colombia? Infección [Internet]. 2020 [citado 13 de abril de 2023];24(3):173. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922020000300173
5. Benner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS. Guía del Colegio Americano de Gastroenterología: Manejo de la pancreatitis aguda. Soy J Gastroenterol. 2013;108:1400-1415. doi:10.1038/ajg.2013.218.
6. Durán MN, Maurette R, García Ejarque M. Guía de práctica clínica-quirúrgica para pancreatitis aguda litiásica. Fronteras en Medicina. 2017;97-101. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Pablo-Young/publication/323398453_Guia_de_practica_clinico-quirurgica_para_pancreatitis_aguda_litiasica/links/5a93fd2545851535bcd988cb/Guia-de-practica-clinico-quirurgica-para-pancreatitis-aguda-litiasica.pdf
7. Formento Torres MT, Hernández Torres A, Martínez Lozano A. Helicobacter pylori. Offfarm [Internet]. 2004 [citado 13 de abril de 2023];23(11):104-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offfarm-4-articulo-helicobacter-pylori-13069635>
8. Incidencia actual de la gastritis: una breve revisión [Internet]. Redalyc.org. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1812/181230079002.pdf>

9. Tovar J. Hipertensión arterial secundaria a displasia fibromuscular de la arteria renal. NefroPlus [Internet]. el 11 de verano de 2010;3(3):1–48. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-hipertension-arterial-secundaria-displasia-fibromuscular-articulo-X1888970010000795#:~:text=La%20hipertensi3n%20arterial%20por%20es tenosis,cuyo%20curso%20puede%20ser%20progresivo>
10. Orias M., Vista de Ruptura Prematura de Membranas [Internet]. 2020 [12 ABRIL 2023]; Volumen (5):11; Páginas: 7-18. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/606/1041>
11. Klebanoff MA, Koslowe PA, Kaslow R, Rhoads GG. Epidemiology of vomiting in early pregnancy. Obstet Gynecol. 1988 dec;66(5):610–9.
12. Cabero L, Cerqueira MJ. HIPERÉMESIS Gravídica. Protocolos de Medicina Materno Fetal (Perinatología) 2nd ed. Madrid: Ergon SA, 2000; p. 149-61. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-maternaobstetrica/hiperemesis%20gravidica.pdf>
13. Kuscuk NK. Hyperemesis gravidarum: current concepts and management. Postgraduate Medical Journal. 2002 Jan 1;78(918):66– 8.
14. Organización Mundial de la Salud. Manual de práctica clínica para un aborto seguro [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 [citado 12 de abril de 2023]. 84 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/134747>
15. Ministerio de salud. Norma técnica - manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas [Internet]. 2017 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
16. Álvarez AMS, Díaz RG, Rodríguez BR, Lescaille DV, Martín YR, Martínez RR. Manifestaciones oftalmológicas por virus de Epstein-Barr. Rev Cuba Oftalmol [Internet]. 2013 [citado 13 de abril de 2023];26(3). Disponible en: <https://revoftalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/204/html>
17. Lombardo-Aburto E. Approach of Pediatric Urinary Tract Infection. Acta Pediátrica México. 25 de enero de 2018;39(1):75-90.
18. Piñeiro Pérez R, Cilleruelo Ortega MJ, Ares Álvarez J, Baquero-Artigao F, Silva Rico JC, Velasco Zúñiga R, et al. Recomendaciones sobre el

- diagnóstico y tratamiento de la infección urinaria. *An Pediatr*. 28 de junio de 2019;90(6): 400.e1-400.e9.
19. Caballero MT, Polack FP, Stein RT. Viral bronchiolitis in young infants: new perspectives for management and treatment. *J Pediatr (Rio J)*. diciembre de 2017;93 Suppl 1:85-93.
20. Shanahan KH, Monuteaux MC, Nagler J, Bachur RG. Early Use of Bronchodilators and Outcomes in Bronchiolitis. *Pediatrics*. octubre de 2021;148(2): e2020040394.
21. Mínguez M, Almela P. Fisura anal. *Rev Esp Enferm Dig* [Internet]. 2007 [citado 13 de abril de 2023];99(10):612-612. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082007001000011
22. Coral Marina Ramos Loza, Jhosep Nilss Mendoza Lopez, Javier Alejandro Ponce Morales. Aplicación de la Guía de Tokio en Colecistitis Aguda Litiásica. *Revista Médica La Paz* [Internet]. el 5 de febrero de 2018;24(v 18):118–29. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582018000100004
23. Krzyzak M, Mulrooney SM. Acute Appendicitis Review: Background, Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. *Cureus*. 14 de abril de 2020;12(6): e8562.
24. Jacson P, Vigiola M. Intestinal Obstruction: Evaluation and Management [Internet]. *American Family Physician*. 2019 Dec; 98 (6). Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2018/0915/afp20180915p362.pdf>
25. 23:42

ANEXOS

Anexo n.º1

Algoritmo del manejo de la hiperémesis gravídica

