



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA Y
HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL
SALVADOR - 2022 Y 2023.**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
DIEGO EDUARDO GONZALES GUTIERREZ
VALENTINA THAIS GUILLERMO LEZAMA**

**ASESOR
EDGAR RUIZ SEMBA**

**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/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

Facultad de
Medicina
Humana

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA Y HOSPITAL
DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR - 2022 Y 2023.**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

**DIEGO EDUARDO GONZALES GUTIERREZ
VALENTINA THAIS GUILLERMO LEZAMA**

ASESOR:

DR. EDGAR RUIZ SEMBA

**LIMA – PERÚ
2023**

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

DEDICATORIA

A nuestros padres, que nos acompañaron durante esta larga carrera y nunca dudaron de nosotros.

A nuestros compañeros, que los conocemos desde primer año, y que hemos estado unidos en las buenas y en las malas.

AGRADECIMIENTO

A nuestras familias por siempre estar a nuestro lado durante los 7 años de la carrera.

A nuestros amigos por su apoyo, motivación durante toda la etapa del internado.

A todos los doctores que conocimos a lo largo de la carrera, por haber compartido su conocimiento

ÍNDICE

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA	i
JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	xv
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA	2
1.2 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	7
1.3 ROTACIÓN DE CIRUGÍA	11
1.4 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA	15
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	19
2.1 Hospital Nacional Arzobispo Loayza	19
2.2 Hospital de emergencias de Villa el Salvador	20
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	22
3.1 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	22
3.2 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	28
3.3 ROTACION DE CIRUGIA GENERAL	34
3.4 ROTACION DE PEDIATRIA	39
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	43
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	46
FUENTES DE INFORMACIÓN	47

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Hospital Nacional Arzobispo Loayza	21
Fuente: https://www.deperu.com/salud-nacional/establecimiento-salud-minsa/hospital-nacional-arzobispo-loayza-166	
Figura 2. Hospital de Emergencias de Villa el Salvador.	21
Fuente: https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/52342-hospital-de-emergencias-villa-el-salvador-realizara-campana-gratuita-de-salud-mental	

RESUMEN

Objetivo: El presente trabajo tiene como objetivo mostrar la experiencia del interno de medicina aplicando y poniendo en práctica todos los conocimientos aprendidos durante los 6 años anteriores, desde ciencias básicas hasta clínica. Y como el interno va desarrollando sus habilidades y competencias que se necesitan y se requieren para llegar a ser futuros médicos.

Además, se puede mostrar la realidad en la que vivimos como país, luego de haber pasado una pandemia.

También pretende hacer visible la realidad de los hospitales y como los médicos usan los limitados recursos que tienen para manejar las diferentes patologías de los pacientes que acuden.

Método: Es un estudio descriptivo, reporte de casos clínicos que consta con diferentes casos clínicos por cada rotación, siendo un total de 16 casos, durante el periodo del internado medico desde junio 2022 hasta marzo 2023 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza y el Hospital de Emergencias de Villa el Salvador.

Resultados: **Caso 1:** Paciente mujer de 29 años con 40 semanas de gestación, con diagnóstico de ingreso de ruptura prematura de membranas. Se le realizan exámenes de imágenes y sangre y los diagnósticos son: segundigesta nulípara 40/1 semanas por ecografía de 1° T, RPM, circular simple de cordón, d/c macrosomía fetal, obesidad grado III. Se decide culminar embarazo por cesárea. **Caso 2:** Paciente mujer de 35 años con 36.1 semanas de gestación. Con diagnóstico de ingreso de inicio de labor de parto. Se le realizan exámenes de imágenes y laboratorio obteniendo los diagnósticos de: tercigesta de 36 6/7 semanas por ecografía de 1° T y sobrepeso. Se decide prolongar la gestación con tocolíticos y evaluar cesárea electiva. **Caso 3:** Paciente mujer de 40 años con 14 semanas de gestación por fecha de ultima regla. Con diagnóstico de hemorragia del primer trimestre de embarazo. Se le realizan exámenes de imágenes, laboratorio, llegando a los diagnósticos de: multigesta de 14 semanas por fecha de ultima regla, enfermedad trofoblástica gestacional: mola hidatiforme y anemia moderada. Se decide preparar a la paciente para legrado uterino. **Caso 4:** Paciente mujer de 33 años acude

refiriendo fiebre, malestar general, cefalea y flujo vaginal de mal olor. Se le realiza examen físico, laboratorio y de imágenes y se llega al diagnóstico: endometritis puerperal. Se decide escobillonaje y antibioterapia. **Caso 5:** Paciente varón de 81 años, con diagnóstico de ingreso de Insuficiencia venosa periférica bilateral. Luego del examen físico y laboratorio se diagnostica: anemia severa, insuficiencia venosa periférica bilateral x HCl, úlceras varicosas infectadas en MMII. Se realiza cobertura antibiótica, se le transfunde paquetes globulares y limpieza de úlceras diarias. **Caso 6:** Paciente varón de 54 años con diagnóstico de DM2 desde hace 10 años con tratamiento irregular. Al examen físico y de laboratorio se diagnostica con: Pie diabético Wagner 3. Se decide realizar cobertura antibiótica ampliada, limpieza quirúrgica por la unidad de pie diabético y comenzar el uso de insulina. **Caso 7:** Paciente varón de 25 años, con diagnóstico de ingreso de síndrome de descarga uretral. Con antecedentes de 5 parejas sexuales y sin uso de ningún método anticonceptivo. Luego de la anamnesis y examen físico se llegó al diagnóstico de uretritis. Se decide realizar cobertura antibiótica, orientación y consejería sobre el uso de MAC. **Caso 8:** Paciente varón de 67 años, con diagnóstico de ingreso de insuficiencia respiratoria aguda. Luego de examen físico y exámenes auxiliares, presenta diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad. Se decide realizar antibioticoterapia. **Caso 9:** Paciente varón de 18 años acude por dolor en epigastrio tipo cólico que se irradia al HCD, sensación de alza térmica, náuseas, vómitos e hiporexia con signo de Mc Burney positivo. Como diagnóstico de ingreso: apendicitis aguda. Se decide preparar para SOP. Se realiza apendicetomía incisional + lavado de cavidad + DPR por diagnóstico post operatorio de apendicitis aguda perforada más peritonitis. **Caso 10:** Paciente varón de 68 años con antecedente de prediabetes, acude refiriendo dolor y aumento de volumen en zona perianal y escroto con cambio de coloración. Con diagnósticos iniciales de: fascitis necrotizante, D/C gangrena de Fournier, hiperglicemia D/C DM 2. Se realiza una limpieza quirúrgica por Gangrena de Fournier como diagnóstico post operatorio. **Caso 11:** Paciente varón de 33 años, sin antecedentes de importancia acude por sensación de alza térmica, dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos e hiporexia con signo de Murphy positivo con diagnóstico inicial de colecistitis aguda, se realiza una

colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda como diagnóstico post operatorio. **Caso 12:** Paciente varón de 30 años, sin antecedentes de importancia acude por presencia de dolor epigástrico irradiado a la fosa iliaca derecha, asociado a sensación de alza térmica, náuseas y vómitos de contenido alimentario. Con signo de Mc Burney positivo. Como diagnóstico inicial: apendicitis aguda. Se decide realizar apendicetomía laparoscópica por apendicitis aguda como diagnóstico post operatorio. **Caso 13:** Paciente mujer de 16 años, con diagnóstico de anorexia nerviosa hace 3 años. Madre de menor acude refiriendo que la menor estaba mareada, sin poder mantenerse de pie, con la mirada perdida y restos de vomito alrededor además encontró un blíster de carbamazepina vacío. Los diagnósticos son: intoxicación por carbamazepina, anorexia nerviosa y síndrome depresivo. Se decide que comience terapia psicológica y psiquiátrica. **Caso 14:** Paciente mujer de 12 años sin antecedentes de importancia es traída por su mama quien refiere encontrarla en su cuarto el suelo, boca abajo, con secreción salival, estuporosa. Se le cataloga como síndrome convulsivo y se decide realizar una tomografía donde no se encontró ninguna alteración. El diagnóstico continúa siendo Síndrome convulsivo. Se decide continuar con los estudios por consultorio externo por neurología. **Caso 15:** Paciente varón de 4 años es traído por su mama refiriendo rinorrea, fiebre 38.5° C, odinofagia, pérdida de apetito. Como diagnóstico de faringoamigdalitis aguda. Iniciándose cobertura antibiótica. **Caso 16:** Paciente mujer de 7 años con antecedente de diagnóstico de asma, y varias crisis asmáticas exacerbadas, padre asmático y hermano con diagnóstico de rinitis alérgica. Es traído por su mama por presentar dificultad respiratoria, silbido de pecho, respiración agitada. Con diagnóstico inicial de crisis asmática. Se realiza terapia de rescate favorable. **Conclusiones:** Finalmente se comprobó que el Perú es un país que no invierte en su sistema de salud, además, la pandemia y las clases virtuales afectaron al aprendizaje en el proceso de las prácticas para el estudiante de medicina; sin embargo, se demostró que tener una buena base teórica y el seguimiento de guías nacionales e internacionales ayuda mucho en el manejo clínico, y se sigue el modelo de medicina basada en evidencia.

Palabras clave: Internado medico, experiencia profesional, casos clinicos

ABSTRACT

Objective: The objective of this work is to show the intern's experience of applying medicine and putting into practice all the knowledge learned during the previous 6 years, from basic sciences to clinical. And as the intern develops their skills and competencies that are needed and required to become future doctors.

In addition, it can show the reality in which we live as a country, after having passed a pandemic.

It also intends to make visible the reality of hospitals and how doctors use the limited resources they have to manage the different pathologies of the patients who attend.

Method: It is a descriptive study, clinical case report that consists of different clinical cases for each rotation, with a total of 16 cases, during the period of medical internship from June 2022 to March 2023 at the Arzobispo Loayza National Hospital and the Hospital de Emergencias of Villa el Salvador.

Results: Case 1: A 29-year-old female patient with 40 weeks of gestation, with a diagnosis of premature rupture of membranes on admission. Imaging and blood tests were performed and the diagnoses were: nulliparous secundigesta 40/1 weeks by 1° T ultrasound, PROM, simple circular cord, d/c fetal macrosomia, grade III obesity. It was decided to end the pregnancy by caesarean section. Case 2: 35-year-old female patient with 36.1 weeks of gestation. With admission diagnosis of start of labor. Imaging and laboratory tests were performed, obtaining the diagnoses of: 36 6/7 week tercigesta by 1° T ultrasound and overweight. It was decided to prolong the pregnancy with tocolytics and to evaluate an elective caesarean section. Case 3: 40-year-old female patient with 14 weeks of gestation by date of last period. With a diagnosis of hemorrhage in the first trimester of pregnancy. Imaging and laboratory tests were performed, reaching the diagnoses of: 14-week multigestation by date of last period, gestational trophoblastic disease: hydatidiform mole and moderate anemia. It is decided to prepare the patient for uterine curettage. Case 4: A 33-year-old female patient came reporting fever, malaise, headache, and foul-smelling vaginal discharge. A physical,

laboratory and imaging examination was performed, and the diagnosis was reached: puerperal endometritis. It is decided to swab and antibiotic therapy.

Case 5: An 81-year-old male patient, with a diagnosis of bilateral peripheral venous insufficiency on admission. After the physical and laboratory examination, the diagnosis was: severe anemia, bilateral peripheral venous insufficiency x HCl, infected varicose ulcers in MMII. Antibiotic coverage is performed, globular packets are transfused and daily ulcer cleaning.

Case 6: A 54-year-old male patient diagnosed with DM2 for 10 years with irregular treatment. The physical and laboratory examination is diagnosed with: Wagner 3 diabetic foot. It is decided to carry out expanded antibiotic coverage, surgical cleaning by the diabetic foot unit and start the use of insulin.

Case 7: A 25-year-old male patient with a diagnosis of urethral discharge syndrome on admission. With a history of 5 sexual partners and without the use of any contraceptive method. After the anamnesis and physical examination, the diagnosis of urethritis was reached. That is to say, carry out antibiotic coverage, orientation and counseling on the use of MAC.

Case 8: A 67-year-old male patient with an admission diagnosis of acute respiratory failure. After a physical examination and auxiliary tests, he presented a diagnosis of community-acquired pneumonia. It was decided to perform antibiotic therapy.

Case 9: An 18-year-old male patient attended for colic-type pain in the epigastrium that radiated to the HCD, a sensation of thermal rise, nausea, vomiting, and hyporexia with a positive McBurney sign. As admission diagnosis: acute appendicitis. It is decided to prepare for PCOS. Incisional appendectomy + cavity lavage + DPR was performed for postoperative diagnosis of acute perforated appendicitis plus peritonitis.

Case 10: A 68-year-old male patient with a history of prediabetes, came reporting pain and increased volume in the perianal area and scrotum with color change. With initial diagnoses of: necrotizing fasciitis, D/C Fournier's gangrene, hyperglycemia D/C DM 2. Surgical cleaning was performed due to Fournier's gangrene as a postoperative diagnosis.

Case 11: A 33-year-old male patient, with no significant history, attended due to a sensation of heat rise, cramping pain in the right upper quadrant, nausea, vomiting, and hyporexia with a positive Murphy sign with an initial diagnosis of acute cholecystitis. A laparoscopic cholecystectomy was performed for Acute

cholecystitis as a postoperative diagnosis. Case 12: A 30-year-old male patient, with no significant history, attended due to the presence of epigastric pain radiating to the right iliac fossa, associated with a sensation of heat rise, nausea, and vomiting of food content. With a positive McBurney sign. As initial diagnosis: acute appendicitis. It was decided to perform laparoscopic appendectomy for acute appendicitis as a postoperative diagnosis. Case 13: A 16-year-old female patient diagnosed with anorexia nervosa 3 years ago. The mother of the minor comes, reporting that the minor was dizzy, unable to stand up, with a lost look and traces of vomit around, and also found an empty carbamazepine blister pack. The diagnoses are: carbamazepine intoxication, anorexia nervosa and depressive syndrome. It is decided to start psychological and psychiatric therapy. Case 14: A 12-year-old female patient with no significant history is brought by her mother who reports finding her on the floor in her room, face down, with stuporous salivary secretion. It was classified as a convulsive syndrome, and it was decided to perform a tomography where no alteration was found. The diagnosis continues to be Seizure Syndrome. It was decided to continue with the studies by outpatient neurology. Case 15: A 4-year-old male patient is brought by his mother reporting runny nose, fever 38.5°C, odynophagia, loss of appetite. As a diagnosis of acute pharyngotonsillitis. Starting antibiotic coverage. Case 16: A 7-year-old female patient with a history of asthma diagnosis and several exacerbated asthmatic attacks, asthmatic father and brother diagnosed with allergic rhinitis. He is brought by his mother due to respiratory distress, wheezing, and labored breathing. With initial diagnosis of asthmatic crisis. Favorable salvage therapy is performed.

Conclusions: It was found that Peru is a country that does not invest in its health system, as well as how the pandemic and virtual classes affected learning in the internship process for medical students. It also demonstrated how having a good theoretical base as well as following national and international guidelines helps a lot in managing the different cases that arrive including the evidence-based medicine model which is followed.

Keywords: Medical internship, professional experience, patient case studies.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO
LOAYZA Y HOSPITAL DE EMERGENCIAS**

AUTOR

GONZALES GUTIERREZ , DIEGO EDUARDO

RECuento DE PALABRAS

16748 Words

RECuento DE CARACTERES

94640 Characters

RECuento DE PÁGINAS

67 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

748.2KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 19, 2023 6:49 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 19, 2023 6:51 PM GMT-5

● **12% de similitud general**

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

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

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Firma:

Asesor: Dr. Edgar Rolando Ruiz Semba

DNI: 17891238

ORCID: 0009-0007-0671-5575

INTRODUCCIÓN

En el Perú la carrera de medicina humana dura 7 años, y el último de este, es lo que conocemos como internado médico, donde se busca que el interno ponga a prueba todos sus conocimientos y habilidades teóricas y prácticas adquiridas durante los años previos.

Este periodo de aprendizaje es el momento en donde el interno se pone a prueba a sí mismo y entra en contacto con el mundo laboral de la carrera.

Este periodo es donde se busca afinar y reforzar todo lo aprendido, adquirir nuevas habilidades y superarse día tras día para bien del alumno y del paciente, teniendo presente siempre que se está tratando con personas, debiendo fortalecer la relación médico-paciente que tanto se busca, no atendiendo solo su enfermedad sino buscar una atención de manera integral, que brinde el lado más humano para bienestar físico y psico-social del mismo. En el presente trabajo se comentarán 16 casos clínicos, desarrollados en el Hospital de Emergencias de Villa el Salvador y el Hospital Nacional arzobispo Loayza, revisando diferentes casos extraídos de los servicios de Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Cirugía.

Es importante señalar que este periodo de internado médico, resulto todo un reto, ya que debido a la pandemia de SARS-COV2 por la que atravesó el mundo, muchos pacientes con enfermedades crónicas dejaron de acudir a sus controles y al momento de reintegrarse al hospital, estos llegaron con complicaciones de sus enfermedades.

El presente trabajó, expondrá las patologías de mayor frecuencia y de interés para los autores de las 4 rotaciones del Internado médico.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El Hospital de Emergencias de Villa el Salvador y el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, incluyeron 4 rotaciones por los diferentes servicios:

La primera de ellas en el departamento de Ginecología y Obstetricia, donde se incluyeron las rotaciones por tópico de emergencia, consultorio externo, centro obstétrico, hospitalización de obstetricia, hospitalización de ginecología y hospitalización de alto riesgo obstétrico; donde se vieron las patologías más frecuentes de la mujer, gestantes y puérperas; y a su vez el manejo de emergencias obstétrico-ginecológicas.

La segunda rotación fue en el servicio de pediatría, que incluyó las áreas de hospitalización pediátrica, tópico de emergencias, unidad de cuidados intermedios, consultorio externo y el área de atención inmediata del recién nacido; donde se vieron patologías hospitalarias pediátricas como crisis asmática, bronquiolitis, enfermedad diarreica aguda y neumonías: además del adecuado proceso de atención inmediata del recién nacido y la atención de la principales patologías pediátricas como faringitis, otitis o resfriado común.

La tercera rotación fue en el servicio de Medicina Interna, donde se incluyó el servicio de hospitalización de adultos y tópico de emergencia; donde se vieron diversas patologías de diferentes servicios como cardiología, neumología, gastroenterología, neurología, entre otras. Esta rotación enseñó el manejo interdisciplinario e integral de los pacientes, junto a procedimientos de práctica clínica por especialidad y el manejo de las principales enfermedades crónicas no transmisibles de la población adulta y adulta mayor.

La cuarta rotación fue en el servicio de Cirugía, donde se incluyeron las áreas de tópico de emergencia, hospitalización de traumatología, cirugía general, neurocirugía, urología y cirugía plástica; donde se vio el manejo quirúrgico de cada paciente y aprendizaje de habilidades procedimentales por servicio.

1.1 ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

CASO CLÍNICO N° 1

Paciente mujer de 29 años procedente de Venezuela con residencia actual en Lima, con paridad G2 P0010 y 40 semanas de gestación por ecografía de 1° trimestre. Acude a emergencia por un tiempo de enfermedad de aproximadamente 8 horas, refiriendo pérdida de tapón mucoso, dolor tipo contracción y ampliando la historia refiere también pérdida de líquido claro sin mal olor. Al examen físico PA: 120/70, no hay dinámica uterina, AU: 35cm, LCD, presencia de movimientos fetales ++/+++, FCF: 150, peso ponderado fetal: 3565 gramos. Peso actual de la paciente 133 kg, talla 1.66 m. Se le aplica la escala de BISHOP y la puntuación es 2.

Antecedentes:

- G2 P0010:
- G1: En el 2014 tuvo un aborto incompleto inducido con “tabletas” y
- G2: Gestación actual.
- Refiere 7 controles prenatales en la posta Chacra Colorado y 4 en el HNAL.

Diagnósticos de ingreso:

- Segundigesta nulípara 40ss x eco 1° trimestre
- D/C macrosomía fetal
- Obesidad grado III

Plan de trabajo:

- Monitoreo de signos vitales
- Solicitar perfil de severidad C/24h
- Solicitar proteinuria de 24h
- Solicitar examen completo de orina
- Completar prequirúrgicos
- Vigilar signos de alarma

- Se hospitaliza

Exámenes:

- Ecografía: gestación única activa de 40/1 ss x eco de 1° trimestre, circular simple de cordón, Doppler conservado.
- Test estresante: no reactivo
- Test no estresante: reactivo

Diagnósticos en pabellón:

- Segundigesta nulípara de 40/1 ss, x eco de 1° trimestre
- RPM
- Circular simple de cordón
- D/C macrosomía fetal
- Obesidad grado III

Tratamiento:

- Culminación de embarazo por cesárea

CASO CLÍNICO N° 2

Paciente mujer de 35 años procedente de Piura con residencia actual en Lima. Con paridad G3 P1011 y 36.1 semanas de gestación por ecografía de 1° trimestre. Acude a emergencias por presentar un tiempo de enfermedad de 1 día, caracterizado por dolor abdominal tipo contracción uterina de intensidad 8/10, niega síntomas premonitores de preclamsia, niega sangrado vaginal, niega sintomatología urinaria, niega pérdida de líquido. Al examen físico PA 110/80, AU: 35 cm, LCD, movimientos fetales: ++/+++ , frecuencia cardiaca fetal: 157, dinámica uterina ausente, peso ponderado fetal: 2975 gramos. Peso actual de la paciente 69.5 kg, talla 1.52 m, IMC: 25.1.

Antecedentes:

- G3 P1011
- G1: En el 2012, cesarea en clínica, RN vivo, masculino con peso de 3500, refiere complicaciones, pero no las especifica.
- G2: En el 2022 en diciembre, embarazo no evolutivo

- G3: Gestación actual.
- Cuenta con 8 controles prenatales en el centro de salud los viñedos.

Diagnósticos de ingreso:

- Tercigesta de 36.1 ss x eco de 1° trimestre
- Cesareada anterior 1 vez
- Sobrepeso

Plan de trabajo:

- Completar prequirúrgicos
- Tocolíticos
- Vigilar signos de alarma

Exámenes:

- Exámenes de orina: sin alteraciones
- Ecografía: gestación única de 36 6/7 ss x eco de 1° trimestre, peso fetal en percentil 75.
- Test no estresante: reactivo
- Test no estresante: reactivo

Diagnósticos en pabellón:

- Tercigesta de 36 6/7 ss x eco de 1° trimestre.
- Cesareada anterior 1 vez
- Sobrepeso

Tratamiento:

- Prolongar gestación hasta las 38 o 39 ss para luego evaluar cesaría electiva.
- Nifedipino 20mg VO c/6h
- Vigilar signos de alarma

CASO CLÍNICO N° 3

Paciente gestante de 14 semanas por FUR, G3P0111, de 40 años, natural de

Piura y procedente de Villa María del Triunfo; acude con un tiempo de enfermedad de 3 días por presentar sangrado vaginal y dolor pélvico asociado a náuseas y vómitos en 2 oportunidades; motivo por el cual acude al servicio de emergencias. Niega otras molestias.

Antecedentes:

- Personales: Fumadora previo al embarazo, refiere diagnóstico de preeclampsia en gestación anterior, niega otras enfermedades previas, niega RAMs.
- Obstétricos: G3P0111, G1: Aborto, 2012; G2: Cesárea por preeclampsia 2015, G3: Actual. No presenta controles prenatales. Edad gestacional según FUR: 14 Semanas.
- Familiares: Madre con Diabetes Mellitus en tratamiento.

Examen físico:

- PA:135/80, FC: 108, FR: 18, T°: 36.6°C, SAT: 98%.
- Abdomen: Abdomen globuloso. RHA presentes. blando, depresible. Se palpa masa hipogástrica, no dolorosa. AU: 19 cm
- Tacto vaginal: Presencia de sangrado activo y características normales de cuello uterino.

Plan de trabajo:

- Hemograma completo
- Ecografía transvaginal.
- B-HCG cuantitativa.
- Perfil bioquímico (Ur, Cr y proteinuria).
- Perfil tiroideo (TSH y T4L).

Exámenes auxiliares:

- Hemograma completo: Hb: 10mg/dL, Hto: 32% leucocitos: 7 800 U/l, Plaquetas: 234 000 U/l.
- B-HCG cuantitativa: 180 000 mUI/ml
- Ecografía transvaginal: Ausencia de feto y líquido amniótico, masa central heterogénea con numerosos espacios anecoicos (Signo de tormenta de nieve).

Diagnóstico:

- Multigesta de 14 semanas por FUR.
- Enfermedad trofoblástica gestacional: Mola hidatiforme.
- Anemia moderada.

Tratamiento:

- Hospitalizar a la paciente.
- Oxitocina 10 UI IM como dosis única; para controlar la atonía uterina.
- Preparar a la paciente para Legrado Uterino (SOP).
- Hierro sacarato 200 mg amp EV /24 h.

CASO CLÍNICO N° 4

Paciente femenina de 33 años, procedente de Lima, con G2P2002, con un tiempo de enfermedad de 3 días refiriendo presentar fiebre, malestar general, cefalea y flujo vaginal maloliente, motivos por los cuales acude al servicio de emergencias. Niega síntomas urinarios, niega síntomas respiratorios, niega dolor de mamas, niega otras molestias.

Antecedentes:

- Antecedente de Parto Vaginal a los 20 años.
- Antecedente de última gestación con RPM prolongado y Cesárea por Macrosomía fetal, 1 semana antes del ingreso por emergencia.
- Madre niega patologías previas, niega RAMs, niega otros antecedentes quirúrgicos.

Examen físico:

- PA 125/80 mmHg FC 105x' FR 18x' T 38.5°C SatO2 98%
- Mamas: Blandas y secretantes de leche materna.
- Abdomen: Plano, con presencia de cicatriz de cesárea de aproximadamente 10 cm (Pfannenstiel), RHA (+), Blando/depresible, no dolor a la palpación. Útero contraído 1cm por debajo de cicatriz umbilical; Herida Operatoria: afrontada, no secreciones, no signos de flogosis.
- TV: Cérvix con dolor a la movilización y orificios abiertos, anexos no dolorosos, no masas palpables.
- Especuloscopia: Se evidencia flujo a través de OCE de aspecto

achocolatado y con mal olor.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb: 11.5 mg/dl, Hto: 34.10%, Leucocitos: 17 000/UI, Abastionados 6%, Plaq: 350 000/UI.
- PCR: 198.75 mg/dl.
- Ecografía abdominal: Ausencia de líquido libre en la cavidad abdominal, útero aumentado de tamaño (puerperal) a nivel de cavidad endometrial presenta contenido heterogéneo en volumen aproximado de 28cc, al eco Doppler no presenta flujo vascular.

Diagnóstico:

- Endometritis puerperal.

Tratamiento

- Hospitalización, escobillonaje y antibioticoterapia.

1.2 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

CASO CLÍNICO N° 1:

Paciente varón de 81 años natural y procedente de Lima con diagnóstico de insuficiencia venosa complicada desde hace 30 años con tratamiento de dobesilato de calcio 500mg 3 veces al día; acude a emergencia refiriendo aumento de volumen y sangrado a través de lesión ulcerada de MMII derecho, además de signos de flogosis y secreción purulenta, niega SAT. Al examen físico se evidencia lesión ulcerada de aproximadamente 15x7 cm en cara lateral de tobillo izquierdo y lesión ulcerada de aproximadamente 30x20 cm que compromete cara anterior y media de pierna derecha con signos de flogosis. Se solicita hemograma,

Diagnósticos de ingreso:

- Insuficiencia venosa periférica bilateral x HCI
- Ulceras varicosas en MMII

Exámenes de laboratorio:

- Hemograma: HB: 13.10, Leucocitos: 13 840, PCR: 25.44, Cr: 0.9, Ur: 38.5

Plan de trabajo:

- Clindamicina 600mg EV c/8h
- Ceftazidima 2gr EV c/8h
- Hierro sacarato 200mg EV c/48h
- Transfundir 2 paquetes globulares

Diagnósticos en pabellón:

- Anemia Severa
- Insuficiencia venosa periférica bilateral x HCl
- Ulceras varicosas infectadas en MMII

Tratamiento:

- Continuar con cobertura antibiótica con clindamicina 600mg EV c/8h y amikacina 500mg EV c/24h
- Limpieza de ulceras diaria

CASO CLÍNICO N° 2

Paciente varón de 54 años con diagnóstico de DM2 desde hace 10 años con tratamiento irregular de metformina 850g 1 tableta c/24h. Acude a emergencias con tiempo de enfermedad de 2 semanas refiriendo que se sacó un “uñero” del 5° orjejo del pie izquierdo, 3 días después refiere presencia de secreción serohemática, aumento de volumen de MMII izquierdo, dolor a la movilización y signos de flogosis niega SAT. Al examen físico se evidencia ulcera de aproximadamente 5 x 5cm en el 5° orjejo del pie izquierdo, con secreción serohemática de mal olor con cambio de coloración, signos de flogosis, y edema.

Diagnósticos de ingreso:

- DM2 sin tratamiento
- Pie diabético Wagner 3

Exámenes de laboratorio:

- Hemograma: HB:14.5, leucocitos: 18000, HbA1c: 8.3, glucosa:300, LDL: 480mg/dl
- Examen de orina: células epiteliales escasas, leucocitos: 1-2 x campo, se observan gérmenes escasos.

Plan de trabajo:

- Clindamicina 600mg EV c/8h
- Enoxaparina 40g SC
- Insulina R a escala de corrección: 180-249 → 3UI, 250-299 → 5UI, >300 → 7UI.
- Insulina NPH 3UI, 6UI
- I/C pie diabético para limpieza quirúrgica
- I/C infectología

Diagnósticos en pabellón:

- DM2
- Pie diabético Wagner 3
- Hipercolesterolemia

Tratamiento:

- Ceftazidime 2g EV c/8h
- Vancomicina 1gr EV c/12h
- Insulina NPH 12UI, 6UI
- Insulina a escala de corrección: 180-249 → 3UI, 250-299 → 5UI, >300 → 7UI.
- Atorvastatina 40mg VO
- Cilostazol 50mg VO c/12h
- Continuar con limpieza diaria

CASO CLÍNICO N° 3

Paciente varón de 25 años, procedente de San Juan de Miraflores, acude a consultorio externo, refiriendo un tiempo de enfermedad de 1 semana, caracterizado por una descarga uretral de aspecto espeso, tipo purulento y maloliente, asociado a disuria, prurito y ardor. Niega SAT, vómitos y otras

molestias.

Antecedentes de importancia:

- Personales: Refiere 5 parejas sexuales, niega uso de métodos anticonceptivos.
- Familiares: Padre con HTA y Diabetes.

Examen físico:

- PA 120/75 mmHg FC 84x' FR 18x' T 36.5°C SatO2 99%
- GU: Se evidencia secreción de aspecto verdoso-amarillento en el pene. No se evidencian lesiones de ningún tipo como úlceras o vesículas. Dolor a la palpación del glande. A la retracción del glande y ordeñamiento del mismo, se observa mayor secreción, no presencia de adenopatías.

Plan de trabajo

- Tratamiento farmacológico de la descarga uretral.
- Realizar el desarrollo de las "4C": Consejería, cumplimiento del tratamiento, contactos y condones.
- Orientación y consejería de la importancia del uso de MAC de barrera.
- Abstinencia sexual por 7 días como mínimo.

Diagnóstico:

- Síndrome de descarga uretral: Uretritis D/C gonorrea o Clamidia.

Tratamiento:

- Azitromicina 500 mg VO 2 TAB en dosis única
- Ciprofloxacino 500 mg VO 1 TAB en dosis única.

CASO CLÍNICO N° 4

Paciente masculino de 67 años, procedente de Lurín, con un tiempo de enfermedad de 7 días, refiere que inicialmente presentó cuadro de rinorrea y tos; luego 3 días antes del ingreso, presenta sensación de alza térmica no cuantificada, asociado a disnea a medianos esfuerzos, sensación de confusión y tos con expectoración blanquecina. Refiere uso de ibuprofeno 400 mg (2 tomas) sin mejora significativa, motivo por el cual acude al servicio de emergencias.

Antecedentes:

- Personales: Niega enfermedades previas, niega antecedentes quirúrgicos y niega RAMs.

- Familiares: Padre con diagnóstico de HTA en tratamiento.

Examen físico:

PA: 115/78 mmHg, FR: 30x', FC: 89x', T°: 38.6°C, SatO2:93%

TyP: MV disminuido en bases de ACP, se auscultan crépitos en bases.

SNC: Despierto, LOTEF, Glasgow 15/15.

Diagnóstico:

- Insuficiencia respiratoria aguda: D/C Neumonía.

Exámenes auxiliares:

- HB: 12.5 gr/dl, Leucocitos: 18 360, PCR: 25.44, U:39.8, Cr: 0.9.

- Rx de tórax: Leve borramiento del ángulo costofrénico derecho y del borde cardíaco izquierdo y aumento de la trama bronco vascular.

Tratamiento:

- Hospitalizar al paciente y antibioticoterapia.

1.3 ROTACIÓN DE CIRUGÍA

CASO CLÍNICO Nº 1

Paciente varón de 18 años de edad, natural y procedente de Lima acude a emergencias del HNAL con un tiempo de enfermedad de 10 horas refiriendo dolor en epigastrio tipo cólico que se irradiaba a HCD. 3 horas antes del ingreso refiere que dolor no calma con medicamentos, agregándose sensación de alza térmica, náuseas, vomitos e hiporexia. Sin antecedentes de importancia.

Al examen físico se encuentra el abdomen globuloso, no distendido, blando depresible, RHA (+), doloroso a la palpación superficial y profunda en FID con signo de Mc Burney positivo.

Dentro de los exámenes de laboratorio solicitados se encuentra el hemograma con leucocitos en 18740 mm³, segmentados en 92%, monocitos 3%, linfocitos 3%. Además, en el examen de ecografía se aprecia en la fosa iliaca derecha imagen tubular de fondo saco ciego con diámetro AP de 8.6mm, se observa

aumento de la ecogenicidad de la grasa mesenterica. Doloroso a la ecopresión. Mc Burney ecografico positivo.

Diagnóstico preoperatorio:

- Apendicitis aguda.

Plan de trabajo:

- Omeprazol 40 mg EV c/ 12 h
- Metamizol 1 gr EV c/8 h
- Metronidazol 500mg EV c/ 8h
- Preparar para SOP para apendicectomía incisional.

Diagnóstico post operatorio:

- Apendicitis aguda perforada + peritonitis

Cirugía realizada:

- Apendicectomía incisional + lavado de cavidad + DPR

Hallazgo Operatorio:

- Apéndice cecal de +/- 12x1 cm perforado en tercio proximal base indemne, líquido purulento en 4 cuadrantes de aproximadamente 150cc, base de apéndice sub seroso.

CASO CLÍNICO Nº 2

Paciente varón de 68 años procedente de Apurimac con residencia actual en San Juan de Miraflores - Lima. Con antecedente de pre diabetes, sin otros antecedentes de importancia. Acude a emergencia con tiempo de enfermedad de 1 semana refiriendo presencia de dolor y aumento de volumen en zona perianal y escroto. 1 día antes del ingreso el paciente refiere que el dolor no disminuye, el volumen del escrito y se agrega el cambio de coloración a nivel perianal y escrotal por lo cual decide ir a emergencias del HNAL.

Al examen físico se encuentra el abdomen globuloso, no distendido, RHA (+), no doloroso a la palpación.

En el aparato genitourinario se evidencia edema a nivel perianal y escrotal,

con cambio de coloración y dolor a la palpación. Se evidencia presencia de úlceras de aproximadamente 3x3 cm, 5x4cm en escroto y perine con exudado serohemático de mal olor.

Dentro de los exámenes de laboratorio solicitados se encuentra el hemograma con leucocitos 18420, creatinina 0,78, glucosa 330, Hb 14,5. Se solicita Interconsulta con endocrinología, infectología, medicina interna y urología.

El servicio de endocrinología sugiere insulina en escala de corrección.

El servicio de infectología da pase a antibioterapia de amplio espectro con: vancomicina 1g c/12 h x 7 días e Imipenem 500mg c/ 6h x 7 días.

El servicio de medicina interna sugiere Hidratación con NaCl 0,9%, insulina R en escala de corrección, continuar con cobertura antibiótica, solicitar HbAc, perfil lipídico, examen de orina y urocultivo.

El servicio de urología sugiere completar exámenes TP, G, Urea, creatinina, serológicos, grupo y factor. Ver disponibilidad de SOE para limpieza quirúrgica.

Diagnóstico:

- Fasciitis necrotizante
- D/C gangrena de Fournier
- Hiperglicemia D/C DM2

Plan de trabajo:

- Omeprazol 40mg EV c/24 h
- Metamizol 1,5 g EV c/8 h
- Tramadol 50mg EV PRN al dolor
- Insulina R escala de corrección: 180 - 249 = 3 UI , 250 - 299 = 5 UI , > 300 = 7 UI
- Preparar para SOE

Diagnóstico post operatorio:

- Gangrena de Fournier

Cirugía realizada:

- Limpieza quirúrgica

CASO CLÍNICO N° 3

Paciente varón de 33 años, procedente de Lima, con tiempo de enfermedad de 20 horas es traído a emergencia por sensación de alza térmica no cuantificada, dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, de intensidad 8/10, no irradiado y que no cede con la analgesia (paracetamol e ibuprofeno). Se asocia a náuseas, 4 episodios de vómitos de contenido alimenticio e hiporexia. Niega otras molestias.

Antecedentes:

- Familiares: Padre con HTA.

Examen Físico:

- PA: 110/70, FC: 72 LPM, FR:18 RPM, T°: 38.6°C, SatO2: 98%, Peso: 67 kg.
- Abdomen: blando y depresible, RHA (+), doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, Murphy (+), no signos peritoneales.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb: 12.70 mg/dl, HTO: 37.50 %, Leucocitos: 18 220/UI, Abastoados 0%, Plaq: 244 000/UI.
- Perfil Hepático: BT: 0.52 mg/dl, BD:0.08 mg/dl, BI: 0.44 mg/dl, FA: 133 U/L, TGO: 16 U/L, TGP: 22 U/L y GGTP: 111 U/L.

Diagnóstico:

- Colecistitis aguda.

Tratamiento:

- Colecistectomía laparoscópica.

CASO CLINICO N° 4

Paciente varón de 30 años procedente de Lima, con tiempo de enfermedad de 1 día, Refiere que 1 día antes del ingreso, presenta dolor en epigastrio, que 8 horas antes del ingreso se irradia a fosa iliaca derecha con intensidad 8/10, asociado a sensación de alza térmica no cuantificada, náuseas y vómitos en 2 oportunidades de contenido alimenticio. Refiere además haber usado analgésicos (paracetamol) sin alivio alguno del dolor, motivo por el cual acude

al servicio de emergencias. Sin antecedentes de importancia.

Examen Físico:

- PA: 115/70, FC: 98 LPM, FR:19 RPM, T°: 38.5°C, SatO2: 98% Peso: 70 kg
- Abdomen: Plano, RHA presentes. Doloroso en fosa iliaca derecha. Mc Burney +. No se palpan masas.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb: 16.0 mg/dl, HTO: 49.0 %, Leucocitos: 22 640/UI, Abastionados 2%, Plaq: 272 000/UI.
- PCR: 250 mg/dl.
- Ecografía abdominal: No se visualiza apéndice cecal, correlacionar con datos clínicos y de laboratorio, no líquido libre en cavidad abdominal, meteorismo intestinal incrementado.

Diagnóstico:

- Apendicitis aguda.

Tratamiento:

- Apendicectomía Laparoscópica.

1.4 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

CASO CLÍNICO N° 1

Paciente mujer de 16 años con diagnóstico de anorexia desde hace 3 años, es traída a emergencias por su mama con un tiempo de enfermedad de 8 horas aproximadamente, refiriendo que encontró a la menor mareada, con la mirada perdida, sin poder mantenerse de pie y con restos de vómitos alrededor. A la ampliación de la historia la madre refiere que tuvo una discusión con su hija antes del incidente y encontró 1 blíster de carbamazepina vacío. Al examen físico se encontró una PA: 90/50 FC 100lpm.

Diagnóstico de ingreso:

- Intoxicación por carbamazepina
- Anorexia nerviosa por HCl

Plan de trabajo:

- Hidratación
- I/C psiquiatría y mami
- Omeprazol 40mg c/24h EV
- Dimenhidrinato 50mg c/24h EV

Diagnósticos en pabellón:

- Intoxicación por carbamazepina
- Anorexia nerviosa x HCl
- Síndrome depresivo

Tratamiento:

- Terapia psicológica
- Fluoxetina 20mg c/24h VO

CASO CLÍNICO N° 2

Paciente mujer de 12 años sin antecedentes de importancia, es traída a emergencia por su mamá que refiere que encontró a la menor en su cuarto, en el suelo, boca abajo, con secreción salival, sin relajación de esfínteres, estuporosa. No refiere fiebre o resfriado previo. Al examen físico FC: 90, T°:36.6, Sat: 97%, PA:110/60.

Diagnóstico de ingreso:

- Síndrome convulsivo

Plan de trabajo:

- Mantener vía salinizada
- Diazepam 7mg PRN convulsión
- Tomografía cerebral
- I/C neurología

Exámenes:

- En la tomografía no se observa ninguna alteración

Diagnósticos de pabellón:

- Síndrome convulsivo

Tratamiento:

- Seguimiento por el servicio de neurología.

CASO CLINICO N° 3

Paciente masculino de 4 años, procedente de Lima, con un tiempo de enfermedad de 3 días, por presentar rinorrea, sensación de alza térmica cuantificada (38.5°C), odinofagia y pérdida de apetito. La madre niega tos, náuseas y vómitos. Además, refiere uso de 1 cucharada de paracetamol que calmo parcialmente los síntomas; sin embargo, los síntomas persisten, motivo por el cual acude al servicio de emergencias. S

Antecedentes:

- Madre niega antecedentes de importancia
- Madre refiere que tiene un compañero en el colegio con síntomas similares.

Examen físico:

- PA 115/80 mmHg FC 112x' FR 25x' T 38.5°C SatO2 98%
- Orofaringe: Congestiva, eritematosa, se observa exudado faríngeo blanquecino.
- Cuello: Se palpa adenopatía cervical anterior de 1 cm aproximadamente.

Funciones biológicas:

- Apetito: Disminuido.
- Sed: Conservada.
- Sueño: Conservado.
- Diuresis: Conservada.
- Deposiciones: Conservadas.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb 13.4, Hto: 41% Leucocitos: 14,000 Abastados: 4%
- Prueba rápida de detección de GAS: Positiva

Diagnóstico:

- Faringoamigdalitis aguda.

Tratamiento:

- Amoxicilina 50 mg/kg/día VO (vía oral) por 10 días, paracetamol 15 mg/kg cada 6 horas, condicional a dolor o fiebre, control por consultorio externo en 3 días.

CASO CLINICO N°4

Paciente mujer de 7 años, procedente de Villa el Salvador, con un tiempo de enfermedad de 1 día, madre refiere que cuadro empezó con rinorrea, asociado a tos y sensación de alza térmica no cuantificada; 6 horas antes del ingreso presenta dificultad respiratoria, silbido de pecho y respiración más agitada de lo usual, por lo cual madre refiere uso de paracetamol y 1 puff de salbutamol (inhalador); los síntomas persisten, motivo por el cual madre decide acudir al servicio de emergencias.

Antecedentes:

Antecedentes Personales: Madre refiere diagnóstico de asma con episodios anteriores de exacerbaciones asmáticas llegando a hospitalizarse 1 vez hace 2 años, niega otras enfermedades.

- Antecedentes familiares: Hermano con diagnóstico de rinitis alérgica y padre asmático.

Examen Físico:

- FC: 93 lpm FR: 28 rpm SAT: 93%. T: 36.8°C
- General: Aparente regular estado general / Aparente regular estado de hidratación / Aparente regular estado de nutrición, ventilando con distrés respiratorio.

OFG: Amígdalas eritematosas, sin presencia de exudado o placas.

- TyP: Tirajes intercostales y subcostales. Murmullo vesicular pasa en ACP, sibilantes y roncantes difusos en ACP. Sin presencia de matidez.

Diagnóstico:

- Crisis Asmática

Plan de trabajo:

- Evaluar respuesta a nebulizaciones con salbutamol Test de reversibilidad.
- Control de funciones vitales: FC, FR, Tº y Sat O2.
- Reevaluación del paciente.

Tratamiento:

Terapia de Rescate:

- Nebulización: Salbutamol y solución salina 3 ciclos.
- Prednisona IM: 1 mg/kg.
- Control de funciones vitales al terminar con la nebulización, reevaluar al paciente.
- Oxígeno: Mantener saturación >94%

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

2.1 Hospital Nacional Arzobispo Loayza:

Este año se realizó el internado medico en 10 meses, 5 de ellos en centro de salud y los otros 5 en hospitales. La rotación en el HNAL comenzó el 1 de noviembre del 2022 hasta el 31 de marzo de 2023.

El HNAL está ubicado en el distrito de Cercado de Lima, de la provincia de Lima, cuenta con un área de 50,764 m². Tiene una gran demanda de pacientes que provienen de diferentes distritos como: Cercado de Lima, San Martín de Porres, Comas, Breña, Rímac, La Victoria e Independencia. Se ubica en la Av. Alfonso Ugarte 848 Lima. Es un establecimiento nivel III-1 y es una entidad adscrita al ministerio de salud. (Figura 1)

La población atendida proviene de habitantes de la ciudad de Lima y también como hospital de referencia en un 91.8%. Además, también acuden poblaciones de otros departamentos a nivel nacional que son aproximadamente un 8.2%.

Cuenta con los servicios de medicina interna, servicio de cardiología y cuidados coronarios, servicio de dermatología, servicio de endocrinología, servicio de gastroenterología, servicio de geriatría, servicio de onco-hematología clínica, servicio de inmuno-reumatología, servicio de medicina

física y rehabilitación, servicio de nefrología, servicio de neumología, servicio de neurología, servicio de salud mental, servicio de infectología, departamento de cirugía general – aparato digestivo y pared abdominal, servicio de cirugía de cabeza y cuello, servicio de cirugía plástica y quemados, servicio de neurocirugía, servicio de oftalmología, servicio de ortopedia y traumatología, servicio de otorrinolaringología, servicio de urología, servicio de cirugía de torácica y cardiovascular, servicio de cirugía vascular periférico y angiología, departamento de ginecología – obstetricia que incluye el servicio de reproducción humana, departamento de pediatría, departamento de estomatología, departamento de enfermería, departamento de anestesiología y centro quirúrgico, departamento de patología clínica y banco de sangre, departamento de anatomía patológica, departamento de diagnóstico por imágenes, departamento, departamento de nutrición y dietética, departamento de servicio social.

El hospital tiene como misión dar atención integral de alta especialización y calidad a los pacientes, usuarios y familia, tanto en la rehabilitación, protección. Además, también es un hospital docente y de investigación.

2.2 Hospital de emergencias de Villa el Salvador:

Este año se realizó el internado médico en 10 meses, 5 de ellos en centro de salud y los otros 5 en hospitales. La rotación en el hospital de emergencias de Villa el Salvador comenzó el 1 de noviembre del 2022 y culminó el 31 de marzo de 2023. Se ubica en la Av. 200 Millas S/N cruce con la Av. Pastor Sevilla, Villa El Salvador. Este hospital es relativamente nuevo ya que comenzó a funcionar el 07 de abril del 2016.

Este hospital brinda atención general especializada de emergencias y urgencias médicas y quirúrgicas de mediana complejidad. La categoría de establecimiento nivel II-2 y pertenece al segundo nivel de atención, realizando actividades de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, control de riesgos y gestión. Es un hospital de referencia en la zona de Lima sur; sin embargo, también reciben pacientes a nivel nacional (Figura 2).

El Hospital de Emergencias Villa El Salvador es el segundo hospital especializado de toda la zona sur de Lima. Se ha construido en un área de

más de 23 mil metros cuadrados con una inversión de 255 millones de soles.



Figura1. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Fuente:
<https://www.deperu.com/salud-nacional/establecimiento-salud-minsa/hospital-nacional-arzobispo-loayza-166>



Figura 2: Hospital de emergencias de Villa el Salvador. Fuente:
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/52342-hospital-de-emergencias-villa-el-salvador-realizara-campana-gratuita-de-salud-mental>

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CASO CLÍNICO N° 1:

La ruptura prematura de membranas o previa al trabajo de parto ocurre de manera espontánea perdiendo líquido amniótico por vía vaginal antes de que comience el trabajo de parto. Tiene una prevalencia de 4% y 18% y causa el 50% de partos pretérminos (1). La ruptura de membranas sin trabajo de parto se presenta a término cuando la gestación es > 37 semanas, aunque también se presenta de forma pretérmino cuando la edad gestacional es < 37 semanas. Siempre preguntar a la paciente el color y el olor del líquido que perdió, ya que puede ser vital para el pronóstico tanto del bebe como de la mama (2).

El líquido amniótico está conformado en su mayoría de orina fetal, así que su color es claro transparente o en algunos casos ligeramente amarillo sin mal olor. Pero esto puede variar, hay casos donde el líquido amniótico es de un color medio rosado, ya que previamente la gestante pudo haber tenido contracciones y haya habido modificaciones del cuello uterino y estén llevando a pequeñas perdidas de sangre. También el color puede variar a un rojo rutilante muy parecido a la menstruación. Pero no solo son esos colores sino también, color marrón o verdoso, que sería el líquido amniótico meconial, sucede cuando él bebe hizo su primera deposición en el útero materno. Esto es muy frecuente sobre todo cuando el embarazo se está prolongando. Además, la conducta terapéutica cambiaria ya que hay riesgo de que el bebe aspire el líquido (3). El tapón mucoso se forma al inicio de la gestación, el cuello del útero genera secreciones de consistencia gelatinosas que es una barrera protectora para evitar el ascenso de distintos gérmenes al interior del útero. Es común que se pierda durante las últimas semanas de gestación ya que será una señal de que el útero comenzara a dilatarse. Pero no es señal de que el parto está comenzando (4). La escala de Bishop o índice de Bishop, es un tipo de puntuación que evalúa el cuello del útero en el trabajo de parto y nos da un pronóstico si este va a requerir que se induzca o no, además se usa para evaluar las probabilidades de parto espontaneo. Si la puntuación

supera el valor 8 nos dice que la gestante tiene mayores probabilidades de un parto vaginal sin complicaciones, pero si la puntuación es menor de 6 nos indica que hay probabilidad de que se requiera madurar el cuello del útero. Dentro de los componentes de la prueba esta: dilatación vaginal, borramiento cervical, consistencia cervical, posición cervical, encajamiento fetal. También está la prueba de Bishop modificado se suman puntos si hay existencia de preeclampsia y por parto vaginal anterior y se restan puntos por embarazo post termino, nuliparidad, rotura prematura de membranas (5). El caso se trató de una paciente con 40 semanas de edad gestacional, que llego por desprendimiento del tapón mucoso y con antecedente de perdida de líquido. Además, cuenta con un antecedente de aborto inducido. Al examen físico se obtiene una puntuación de Bishop de 2. A la ecografía el feto tiene un ponderado de 3565 gramos por lo que se plantea como diagnostico descartar macrosomía fetal además se evidencia circular de cordón simple, la mamá tiene un IMC de 48.3 categorizándola en obesidad grado III.

Recordemos que uno de los factores de riesgo para que él bebe tenga una gran cantidad de peso puede deberse a que la madre tiene un IMC de 48.3 y gano más de 10 kilos por la gestación, también esta la diabetes ya que al tener una gran cantidad de azúcar se lo pasa al feto y este comienza a producir insulina haciendo que crezca de manera más rápida (6).

Las complicaciones del parto cuando él bebe es de gran tamaño, son que le puede causar lesiones durante el parto como la distocia de hombro, fractura de clavícula o extremidades y para la mama que el parto demore más de lo previsto, desgarros perineales, sangrado etc. (7,8). Por lo que el tratamiento a seguir más adecuado es la culminación de la gestación mediante cesárea.

CASO CLÍNICO N° 2

El dolor abdominal durante la gestación, se puede considerar una sintomatología muy común durante el proceso ya que el cuerpo de la mama cambia para que él bebe pueda crecer. Los dolores abdominales pueden ser por una causa inofensiva que no traiga ningún tipo de consecuencias hasta causas de mayor complejidad (9). Dentro de las causas benignas más frecuentes de dolor abdominal durante la gestación están: dolor del ligamento

redondo que es un tipo de dolor agudo y punzante y cambia con la posición es muy común durante el segundo trimestre, flatos y estreñimiento el aumento de flatos durante el embarazo es causado porque los niveles de progesterona se elevan y el tracto digestivo demora más de lo normal, contracciones de Braxton Hicks que son como contracciones de práctica. Dentro de las causas graves de dolor abdominal durante la gestación están: embarazo ectópico que ocurre si el ovulo se implanta en otro lugar que no es el útero, desprendimiento prematuro de placenta que se caracteriza por un dolor constante irradiado a la espalda con flujo líquido rojizo por vía vaginal, aborto espontáneo que es la forma más frecuente de pérdidas acompañado de sangrado y a veces con presencia de calambres, infección del tracto urinario que no ha sido tratada, preeclampsia que tiene como principal característica hipertensión arterial y proteinuria. Dentro de las causas más comunes están: el comienzo de labor de parto, infección de tracto urinario y los cambios o movimientos del feto (9). La prematuridad de un bebé se define cuando nace antes de cumplir las 37 semanas. Los bebés que nacen prematuros tienen mucho riesgo de complicaciones desde leves hasta más evidentes como: problemas de la vía respiratoria ya que él bebé no tiene surfactante haciendo que los pulmones no puedan expandirse y contraerse, displasia broncopulmonar, apnea en el recién nacido, cardiopatías como conducto arterioso persistente que si no se trata puede llegar a desarrollar insuficiencia cardíaca, aumenta el riesgo de sangrado en el cerebro lo que puede llevar a que tengan lesión cerebral permanente, hipotermia porque no pueden controlar su temperatura, problemas digestivos ya que su sistema gastrointestinal es muy inmaduro, anemia e ictericia ya que el cuerpo no tiene la cantidad de glóbulos rojos adecuados, un sistema inmune débil que aumenta el riesgo de que el bebé tenga infecciones y pueda llegar a desarrollar septicemia (10). Este caso nos habla de una paciente de 35 años con 36.1 de edad gestacional, con antecedente de cesárea anterior una vez y un embarazo no evolutivo. Quien acude a emergencias con un tiempo de enfermedad de 1 día caracterizado por dolor abdominal tipo contracción uterina de intensidad 8/10 que no calma negando otros síntomas. Dentro de la ecografía se encuentra una gestación única de 36 6/7 semanas y con un peso fetal en el percentil 75. Se le realizan 2 test no estresantes y ambos salen reactivos, indicándome que el bebé se

encuentra estable. Por lo que la actitud más adecuada para tratar a esta paciente es prolongar la gestación para que él bebe llegue a tener 38 o 39 semanas de edad gestacional y evitar que sea un bebe prematuro.

Por lo cual también se usa terapia farmacológica, los tocolíticos, que son fármacos que se encargan de retrasar el inicio del parto ya que disminuyen las contracciones del útero y se puedan dar otros medicamentos como corticoides para ayudar al bebe con la maduración pulmonar y así evitar complicaciones en él bebe (9)(10).

CASO CLÍNICO N° 3

Se nos presenta a una paciente de 40 años, que se encuentra en su tercera gestación de 14 semanas por FUR, con un tiempo de enfermedad de 3 días, caracterizado por sangrado vaginal y dolor pélvico asociado a náuseas y vómitos en 2 oportunidades. Presenta antecedentes de importancia como aborto y cesárea anterior, además refiere no tener ningún control prenatal. Al examen físico, se encuentra signos de palidez leve, altura uterina desproporcionada para edad gestacional y presencia de masa a nivel abdominal. Por lo que se planteó el diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional a d/c Mola hidatiforme. La enfermedad trofoblástica gestacional es un trastorno que se caracteriza por crecimiento anormal del trofoblasto; esta enfermedad suele cursar con buen pronóstico, pero se presenta con diversas manifestaciones clínicas como sangrado vaginal, dolor pélvico, hiperémesis y útero aumentado de tamaño con respecto a la edad gestacional. Además de ello, cuenta con factores de riesgo que predisponen a la aparición de esta, como edad materna avanzada, antecedente de aborto espontáneo y RPM prolongado (11). Existen diferentes tipos de Enfermedad Trofoblástica Gestacional, los cuales se pueden clasificar histológicamente en mola hidatiforme (80%) y neoplasia trofoblástica gestacional (20%). No se ha determinado con exactitud una etiología específica de esta enfermedad, pero se ha visto, que esta se presenta con mayor frecuencia en gestantes de edad materna avanzada (> 40 años) y se relaciona a un proceso de fecundación anormal con un proceso de desarrollo incorrecto y que da lugar a la formación de una masa anormal de quistes (12). La guía de práctica clínica y

procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal menciona que, para llegar al diagnóstico de esta enfermedad, se necesita hallazgos clínicos (anteriormente mencionados), ecográficos (signo de tormenta de nieve o panal de abejas) y laboratoriales (niveles de hCG > 100 000 mUI/ml). En el caso de la paciente, presenta sintomatología compatible, además de niveles marcadamente elevados de B-HCG y una ecografía transvaginal sugestiva de mola, al presentar ausencia de feto y masa heterogénea con espacios anecoicos (signo de tormenta de nieve), una vez establecido el diagnóstico, se procedió a hospitalizar a la paciente y prepararla para el manejo definitivo (13). Las guías nacionales e internacionales describen 2 opciones como manejo definitivo; la evacuación uterina y la histerectomía; sin embargo, se sugiere el uso de la primera, debido a que es efectiva y conserva la capacidad de procrear de la madre. Además, se sigue un protocolo estructurado detrás de ello, como el uso de Nifedipino ante presiones elevadas o el uso de oxitocina al momento del legrado por aspiración para favorecer la contracción uterina y evitar complicaciones. En el caso de la paciente, siguiendo los lineamientos de las guías, se optó por un legrado uterino por aspiración en SOP, con el uso de Oxitocina 10 UI IM para evitar una posible atonía uterina. Se extrajo el contenido molar, y se envió a anatomía patológica para su estudio. La paciente tolero bien el acto quirúrgico, teniendo hemoglobina control de 9 mg/dl, por lo que se decide usar hierro sacarato endovenoso; luego de ello, evoluciona favorablemente, sin mayores intercurencias, y es dada de alta con una cita control por consultorio externo (12-13).

CASO CLÍNICO N° 4

Se nos presenta a una paciente puérpera de 7 días, que acude al servicio de emergencias con un tiempo de enfermedad de 3 días, refiriendo fiebre, taquicardia, malestar general, cefalea y flujo vaginal maloliente. Presenta antecedentes de importancia como Cesárea por macrosomía fetal y RPM prolongado. Al examen físico se encontró al paciente febril (38.5°C), con mamas blandas y secretantes, no presencia de secreción o signos de flogosis en herida operatoria, con dolor a la movilización cervical y con presencia de

flujo achocolatado maloliente a la especuloscopia. Por lo que se planteó el diagnóstico de Endometritis puerperal.

La endometritis puerperal o posparto, es un proceso inflamatorio e infeccioso que abarca el endometrio y se presenta como una complicación del periodo posparto en un 2 a 16 %. Generalmente se manifiesta con síntomas que incluyen fiebre, taquicardia, sensibilidad uterina, dolor abdominal, flujo vaginal maloliente, sangrado vaginal y sensación de malestar general; además, está asociado a factores de riesgo tales como parto por cesárea, corioamnionitis, trabajo de parto prolongado, ruptura prolongada de membranas, retención de restos placentarios, diabetes gestacional, parto prematuro, entre otros (14).

La endometritis puerperal es causada principalmente por bacterias que ingresan al útero ya sea mediante parto o cesárea. Las bacterias más frecuentemente relacionadas con la endometritis puerperal son la *E. coli*, *S. agalactiae*, *S. aureus*, *E. fecalis*, anaerobios o bacterioides. Es importante señalar que luego del parto, la mujer puede entrar en un estado de inmunosupresión por cambios hormonales bruscos, y aunque esto por sí solo no es determinante, junto a otros factores de riesgo, pueden aumentar la probabilidad de aparición de esta patología (15).

La guía de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal menciona que el diagnóstico de esta patología se basa en la presencia de 2 o más signos y síntomas que incluyen temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$, sensibilidad uterina, loquios malolientes, sub-involución uterina y taquicardia > 100 . Se describe también exámenes de ayuda diagnóstica (Hemograma completo, PCR, ecografía abdominal o tinción Gram) y de confirmación diagnóstica como hemocultivo o biopsia endometrial; sin embargo, estos últimos no son solicitados de forma rutinaria. El caso del paciente nos muestra clínica compatible con el cuadro, ya que presenta más de 2 criterios clínicos para endometritis, además de presentar leucocitosis con desviación izquierda, PCR elevada y una ecografía con evidencia de restos placentarios. Se establece el diagnóstico de endometritis puerperal y se decide hospitalizar para escobillonaje de restos placentarios e iniciar terapia antibiótica (13).

Hay evidencia científica que establece que uno de los mejores regímenes

antibióticos, que logra la resolución de la endometritis en un 90 a 97 % de los casos, es la terapia combinada de Clindamicina 900 mg EV cada 8 horas y Gentamicina 5mg/kg EV cada 24 horas; esperando mejoría sintomática dentro de las primeras 24 a 48 horas, y continuando el tratamiento hasta presentar mejoría clínica y permanecer afebril durante 48 horas (16).

Una vez hospitalizada, la paciente inicio antibioticoterapia y se procedió a hacer permeabilización con pinza Pfoester, extrayendo contenido hemático oscuro sin mal olor en regular cantidad, y finalmente escobillonaje. Se realizó ecografía control con hallazgos de características normales y sin presencia de coágulos. La paciente evolucionó favorablemente, clínicamente estable, afebril por mas de 48 horas; por lo que se le indico el alta médica siguiendo los protocolos anteriormente descritos.

3.2 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

CASO CLÍNICO N° 1

La insuficiencia venosa periférica es una patología que se caracteriza por dificultad durante el retorno venoso hacia el corazón. Lo normal es que las venas de los miembros inferiores fluyan hacia el corazón. Pero en la insuficiencia venosa las paredes de las venas se van debilitando poco a poco causando que las venas perduren llenas de sangre sobre todo si la persona está parada. La insuficiencia venosa crónica es causada porque las válvulas de las paredes venosas se dañan y es muy difícil que retorne la sangre al corazón, pero también puede ocurrir como resultado de un coagulo sanguíneo en las piernas. Recordemos que enfermedad venosa crónica es muy diferente a insuficiencia venosa crónica, la primera involucra problemas morfológicos o funcionales del recorrido venoso de los miembros inferiores; mientras que el segundo es usado con diagnostico por Eco-Doppler venoso y cuenta con características clínicas: edema, presencia de úlceras en diferentes estadios, etc (17) (18) (19).

La insuficiencia venosa crónica es muy frecuente en la población geriátrica, y hay muchos factores de riesgo asociados como: la edad, antecedentes familiares, la obesidad, embarazo, la falta de movimiento, permanecer parado,

ser de talla alta. La sintomatología se caracteriza por presencia de dolor, calambres en las piernas, sensación de hormigueo, el dolor aumenta y se vuelve insoportable al estar de pie y mejora al levantar las piernas. (19)

Se usa la clasificación CEAP (Clínica, Etiología, Anatomía y fisiopatología), los cuales se pueden usar de forma aislada, la más usada es la C de clínica que se divide: C0: ausencia de signos visibles y palpables, C1: presencia de telangiectasias y venas reticulares, C2: presencia de venas varicosas, C3: hay edema, C4: se aprecian los cambios en la piel y se clasifica en C4a y C4b. C4a se caracteriza por presencia de pigmentación y/o eccema, mientras que en el C4b se encuentra presencia de lipodermatoesclerosis y/o atrofia blanca que es una zona de coloración blanca que a su alrededor hay capilares dilatados y aumento de pigmentación. C5: donde la úlcera se encuentra cicatrizada y por último la C6: la úlcera se encuentra activa (18) (19).

El tratamiento consiste en concientizar al paciente y a la familia sobre la enfermedad, el uso de medias de compresión, tratamiento médico y quirúrgico. Se debe enseñar al paciente a que la inmovilidad es mala y que es uno de los mayores factores de riesgo, y también la familia entienda que el paciente en algunos casos por la edad necesitara supervisión para evitar caídas. También se recomienda elevar las piernas, evitar subir de peso. Para el tratamiento médico se usan venoactivos como el dobesilato de calcio, diosminaesperidina, etc. Con respecto al tratamiento quirúrgico dependerán según la relación riesgo – beneficio para el paciente (19).

En el caso se nos presenta un paciente varón de 81 años con diagnóstico de insuficiencia venosa desde hace 30 años, con manejo farmacológico de dobesilato de calcio 500 mg 3 veces al día, el cual acude a emergencias por aumento de volumen y presencia de sangrado activo de las lesiones ulceradas en ambos miembros inferiores, además se evidencian signos de flogosis y presencia de secreción purulenta con cambios de coloración. Dentro de los exámenes de rutina se encuentra una HB de 4.6, leucocitos en 8360 y un INR de 1.31 por lo cual se decide el inicio de cobertura antibiótica con clindamicina 600 mg EV c/8h y ceftazidima 2gr Ev c/8h y transfundir paquetes globulares por el riesgo de que entre en shock. Se le transfunden paquetes globulares descartando otras causas de pérdida sanguínea, hasta que la hemoglobina

llegue a 10 y se continua con cobertura antibiótica manteniéndose la clindamicina 600 mg Ev c/8h más amikacina 500 mg EV c/24h. Y la limpieza diaria de las úlceras con sulfadiazina de plata.

CASO CLÍNICO N° 2

La diabetes se caracteriza por presentar una gran cantidad de glucosa a nivel sanguíneo, existen 2 tipos de diabetes tipo 1 y tipo 2. La diabetes tipo 1 llamada también diabetes juvenil o insulino dependiente donde el páncreas no produce o produce la mínima cantidad de insulina. Esta hormona es usada por el organismo para hacer que la glucosa entre dentro de las células del cuerpo y sea usado para generar energía. La diabetes juvenil no tiene cura y se conoce así porque aparece durante la primera década de vida. El tratamiento se basa en la aplicación de insulina y tener un estilo de vida saludable. Su causa es desconocida y se cree que es causado por el mismo sistema inmune. (25)- La diabetes tipo 2 a diferencia del tipo 1 esta es más frecuente en la población adulta mayor pero cada vez está aumentando más por lo que también se está incluyendo a la población adulta joven. Dentro de sus causas es multifactorial como sobrepeso u obesidad, antecedentes familiares, la falta de actividad física, los malos estilos de vida como la mala alimentación- La diabetes tipo 2 puede controlarse con cambios de estilos de vida y en algunos casos sin la necesidad de tratamiento farmacológico, así como también en algunos casos puede llegar a ser insulino dependiente (20).

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica caracterizada por la presencia de altos niveles de glucosa en la sangre. Es una de las causas que generan mayor discapacidad y muerte en América Latina una persona que tiene diabetes presenta riesgo de amputación sobre todo de miembros inferiores Recordemos que pertenece a las enfermedades no transmisibles de persona a persona, sino es multifactorial ya que está condicionada por diversas causas que van desde antecedentes familiares o genéticos, los tipos de estilos de vida que lleva cada persona, el tipo de alimentación, etc. (21) (22).

Durante los primeros meses del 2022 se registraron aproximadamente 9000 casos nuevos y el 98% de ellos eran diabetes mellitus tipo 2 (21).

Hay muchas formas de hacer el diagnóstico, una de las más comunes es por la prueba de hemoglobina glicosilada A1c, ya que indica como se ha mantenido los niveles de glucosa en sangre durante los últimos meses. Si el resultado es <5.7 % no hay diabetes, si los valores están entre 5.7 - 6.4% se da el diagnóstico de prediabetes. Si es > de 6.5% se da el diagnóstico de diabetes. O si los valores de glucosa superan los 200 mg/dL también se hace el diagnóstico de diabetes (23).

La diabetes afecta a todo el organismo ya que genera complicaciones microvasculares y macrovasculares, afectando los diferentes órganos como el ojo, riñones, también genera disminución de la sensibilidad al dolor, neuropatía periférica, vasculopatía periférica sobre todo en miembros inferiores. Convirtiendo al pie en un punto clave de lesiones conocido como pie diabético. El cual se vuelve vulnerable al daño de los tejidos, sin sensibilidad al dolor y con menor capacidad de cicatrización. Para catalogar los grados de afección del pie diabético se usa la escala de Wagner (24) (25).

La clasificación de Wagner se divide en grados que van desde 0 hasta 5. El grado 0: no hay lesión, pero si hay riesgo se caracteriza por la presencia de hiperqueratosis, dedos en garra y deformidades óseas. El grado 1: aquí se observan úlceras superficiales y destrucción del espesor de la piel. El grado 2: se encuentran úlceras profundas hay daño hasta los ligamentos no afecta el hueso. El grado 3: además de úlceras profundas hay abscesos, secreción, mal olor y hay osteomielitis. El grado 4 hay gangrena limitada y en el grado 5 gangrena extensa que afecta a todo el pie. (25)

En el presente caso nos habla de un paciente varón de 54 años con diagnóstico de DM hace 10 años aproximadamente con tratamiento irregular de metformina 850 g VO. Quien acude a emergencias con tiempo de enfermedad de 2 semanas por la presencia de una úlcera en el 5° orjejo del pie izquierdo la cual apareció luego de que se sacara un “uñero” del mismo pie. Refiriendo limitación funcional, dolor, secreción purulenta y serohemática de mal olor, con signos de flogosis. Al llegar se diagnostica un pie diabético Wagner 4. Con una HbA1c de 8-3, leucocitos 18000 y glucosa en 300.

Se comienza terapia antibiótica con clindamicina 600 mg, enoxaparina 40 g, insulina a escala de corrección e insulina NPH, además de pedir interconsulta con la unidad de pie diabético, el servicio de endocrinología y

con el servicio de infectología para mayor cobertura antibiótica.

Por lo cual la terapéutica cambia a Ceftazidima 2g EV c/8h y Vancomicina 1gr EV c/12h, insulina NPH, insulina a escala de corrección, atorvastatina 40 mg, cilostazol 50 mg y la continuación de limpieza diarias y por la unidad de pie diabético.

CASO CLÍNICO N° 3

Se nos presenta a un paciente masculino de 25 años, que acude a consultorio externo con un tiempo de enfermedad de 7 días, manifestando descarga uretral de aspecto purulento, asociado a disuria, prurito y ardor. Presenta antecedentes de importancia como múltiples parejas sexuales, no uso de métodos anticonceptivos y última relación sexual hace 10 días. Al examen físico se encontró salida de secreción de aspecto verdoso-amarillento por el pene y dolor en el glande. Por lo que se planteó el diagnóstico de Uretritis.

La uretritis es una manifestación común de infecciones de transmisión sexual presente predominantemente en población masculina joven y sexualmente activa. Presenta diferentes factores de riesgo, como múltiples parejas sexuales, no uso de preservativo, hombres que tienen sexo con hombres o antecedentes de ITS previas. Además, se presenta mediante síntomas como disuria, descarga uretral acuosa, muco-purulenta o purulenta, urgencia miccional, ardor, prurito o dispareunia (26).

Se describe que la uretritis tiene diferentes agentes etiológicos y se clasifica en uretritis gonocócica por *Neisseria Gonorrhoeae* (La más frecuente) y no gonocócica, causado principalmente por *Chlamydia Trachomatis* (45%), *M. Genitalum* (31%) y *T. Vaginalis* (13%). Sin embargo, clínicamente son indistinguibles en función a su etiología o incluso algunos pacientes pueden cursar asintomáticos (26).

Uptodate refiere que el diagnóstico de esta patología se hace generalmente de forma clínica, basándose en la anamnesis y el examen físico. Sin embargo, también recomienda el uso de diagnóstico microbiológico como pruebas de amplificación de ácido nucleico (NAAT) o cultivo en caso de sospecha de resistencia antibiótica. En el caso del paciente, no se optó por hacer este tipo de exámenes auxiliares, ya que, al ver al paciente con clínica sugestiva de

uretritis, se decidió el manejo con tratamiento empírico (27).

La norma técnica de salud para el manejo de infecciones de transmisión sexual en el Perú establece que se debe iniciar con un tratamiento empírico que cubra los agentes etiológicos más frecuentes (N. Gonorrhoeae y C. Trachomatis), por lo que el MINSA sugiere usar Ciprofloxacino 500 mg VO dosis única y Azitromicina 1 gr VO en dosis única. Este esquema fue usado en el caso del paciente, acompañado de información al paciente acerca de las 4 C (Consejería, cumplimiento del tratamiento, contactos y condones), derivar el caso al área de planificación familiar, evitar contacto sexual en 1 semana y regresar por consultorio externo para reevaluación; cumpliendo así lo dispuesto por los protocolos de atención del MINSA (28).

Caso Clínico N°4

Se nos presenta a una paciente de 67 años, que acude al servicio de emergencias con un tiempo de enfermedad de 7 días caracterizado por confusión, tos productiva, fiebre y disnea, motivo por el cual ingresa al servicio de emergencias. Niega antecedentes de importancia. Al examen físico se encuentra murmullo vesicular disminuido en bases de ambos campos pulmonares con crépitos en bases. Por lo que se planteó el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad. La neumonía es una infección del tejido pulmonar causada por virus, hongos o bacterias. Se caracteriza por inflamación y acumulación de líquido en los alveolos pulmonares, lo que provoca la disnea. Los síntomas de la neumonía pueden manifestarse con fiebre, tos, dolor de pecho, dificultad para respirar, fatiga y sudoración. En casos más severos o en personas inmunodeficientes, puede ocurrir confusión, cambios en la presión arterial y pérdida del conocimiento (29).

Para hacer el diagnóstico de una neumonía se basa en una combinación de los antecedentes, cuadro clínico, examen físico y exámenes auxiliares. Para evaluar la gravedad de la neumonía y predecir la mortalidad en pacientes hospitalizados, se utilizan criterios como el CURB-65. Esta escala valora criterios como: confusión mental, frecuencia respiratoria, urea, presión arterial y edad. Cada factor recibe un punto si está presente, y la puntuación total indica el nivel de gravedad de la neumonía y lugar de manejo del paciente. En

este caso se tuvieron valores que indican al paciente con un CURB 65 de 3 puntos, motivo por el cual el paciente fue hospitalizado para posterior tratamiento antibiótico (30).

El Ministerio de Salud del Perú recomienda el uso de ampicilina-sulbactam, ceftriaxona o cefotaxima como tratamiento endovenoso de primera línea para la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes hospitalizados. La elección del antibiótico se decide de acuerdo con la gravedad de la neumonía, la presencia de comorbilidades y al mapa de resistencia antibiótica del lugar de ubicación. En este caso el paciente fue tratado con oxígeno suplementario y Ceftriaxona 2 gr EV c/d 24 horas por 10 días, de acuerdo con las guías nacionales. El paciente presentó evolución favorable clínica y laboratorial y fue dado de alta al terminar su esquema terapéutico (30).

3.3 ROTACION DE CIRUGIA GENERAL:

CASO CLÍNICO N° 1

La apendicitis es la inflamación del apéndice. El apéndice es un órgano que se encuentra en el hemiabdomen derecho es como una pequeña bolsa que tiene forma de dedo que se encuentra unida al extremo del colon en el ciego. Y es una de las primeras causas de abdomen agudo quirúrgico junto con colecistitis y diverticulitis. Dentro del cuadro clínico de la apendicitis esta se caracteriza por: dolor abdominal repentino en abdomen derecho inferior, dolor desplazable que inicia cerca del ombligo y va hacia el hipocondrio derecho y fosa iliaca derecha, náuseas, vómitos, hiporexia, fiebre > 38°, etc. (31).

Dentro de las complicaciones de la apendicitis se encuentra la perforación del apéndice haciendo que todo el contenido se vacíe por el abdomen generando una peritonitis. Otra de las complicaciones que hay es la acumulación de pus que se forma en el abdomen, ya que si el apéndice revienta se puede generar absceso en la pared abdominal. En este tipo de situaciones se drena el absceso mediante un tubo a través de la pared del abdomen que se deja por un tiempo promedio de 2 semanas, además también se suma al tratamiento antibioticoterapia, cuando ya se estabiliza se programa una intervención

quirúrgica para sacar el apéndice o se puede hacer los 2 a la vez (32) (33).

El caso nos presenta a un paciente varón de 18 años sin antecedentes de importancia que acude a emergencias con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 10 h, que se caracteriza por dolor tipo cólico en el epigastrio que se desplaza al hipocondrio derecho, no calma con medicamentos, y se le agrega sensación de alza térmica, hiporexia, náuseas y vómitos con contenido alimentario.

Para el diagnóstico de apendicitis combina la evaluación del examen físico, pruebas de laboratorio y pruebas de imágenes. Dentro de la exploración del examen físico se puede encontrar el signo de Mc Burney positivo, este signo consiste en dibujar una línea imaginaria entre la espina iliaca antero – superior derecho hasta el ombligo, luego el punto de Mc Burney es la unión de 1/3 externo con los otros 2/3, el médico hace palpación de este sitio específico y es positivo cuando hay dolor localizado. También se piden análisis de sangre y orina, para ver si hay leucocitos elevados lo que indicaría que hay una infección y para descartar otras causas que me podrían estar generando dolor como una infección de vías urinarias o la presencia de cálculos renales. En el caso de mujeres en edad fértil se debe descartar embarazo también se pide PCR el cual es un marcador inflamatorio. También se usan pruebas de imágenes la más recomendada es la ecografía abdominal ya que es de fácil alcance para todos, es barato en algunos casos se podría pedir tomografía computarizada, pero muchas veces no está disponible ni al alcance de toda la población (32).

En el caso a la exploración física, en el paciente se encontró signo de Mc Burney positivo, leucocitos en 18740 y en la ecografía en la fosa iliaca derecha se mira una imagen tubular de fondo saco ciego con diámetro AP de 8.6 mm, con aumento de ecogenicidad de la grasa mesentérica con Mc Burney ecográfico positivo. Por lo cual se decide prepara para cirugía de emergencia con diagnóstico pre-operatorio de apendicitis aguda. Dentro de la cirugía el hallazgo operatorio es un apéndice cecal de +/- 12x1 cm perforado en tercio proximal base indemne, líquido purulento en 4 cuadrantes de aproximadamente 150cc, base de apéndice subseroso. Se le realiza una apendicetomía incisional más lavado de cavidad más colocación de un drenaje Penrose.

Como diagnostico post operatorio de apendicitis aguda perforada más peritonitis.

CASO CLÍNICO N° 2

La gangrena de Fournier es una patología infecciosa rara que se caracteriza por la presencia de fascitis necrotizante del periné y la pared abdominal que en caso de los varones involucra el escroto y el pene, mientras que en el caso de las mujeres afecta la vulva. Tiene como característica una rápida evolución que comienza con la aparición de edemas en la zona afectada, además de dolor y un rápido desarrollo a gangrena (34).

Si bien las causas aún son desconocidas algunos factores de riesgo incluyen: traumatismo penetrante mayor, laceración menor o traumatismo cerrado, lesiones en la piel, cirugías recientes, ruptura de la mucosa como en hemorroides, fisuras rectales o episiotomía. También es muy frecuente en pacientes con inmunosupresión como diabetes, infección por VIH, cirrosis, etc. También considerar la obesidad, alcoholismo y en mujeres la gestación, parto, perdida, o algún procedimiento ginecológico (35).

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica que se caracteriza por altos niveles de glucosa a nivel sanguíneo. Pertenece a las enfermedades no transmisibles de persona a persona, sino es multifactorial ya que está condicionada por diversas causas que van desde antecedentes familiares o genéticos, los tipos de estilos de vida que lleva cada persona, el tipo de alimentación, etc. (20) (22).

El caso nos presenta un paciente varón de 68 años procedente de Apurímac con residencia en San Juan de Miraflores. Dentro de sus antecedentes tiene diagnóstico de pre – diabetes. Viene a emergencias por un tiempo de enfermedad de una semana por dolor y aumento de volumen en la zona perianal y escroto, con signos de flogosis y dolor a la palpación. Dentro de los diagnósticos de ingreso están: Fascitis necrotizante, D/C gangrena de Fournier y D/C diabetes.

En sus exámenes de laboratorio se encuentra leucocitos 18420, creatinina 0,78, glucosa 330, Hb 14,5 y se pide Hemoglobina glicosilada por el laboratorio

de San Marcos para confirmar el diagnóstico de diabetes. El hospital no tiene reactivo para ese examen por eso se le pide de forma particular.

Y se prepara para limpieza quirúrgica, en total se le realizan 4 limpiezas quirúrgicas y se aplica la cobertura antibiótica con vancomicina y meropenem por 12 días.

CASO CLÍNICO N° 3

El caso describe a un paciente varón de 33 años, que acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 8 horas, caracterizado por fiebre, dolor tipo cólico en hipocondrio derecho de intensidad 8/10, asociado a hiporexia, náuseas y vómitos. Niega antecedentes de importancia. Al examen físico, se encuentra signo de Murphy (+), sin signos de reacción peritoneal. Por lo que, se plantea el diagnóstico de colecistitis aguda.

La colecistitis aguda es la inflamación de la vesícula biliar, que es causada frecuentemente por la obstrucción del conducto biliar dado por la presencia de cálculos biliares, el cual se manifiesta mediante síntomas característicos como dolor abdominal intenso en hipocondrio derecho, fiebre, náuseas, vómitos, anorexia, hiporexia o ictericia. Presenta también factores de riesgo predisponentes como ser del sexo femenino, obesidad, dietas altas en grasa y colesterol e historia familiar de cálculos biliares. A pesar de que la etiología de la colecistitis aguda es mayormente causada por cálculos biliares, se describe también la colecistitis acalculosa que es producida por diversos factores; entre ellos, infecciones bacterianas, traumatismo abdominal, cirugía abdominal reciente, enfermedades autoinmunitarias y sepsis. Estos factores producen un medio de estasis e isquemia de la vesícula biliar, lo que provoca una respuesta inflamatoria de la vesícula biliar (36).

Según la guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la colelitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis en el Seguro Social del Perú (EsSalud), se hace uso de los criterios de Tokio 2018, basados en signos de inflamación local, sistémica y signos imagenológicos, para el diagnóstico de colecistitis aguda. En el caso del paciente, se aplicaron los criterios de Tokio 2018, y se estableció el diagnóstico al encontrar signo de Murphy (+), fiebre y signos ecográficos compatibles con colecistitis aguda (36).

Según Uptodate, también se utilizan criterios de severidad para determinar la gravedad del cuadro clínico del paciente, el cual, al tener una leucocitosis mayor de 18 mil, califica como una colecistitis aguda moderada y es tributario a una colecistectomía de emergencia. Finalmente, el paciente es operado y el reporte informa vesícula biliar con paredes fibrosas engrosadas, conteniendo cálculo de aproximadamente 2 cm en bacinete, conducto cístico de 3 mm, arteria cística anterior y posterior, sin ninguna complicación. Paciente evoluciona favorablemente; al 3er día postoperatorio esta hemodinámicamente estable, tolerando bien la dieta, eliminando flatos, deambulando adecuadamente y con mejoría del dolor; por lo que se decide darle de alta, explicándole los signos de alarma, cuidados de herida operatoria e indicándole control por consultorio externo de cirugía general (37).

CASO CLÍNICO N° 4

Se expone el caso de un paciente masculino de 30 años, con un tiempo de enfermedad 1 día, caracterizado por dolor abdominal que inicia en epigastrio y migra hacia fosa iliaca derecha llegando a una intensidad de 8/10, asociado a fiebre, náuseas y vómitos. Paciente niega antecedentes de importancia. Al examen físico, presenta signo de McBurney (+), sin el hallazgo de masas palpables. Por lo que se plantea el diagnóstico de Apendicitis aguda.

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice, el cual se encuentra ubicado en cuadrante inferior derecho del abdomen y es una de las patologías quirúrgicas más frecuentes en el servicio de emergencias, presenta sintomatología característica en donde se incluye dolor abdominal, fiebre, náuseas, vómitos, anorexia y de forma atípica indigestión, flatulencias o diarrea (38).

Según UpToDate el diagnóstico de esta patología es predominantemente clínico y se aproxima usando diferentes tipos de escalas, dentro de ellas los criterios de Alvarado, RIPASA o AIR-SCORE. En el presente caso se usó la escala de Alvarado, dándonos un puntaje total de 8 puntos, lo cual nos permite aproximar el diagnóstico a Apendicitis aguda y programar al paciente para una apendicectomía laparoscópica (39).

El paciente tolera el acto quirúrgico sin complicaciones y es dado de alta en

su 3er día post operatorio, al estar hemodinámicamente estable, tolerando bien la dieta, eliminando flatos, deambulando adecuadamente y con mejoría del dolor; se le brinda consejería sobre cuidados de herida operatoria, observación de signos de alarma y se le deja cita control por consultorio externo de cirugía.

3.4 ROTACION DE PEDIATRIA

CASO CLÍNICO N° 1:

Los intentos de suicidio van incrementándose cada año, sobre todo en la población adolescente según datos del Sistema Nacional de Defunciones SINADEF en el año 2021, la tasa de suicidios en adolescentes entre las edades de 12 a 17 años fue de 3.6 por 100 000 habitantes. Y el 71% de los casos de intento de suicidio en general corresponde a personas con edades entre 15 y 30 años (40).

El suicidio es transgredir contra tu propia vida, es la reacción o el resultado de varias situaciones muy estresantes. Hay muchos caracteres de advertencia que manifiestan los adolescentes como: aislarse o hablar acerca de cómo se cometería el acto suicida, pero no todas las personas son iguales y esto varía dependiendo del tipo de persona que sea o según la situación a la que se esté enfrentando. Dentro de los factores de riesgo están: haber ya atentado contra la vida anteriormente, sentimiento de desesperanza, estar en situaciones estresantes, tener algún trastorno psiquiátrico no diagnosticado o diagnosticado, ser consumidor de sustancias, ser víctima de violencia física o psicológica tanto en el entorno familiar como escolar, etc. (41).

En el caso se nos presenta a una adolescente de 16 años con antecedente de anorexia nerviosa desde hace 3 años, y que luego de una discusión con su mamá consumió un blíster de carbamazepina.

La carbamazepina es se usa principalmente para el tratamiento de epilepsia, pero en algunos casos también es usado tratar depresión, trastorno de estrés postraumático, etc. Dentro de la sintomatología del consumo excesivo están: mareos, dificultad para hablar, confusión, náuseas, vómitos (42).

La madre refiere que encontró a la menor mareada con la mirada perdida, sin

poder estar de pie y restos de vomito alrededor, la trae a emergencia y el manejo principal es controlar los signos vitales e hidratación. No se usa el carbón activado por el antecedente que la madre encontró restos de vomito y que aumenta el riesgo de aspiración en la menor (43), así que solo se vigila. Y se espera para las interconsultas con psiquiatría y psicología para que comience terapia.

CASO CLÍNICO N° 2

Las convulsiones son una excitación en el cerebro de forma repentina que no se pueden controlar. Puede haber desde movimientos hasta alteración en los niveles de conciencia. Las convulsiones duran de 30 segundos a 2 minutos, pero si llega a durar más de 5 minutos se considera una urgencia médica. Pueden tener múltiples causas, como consecuencia de alguna lesión en la cabeza, meningitis, etc. Pero también muchas veces no tiene una causa o no se le encuentra el por qué. Hay 2 tipos de convulsiones focales y generalizadas. Las focales se presentan con y sin pérdida del conocimiento, muchas veces los pacientes no recuerdan lo que les paso. Dentro de las convulsiones generalizadas se encuentran: crisis de ausencia, crisis tónico-generalizadas, crisis generalizadas atónicas, crisis generalizadas clónicas, crisis mioclónicas, crisis tónico -clónico generalizadas. La epilepsia es un trastorno de convulsiones, es un trastorno a nivel cerebral mientras que la convulsión es un signo de la epilepsia. No todos los que convulsionan tienen epilepsia (44) (45).

En este caso la paciente habría tenido una convulsión generalizada de tipo tónico clónica sin pérdida del conocimiento, niega antecedentes de importancia, también se descarta que haya tenido fiebre, o consumo de algún medicamento. Se le pide una tomografía cerebral para buscar alguna alteración, dentro de los resultados todo se encuentra normal. Y no ha vuelto a presentar convulsiones durante toda la estancia hospitalaria. El servicio de neurología viene por la interconsulta solicitada y se decide que se continúen el seguimiento por consultorio externo por su servicio.

CASO CLÍNICO N° 3

El caso nos presenta un paciente pediátrico de 4 años que acude al servicio de emergencias con un tiempo de enfermedad de 3 días, un cuadro clínico de rinorrea, fiebre, odinofagia e hiporexia; refiriendo antecedente de contacto con compañero enfermo; al examen físico se encontró la orofaringe congestiva, con exudado faríngeo blanquecino y presencia de una adenopatía cervical anterior. Por lo que se plantea el diagnóstico de faringitis aguda a descartar etiología bacteriana.

La faringitis aguda, es un proceso inflamatorio de la mucosa y estructuras faringoamigdalares, que se expresa con síntomas como fiebre, cefalea, dolor abdominal, eritema, exudado faríngeo, adenopatías cervicales anteriores dolorosas, úlceras o vesículas. La faringitis aguda es causada en su mayoría por agentes víricos (65 – 80%) y son más predisponentes según estaciones del año (otoño, primavera o invierno). La faringitis bacteriana puede ser causada por diversos agentes, pero el 15 – 30 % son causadas por el *Streptococcus Pyogenes* (GAS) en niños de entre 5 a 15 años (46).

La guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de infecciones agudas de vía aérea superior en paciente pediátrico del Hospital de Emergencias de Villa el Salvador, menciona que se han desarrollado diversas escalas clínicas, una de ellas son los criterios de CENTOR modificados por MC ISAAC; la cual nos ayuda a aproximar el diagnóstico a una Faringitis de origen estreptocócico. Consecuentemente, en el caso del paciente, al tener un score de 5 puntos, se describe un posible riesgo de infección estreptocócica del 51 a 53% (OR:4.9); por lo que, según la guía, se debería considerar el uso de una prueba rápida de detección de antígeno GAS (RADT), para mayor certeza diagnóstica, e inicio de terapia antibiótica posterior (47) (48).

Las recomendaciones en cuanto al tratamiento de faringitis aguda por GAS describen como primera línea el uso de Penicilina V o Amoxicilina por vía oral, cuya importancia va dirigida a evitar complicaciones como la fiebre reumática, otitis media aguda o absceso periamigdalino. En el caso del paciente se optó por Amoxicilina 50mg/kg/día por vía oral por 10 días, debido a su mejor palatabilidad en comparación a la penicilina; junto a terapia adyuvante sintomática de paracetamol 15 mg/kg cada 6 horas, condicional a dolor o fiebre; siguiendo los lineamientos establecidos por guías de práctica clínica

nacionales e internacionales basados en evidencia (49).

CASO CLÍNICO N° 4

El caso describe una paciente femenina de 9 años que acude al servicio de emergencias con un tiempo de enfermedad de 1 día, con cuadro clínico caracterizado por rinorrea, SAT, tos productiva, agitación y disnea. Presenta antecedentes de importancia como diagnóstico anterior de asma, hermano con rinitis alérgica y padre con diagnóstico de asma. Al examen físico se encontró taquipnea, tirajes intercostales y subcostales, acompañados de sibilantes y roncales difusos en ambos campos pulmonares. Por lo que se planteo el diagnóstico de crisis asmática.

La crisis asmática es un episodio agudo o subagudo de empeoramiento sintomático (dificultad respiratoria) de la función pulmonar, que se va dando de forma progresiva, pudiendo llegar a escenarios graves o mortales. Se manifiesta con sintomatología característica como tos, taquipnea, sensación de opresión torácica, sibilantes y/o roncales. Generalmente se presenta en aquellos pacientes con un mal control terapéutico o con comorbilidades que lo predispongan a un alto riesgo (50).

La literatura menciona que la etiología de esta enfermedad es compleja y se explica de forma multifactorial, donde interactúan el sistema inmunológico, el sistema nervioso autónomo, factores ambientales y genéticos; los cuales generan una inflamación crónica e hiperreactividad bronquial, desencadenados por factores de riesgo como tabaquismo pasivo, infecciones virales, alérgenos, ejercicio, contaminantes y estrés; los cuales generan estos episodios y producen los síntomas anteriormente descritos (51).

Establecer la gravedad del episodio de crisis asmática es fundamental para decidir el manejo y tratamiento oportuno del paciente en el servicio de emergencias. Existen diversas escalas, basadas en criterios clínicos, que ayudan a direccionar el manejo médico; una de ellas es el Pulmonary Score, la cual se adapta bien al paciente pediátrico y tiene una sensibilidad del 85 % y especificidad del 75% para casos moderados y severos. En el caso del paciente, se le encontró una frecuencia respiratoria de 28 por minuto, presencia de sibilancias sin necesidad del uso de estetoscopio y uso de

musculatura accesoria aumentada, dando un puntaje de 6 en el Pulmonary Score, lo cual clasifica y sugiere optar por un protocolo de manejo de una crisis asmática moderada (50).

La terapia de rescate en el caso de las crisis asmáticas varía según la gravedad del cuadro clínico, estableciéndose en leve, moderado y severo. Las guías señalan un protocolo estructurado para el manejo de las crisis, con ejes principales como el uso de oxígeno suplementario, broncodilatadores, corticoesteroides o incluso sulfato de magnesio. El caso del paciente nos narra un cuadro de crisis asmática moderada, por lo que se decide el uso de nebulizaciones con Salbutamol 0.15 mg/kg cada 20 minutos por 3 ciclos, en conjunto con prednisona 1mg/kg/día, tal como sugiere la guía de práctica clínica para manejo de exacerbaciones del asma y sibilancias en pediatría del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa (51).

A la reevaluación, la paciente presentó mejoría clínica significativa, una saturación de oxígeno mayor a 94%, y con funciones vitales estables y dentro de los rangos de normalidad. Siguiendo las recomendaciones de las guías, la paciente fue dada de alta con indicaciones: se indicó continuar la terapia con prednisona por 3 días, uso de salbutamol como terapia de rescate, se explicaron signos de alarma, y finalmente se brindó una cita control por consultorio externo para manejo definitivo del asma.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Las rotaciones se llevaron a cabo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza y el Hospital de emergencias de Villa el Salvador, en ambos se llevó la rotación en los servicios de ginecología y obstetricia, medicina interna, cirugía general y pediatría. En los que se pudo tener contacto directo con los pacientes desde su entrada ya sea por emergencia o por consultorio externo hasta que sean dados de alta. Creando un vínculo medico paciente y entendiendo que ellos son más que una patología, son personas que al igual que todos tienen familia, amigos, preocupaciones, etc.

También se pudo ver y presenciar como el Perú no tiene un buen sistema de salud, y que tampoco invierte en mejorar sus hospitales. Se pudo ver que no hay suficientes camas, y que la demanda es muy grande, además de como

tampoco había todos los reactivos para los exámenes de laboratorio y se tenía que pedir al familiar que lo haga de manera particular.

El hospital Loayza cuenta con mucha demanda a nivel de Lima y de las otras provincias ya que llegan referencias de diferentes ciudades del país.

También se vio como la pandemia del COVID afecto a la población, interrumpiendo sus tratamientos, no poder seguir con sus controles, y no solo afecto a los pacientes sino también al interno en su formación como médico ya que no se pudo ir a hospitales durante casi 2 años, y comenzar el internado fue un reto al inicio, pero con el tiempo y práctica se pudieron afinar esas habilidades.

El hospital de emergencias de Villa el Salvador es un hospital nuevo, y se puede ver la diferencia con el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, ya que en el de villa el salvador se cuenta con una historia clínica electrónica, mientras que el Loayza todavía utiliza las historias hechas a mano. También se vio la diferencia entre el equipamiento el hospital de villa el salvador estaba mucho más equipado, por ejemplo, en el Loayza era responsabilidad del interno buscar o comprar heparina para realizar los AGAs, mientras que en el hospital de villa el Salvador cuentan con el material ya preparado. Además, cuentan con un mejor ambiente para los residentes e internos contando con camas y cuartos. Sin embargo, el hospital Loayza solo se da a algunos residentes no a los internos.

Pero dentro de ambos hospitales siempre se contó con la supervisión de los residentes para realizar algún procedimiento como la atención de partos, la atención por consultorio externo, ser parte de las cirugías, realizar procedimientos como toracocentesis, etc.

CONCLUSIONES

Se corroboró que el internado médico es un periodo fundamental para fortalecer las buenas prácticas médico-paciente y seguir desarrollando el lado humanístico de la carrera.

El internado médico sirve para unificar todos los conocimientos previamente adquiridos, afinarlos y desarrollar un juicio clínico óptimo, basado en evidencia científica consolidada, y enfocada en abordar integralmente al paciente.

Es importante mencionar que el internado medico se realizó no solo en hospitales sino también en centros de salud, lo cual ayudo a reconocer como es el trato en el primer nivel de atención.

Se constató que los tutores forman gran parte de la experiencia del internado médico, ya que ellos no solo guían al interno en su practica clínica diaria, sino también en actividades académicas proporcionadas en medida óptima para un reforzamiento y crecimiento profesional adecuado.

Se llevo a la conclusión de que es necesario ver al paciente de forma integral, y no solo puntualmente por la enfermedad con la cual ingreso; el proceso de enfermedad no solo requiere asistencia física, sino también merece ser abordada en todas sus esferas biopsicosociales.

Finalmente, se concluye que se trata de un periodo que deja grandes experiencias y enseñanzas, nos sumerge en el ambiente hospitalario y nos prepara para el mundo laboral.

RECOMENDACIONES

Se insta a practicar la medicina de manera objetiva, confiando nuestro juicio clínico en medicina basada en evidencias, viendo no solo por nuestro crecimiento profesional como médicos, sino también por el paciente.

Se recomienda reestructurar el actual esquema de internado médico de modo que se desarrolle exclusivamente en hospitales, ya que si bien el primer nivel de atención es el primer centro de contacto al cual tiene acceso el paciente, este se limita en su capacidad resolutive, y se podría realizar de otra forma como un externado y no restar tiempo de aprendizaje en el internado médico.

Se sugiere valorar de forma más adecuada la atención que brindamos a nuestros pacientes, por una que vele de forma íntegra por la salud de este, y sea un soporte para hacer llevadero el proceso de enfermedad del paciente y nos ayude a establecer una mejor relación médico-paciente.

Se sugiere no limitar más el tiempo de internado en los hospitales, y volver a la rotación normal de 1 año, ya que se trata de una experiencia vital que repercute de forma seria en nuestra formación y desenvolvimiento profesional.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. RAMOS-URIBE W. FACTORES MATERNOS DE RIESGO ASOCIADOS A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. Rev Medica Panacea [Internet]. 10 de marzo de 2020 [consultado el 13 de abril de 2023];9(1):36-42. Disponible en: <https://doi.org/10.35563/rmp.v9i1.295>
2. Moldenhauer JS. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Rotura de membranas previa al trabajo de parto (RPM) - Ginecología y obstetricia - Manual MSD versión para profesionales; 6 de julio de 2021 [consultado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecología-y-obstetricia/anomalías-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/rotura-prematura-de-membranas-rpm>
3. Natalben. Natalben [Internet]. ¿Qué significa el color del líquido amniótico?; 18 de noviembre de 2019 [consultado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.natalben.com/el-embarazo-y-tus-dudas/color-liquido-amniotico-aguas-embarazada-que-significa>
4. Hospital Universitario Quirónsalud Madrid [Internet]. ¿Qué es el tapón mucoso?; 10 de marzo de 2022 [consultado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.quironsalud.es/hospital-madrid/es/cartera-servicios/ginecologia-obstetricia/unidad-obstetricia/informacion-gestantes/tapon-mucoso>.
5. Evidence-Based Clinical Decision Support System| UpToDate | Wolters Kluwer [Internet]. UpToDate; [consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/fetal-growth-restriction-pregnancy-management-and-outcome?search=bishop&source=search_result&selectedTitle=4~16&usage_type=default&display_rank=4
6. Stanford Medicine Children's Health - Lucile Packard Children's Hospital Stanford [Internet]. default - Stanford Medicine Children's Health; 10 de marzo de 2021 [consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=largeforgestationalage-90-P05492>
7. Balest AL. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Recién nacido

grande para la edad gestacional - Pediatría - Manual MSD versión para profesionales; 6 de octubre de 2022 [consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/pediatría/problemas-perinatales/recién-nacido-grande-para-la-edad-gestacional-geg#:~:text=La%20macrosomía%20es%20el%20peso.,%20hipoglucemia,%20hiperviscosidad%20e%20hiperbilirrubinemia.>

8. Evidence-Based Clinical Decision Support System| UpToDate | Wolters Kluwer [Internet]. UpToDate; [consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-acute-abdominal-pelvic-pain-in-pregnant-and-postpartum-patients?search=abdominal%20pain%20and%20pregnand&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
9. SciELO - Scientific Electronic Library Online [Internet]. Tocolíticos en la amenaza de parto prematuro; 21 de mayo de 2020 [consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492020000300115
10. SciELO Colombia- Scientific Electronic Library Online [Internet]. Sulfato de magnesio para neuroprotección fetal: revisión de la literatura; 1 de febrero de 2020 [consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342014000300003#:~:text=El%20sulfato%20de%20magnesio%20disminuye,leucomalacia%20periventricular%20o%20hemorragia%20intraventricular.
11. Coronado J, Marquina G, Sonsoles A. et al. Guía de práctica clínica de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la mola hidatiforme. 2020;63(3):165-177. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n3/05-GAP-enfermedad-trofoblastica-gestacional.pdf>
12. Pascal R, Miró E, Muñoz M. Protocolo diagnóstico y terapéutico en mola hidatiforme. Centro de medicina fetal y neonatal de Barcelona; 2019 [Internet]. [citado el 4 de abril de 2023]. Disponible en:

<https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/mola.pdf>

13. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2010 [Internet]. [acceso en 4 abril 2023]. Disponible en: https://www.inmp.gob.pe/descargar_repositorio?archivo=650t.pdf&nombre=650t.pdf
14. Chen K. Postpartum endometritis. UpToDate. 2023 [Internet]. [acceso en 4 abril 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/postpartum-endometritis?search=endometritis%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H3562577744.
15. MINSA. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. [Internet]. Lima: MINSA; 2007 [citado el 4 de abril de 2023]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf.
16. Dizerega G, Yonekura L, Roy S, et al. Una comparación de clindamicina-gentamicina y penicilina-gentamicina en el tratamiento de la endomiometritis posterior a la cesárea. Am J Obstet Gynecol 1979; 134:238.
17. MedlinePlus - Health Information from the National Library of Medicine [Internet]. Insuficiencia venosa: MedlinePlus enciclopedia médica; 19 de marzo de 2022 [consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000203.htm>
18. Elsevier | Una empresa de análisis de la información | Empowering Knowledge [Internet]. Prevalencia de insuficiencia venosa periférica en el personal de enfermería | Enfermería Universitaria; 10 de marzo de 2019 [consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-prevalencia-insuficiencia-venosa-periferica-el-S1665706316300203#:~:text=La%20insuficiencia%20venosa%20periférica%20es%20la%20relativa%20dificultad%20para%20el,otros%20factores%20que%20lo%20dificultan>.
19. Castillo De La Cadena Luis A.. Insuficiencia venosa crónica en el adulto mayor.

Rev Med Hered [Internet]. 2022 Abr [citado 2023 Abr 14]; 33(2): 145-154.

Disponible

en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2022000200145&lng=es.

20. MedlinePlus - Health Information from the National Library of Medicine [Internet]. Diabetes tipo 2: MedlinePlus en espaÑ±ol; 10 de julio de 2020 [consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/diabetestype2.html#:~:text=La%20diabetes%20tipo%20%20puede,Gen%C3%A9tica%20e%20historia%20familiar>
21. SciELO - Scientific Electronic Library Online [Internet]. Diabetes mellitus tipo 2 en PerÃ³: una revisiÃ³n sistemÃ¡tica sobre la prevalencia e incidencia en poblaciÃ³n general; 10 de julio de 2021 [consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000100005
22. Plataforma del Estado Peruano [Internet]. ¿Qué es la diabetes?; 10 de octubre de 2021 [consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/15369-que-es-la-diabetes>
23. Mayo Clinic - Mayo Clinic [Internet]. Diabetes de tipo 2 - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic; 19 de noviembre de 2022 [consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/type-2-diabetes/diagnosis-treatment/drc-20351199>
24. SciELO - Saúde Pública [Internet]. SciELO - Saúde Pública - Diabetes mellitus y lesiones del pie Diabetes mellitus y lesiones del pie; 10 de diciembre de 2020 [consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/1998.v40n3/281-292/>
25. Inicio - Úlceras Fóra (Prevención, diagnóstico, tratamiento e cuidados de heridas e úlceras. Deterioro da integridade cutánea. Feridas, úlceras e lesiões cutâneas) [Internet]. Escala de clasificación Wagner-Meritt (Pie Diabético) - Información; 10 de setiembre de 2021 [consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Escala-Warner-Meritt?idioma=es&print=1>
26. Bachmann L. Urethritis in adult males. UpToDate. [Internet]. 2021; [consultado

el 4 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/urethritis-in-adult-males?search=urethritis+ETIOLOGIA&source=search_result&selectedTitle=1~116&usage_type=default&display_rank=1

27. Hosenfeld CB, Workowski KA. Clinical manifestations and diagnosis of Neisseria gonorrhoeae infection in adults and adolescents. UpToDate. [Internet]. [acceso el 4 abril 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-neisseria-gonorrhoeae-infection-in-adults-and-adolescents?search=urethritis%20diagnostico&source=search_result&selectedTitle=6~116&usage_type=default&display_rank=6.
28. MINSA. Norma técnica de salud para el manejo de infecciones de transmisión sexual en el Perú. Lima: MINSA; 2009.
29. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre Neumonía Adquirida en la Comunidad en Adultos. [Internet]. 2019 [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/guiasClinicas/docs/GPC_NAC_ADULTOS_COMPL_2017_2_Edicion.pdf.
30. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD 2022, MINSA HNAL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA, Página 149 -179
31. Mayo Clinic - Mayo Clinic [Internet]. Apendicitis - Síntomas y causas - Mayo Clinic; 7 de agosto de 2021 [consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/appendicitis/symptoms-causes/syc-20369543#:~:text=La%20apendicitis%20es%20una%20inflamación,ombliigo%20y%20luego%20se%20desplaza>.
32. UpToDate. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis. UpToDate [Internet]. 2022 Mar 28 [acceso 2023 Abr 4]; (Versión 31.2). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis%20aguda%20etiolog%C3%ADa&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

33. UpToDate. Management of acute appendicitis in adults. UpToDate [Internet]. 2022 Mar 15 [acceso 2023 Abr 4]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20aguda%20etiolog%C3%ADa&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
34. Flores-Galván Karla Patricia, Aceves Quintero Claudia A, Guzmán Valdivia-Gómez Gilberto. Gangrena de Fournier. Cir. gen [revista en la Internet]. 2021 Jun [citado 2023 Abr 14] ; 43(2): 107-114. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992021000200107&lng=es
35. Evidence-Based Clinical Decision Support System| UpToDate | Wolters Kluwer [Internet]. UpToDate; [consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/necrotizing-soft-tissue-infections?search=fournier&source=search_result&selectedTitle=1~29&usage_type=default&display_rank=1#H1
36. Guzmán E, Carrera L, Aranzabal S, Espinoza S, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la colelitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis en el Seguro Social del Perú (EsSalud). Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2022 Enero [citado 2023 Abr4];42(1):58-69. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292022000100058&lng=es
37. Volmer M., Zakko F. Treatment of acute calculous cholecystitis. UpToDate [Internet]. 2022 Mar 17 [acceso 2023 Abr 4]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=colecistitis%20aguda%20tratamiento&source=search_result&selectedTitle=1~131&usage_type=default&display_rank=1#H4137122614
38. UpToDate. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis. UpToDate [Internet]. 2022 Mar 28 [acceso 2023 Abr 4]; (Versión 31.2). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis%20aguda%20etiolog%C3%ADa&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

39. UpToDate. Management of acute appendicitis in adults. UpToDate [Internet]. 2022 Mar 15 [acceso 2023 Abr 4]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20aguda%20etiolog%C3%ADa&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
40. Plataforma del Estado Peruano [Internet]. El 71.5 % de los casos de intento de suicidio en el Perú es de personas entre 15 y 34 años; 10 de enero de 2020 [consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/648965-el-71-5-de-los-casos-de-intento-de-suicidio-en-el-peru-es-de-personas-entre-15-y-34-anos>
41. Mayo Clinic - Mayo Clinic [Internet]. Suicidio y pensamientos suicidas - Síntomas y causas - Mayo Clinic; 19 de julio de 2022 [consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/suicide/symptoms-causes/syc-20378048>
42. MedlinePlus - Health Information from the National Library of Medicine [Internet]. Carbamazepina: MedlinePlus medicinas; 13 de noviembre de 2020 [consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682237-es.html>
43. Asociación Española de Pediatría | Asociación Española de Pediatría [Internet]. Carbón activado | Asociación Española de Pediatría; 10 de mayo de 2022 [consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/carbon-activado>
44. Mayo Clinic - Mayo Clinic [Internet]. Convulsiones - Síntomas y causas - Mayo Clinic; 24 de febrero de 2021 [consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/seizure/symptoms-causes/syc-20365711>
45. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Preguntas comunes sobre la epilepsia | CDC; 23 de marzo de 2021 [consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/epilepsy/spanish/basicos/preguntas-comunes.html#:~:text=La%20epilepsia,%20en%20ocasiones%20conocida,principal%20signo%20de%20la%20epilepsia.>

46. Wald ER. Group A streptococcal tonsillopharyngitis in children and adolescents: Clinical features and diagnosis. (2017). In T.W. Post, Edwards MS & Messner AH & Torchia MM (Eds.). UpToDate. Available from <https://www.uptodate.com/contents/group-a-streptococcal-tonsillopharyngitis-in-children-and-adolescents-clinical-features-and-diagnosis>
47. Hospital de Emergencias de Villa el Salvador. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de infecciones agudas de vía aérea superior en paciente pediátrico. [Internet]. Lima: Hospital de Emergencias de Villa el Salvador; 2019. [Acceso 4 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/heves/documentos/235779-guia-de-practica-clinica-para-el-diagnostico-y-manejo-de-infecciones-agudas-de-via-aerea-superior-en-paciente-pediatrico>.
48. Michael R. Wessels. M.D. Streptococcal Pharyngitis. N Engl J Med 2011; Feb 364: 648 - 655.
49. Pichichero M. Treatment and prevention of streptococcal pharyngitis in adults and children. UpToDate [Internet]. 2021 [Citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-streptococcal-pharyngitis-in-adults-and-children?search=treatment+and+prevention+of+streptococcal+pharyngitis+in+adults+and+children&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1
50. GEMA 5.2. Guía Española Para el Manejo del Asma. 2022.
51. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. Guía de práctica clínica para manejo de exacerbaciones de asma y sibilancias en pediatría. Lima: Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa; 2021. [Acceso 4 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/GUIA_DE_PRACTICA_CLINICA_PARA_MANEJO_DE_EXACERBACIONES_DE_ASMA_Y_SIBILANCIAS_EN_PEDIATRIA_-_1.pdf