



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL  
SAN JUAN DE LURIGANCHO, PERIODO 2022

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR  
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR  
JORGE JOSEPH VELÁSQUEZ MATA

ASESORA

KARIN NARDA GÁLVEZ CARRILLO

LIMA- PERÚ

2023



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

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL  
SAN JUAN DE LURIGANCHO, PERIODO 2022**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**JORGE JOSEPH VELÁSQUEZ MATA**

**ASESORA**

**Dra. KARIN NARDA GÁLVEZ CARRILLO**

**LIMA, PERÚ**

**2023**

## **JURADO**

**Presidente:** Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

**Miembro:** Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

**Miembro:** Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

## **DEDICATORIA**

A mi familia por ser un gran apoyo durante toda esta etapa. A Diana que me ayudó durante toda mi carrera. A mis gatos por su apacible compañía.

## **AGRADECIMIENTOS**

A los doctores del Hospital San Juan de Lurigancho por sus enseñanzas. A Diana por su ayuda durante el proceso de escritura de este trabajo.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>JURADO</b>	<b>i</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>ii</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>iii</b>
<b>ÍNDICE DE CONTENIDO</b>	<b>iv</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vi</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>vii</b>
<b>CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	<b>22</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>35</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>36</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN:</b>	<b>37</b>

## RESUMEN

El presente trabajo, realizado por un interno de medicina, reporta las experiencias en base a las rotaciones en los servicios principales de la práctica clínica en el Hospital San Juan de Lurigancho, así como el aprendizaje logrado. Se describen casos clínicos de patologías que permitieron al autor, reforzar, afianzar conocimientos y desarrollar habilidades necesarias para la atención correcta de pacientes. Asimismo, se describe el contexto en el que se realizó el internado médico en este hospital.

El objetivo de este trabajo es dar a conocer experiencias relevantes en el servicio a través de casos clínicos, que narran desde la presentación del paciente en el servicio de emergencia hasta el plan de trabajo realizado. Se describen también las actividades realizadas en los diferentes servicios y la importancia que significó en el aprendizaje del autor.

La metodología que se usó es el seguimiento de cada caso particular y el reporte escrito seguido de una breve descripción del conocimiento teórico necesario para un correcto entendimiento de la enfermedad.

Finalmente, se brinda una reflexión crítica de la experiencia, se ofrecen recomendaciones y conclusiones desde el punto de vista del autor respecto a las experiencias comentadas.

**Palabras clave:** Internado médico, Casos clínicos, Obstetricia, Pediatría, Medicina interna, Cirugía general.

## **ABSTRACT**

The present work, conducted by a medical intern, reports the experiences based on the rotations in the main services of clinical practice at the San Juan de Lurigancho Hospital, as well as the learning achieved. Clinical cases of pathologies are described by the author, which allowed the author to reinforce, consolidate knowledge and develop necessary skills for the correct care of patients. Likewise, the context in which the internship was conducted in this hospital is described.

The objective of this work is to make known relevant experiences in the service through clinical cases, which narrate from the presentation of the patient in the emergency service to the work plan conducted. The activities conducted in the different services and the importance that it means in the author's learning are also described.

The methodology that used by the author is the follow-up of each case and the written report followed by a brief description of the theoretical knowledge necessary for a correct understanding of the disease.

Finally, a critical reflection of the experience, recommendations and conclusions are offered from the author's point of view regarding the experiences discussed.

**Key words:** Medical internship, Clinical cases, Obstetrics, Pediatrics, Internal medicine, General surgery.

NOMBRE DEL TRABAJO

DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO  
EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO,  
PERIODO 2022

AUTOR

JORGE JOSEPH VELASQUEZ MATA

RECuento DE PALABRAS

9670 Words

RECuento DE CARACTERES

55406 Characters

RECuento DE PÁGINAS

50 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

76.6KB

FECHA DE ENTREGA

May 4, 2023 12:30 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 4, 2023 12:31 PM GMT-5

● **13% de similitud general**

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

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

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



MINISTERIO DE SALUD  
Dirección de Redes Integradas de Salud - Lima Centro  
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

.....  
DRA. KARIN N. GALVEZ CARRILLO  
CIRUJANO GENERAL  
CMP. 34025 - RNE. 19152

Código ORCID: 0009-0005-1174-3146

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-1174-3146>

Resumen

## INTRODUCCIÓN

El internado médico es un periodo esencial en el que los estudiantes de medicina que han completado los estudios teóricos de años anteriores pueden aplicar los conocimientos adquiridos, desarrollar destrezas y pensamiento clínico en el ámbito hospitalario de la atención médica, ya sea en el primer o segundo nivel de atención.

Por este motivo, la rotación por los principales servicios en los que se divide la atención médica, como son Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología y Obstetricia, causa que el interno de medicina adquiera experiencia en la aproximación y atención del paciente, en su estudio para llegar al diagnóstico, en plantear un plan de trabajo que sea flexible según la evolución de cada paciente y en hacerle el seguimiento que día a día se realiza para su recuperación. Asimismo, se adquiere conocimientos y experiencia en cuanto al funcionamiento interno de un hospital, ya que se aprende el correcto llenado de formularios y diversos documentos necesarios para llevar una correcta historia del paciente.

Las rotaciones por las áreas de emergencias de los distintos servicios del hospital también ayudan al interno de medicina a adquirir la destreza para trabajar bajo presión, con rapidez y precisión, además de interactuar de una forma correcta con familiares y pacientes que necesitan atención inmediata, así como aprender el manejo correcto y detallado de situaciones de emergencia que serán útiles durante toda la vida profesional posterior.

El Hospital de San Juan de Lurigancho se ubica en la avenida Canto Grande cuadra 10 en el distrito más poblado y extenso de Lima. Es un hospital de mediana complejidad, nivel II-2, perteneciente a la DIRIS Lima Centro. Este hospital nació como un Centro Materno infantil nivel I-4 en 1992, con 26 camas de hospitalización; en julio de 2005 se reconoce como Hospital II-1, brindando las cuatro especialidades básicas, con 75 camas de hospitalización y 9 de observación, para una demanda promedio de un millón de habitantes en el distrito, por ser el único hospital del Ministerio de Salud en la zona. En enero del 2010, el hospital obtiene la categoría de Hospital Nivel II-2 (1).

El año 2022 tuvo un contexto post pandemia de COVID-19, ya que, si bien la vacunación estaba siendo una medida eficaz para disminuir la gran mayoría de casos de hospitalización y muerte en el país, todavía se mantenía en alerta debido a los posibles brotes de enfermedad grave que podría acontecer, por lo que se hacía hincapié en continuar con las medidas de protección sanitarias en los servicios de salud. Asimismo, en los servicios de salud, si bien en mucha menor medida que en años posteriores, aún se desarrollaban casos de enfermedad grave de COVID-19 en los servicios hospitalarios.

Durante todas las rotaciones del internado se contó con un tutor encargado de la supervisión del correcto desarrollo de competencias de cada interno. Además, siendo frecuente, la continua evaluación de estas competencias mediante reuniones tipo seminario, prácticas escritas o exposiciones en el ambiente hospitalario.

Adicionalmente, se pudo aprender a trabajar con un sistema de historias clínicas digitales (SISGALEN) que representa una ventaja en cuanto al ordenamiento de estas de manera óptima y segura.

El siguiente trabajo describe 8 casos clínicos seleccionados de patologías que se pudieron observar en los distintos servicios en el Hospital San Juan de Lurigancho en el periodo de junio a octubre de 2022.

## **CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El internado médico es crucial en el desarrollo de competencias del médico, ya que plasmará todo el conocimiento y destrezas recién adquiridas al tratamiento de pacientes en su quehacer profesional para los años posteriores. Resulta fundamental que todos los profesionales que tendrán responsabilidad en el manejo de pacientes puedan tener un internado exitoso que les permita la adecuada atención de cada paciente.

El internado médico constó de 10 meses de servicio, en donde 5 meses se realizó en sedes hospitalarias y los segundos 5 meses, en centro de salud del Primer Nivel de Atención. En mi caso, pude rotar por las 4 especialidades principales en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

En la rotación de medicina interna, el interno de medicina está encargado de llevar un seguimiento del paciente desde el momento de la hospitalización, en este sentido, se comienza realizando la historia clínica exhaustiva del paciente, se realiza la anamnesis y examen físico detallado, se plantea el diagnóstico y el plan de trabajo, que posteriormente será discutido con el médico residente para ser presentado al médico especialista a cargo de la visita. El interno se encarga además de la corrección de la historia clínica según las sugerencias del médico residente posterior al pase de visita, la solicitud de recetas médicas y exámenes de laboratorio, así como de realizar algún procedimiento que requiera el paciente, supervisado por el médico residente. Otras tareas que se realizan son el llenado de formularios si el paciente requiere referencia a un hospital de mayor complejidad, el seguimiento, así como el llenado de hojas para el alta del paciente. A la par, acompañado del médico residente y el médico especialista, se informa a los familiares que visitan a los pacientes, sobre la evolución de éste, el plan de trabajo y el pronóstico que podemos esperar. De forma similar, en la rotación de emergencia de Medicina interna, se ayuda al médico especialista y al médico residente en cuanto la anamnesis, examen físico del paciente y se realiza la receta y solicitud de exámenes médicos si lo requiere, además se da seguimiento en el área de observación y se realiza el llenado de los documentos del pacientes de alta.

En la rotación de Gineco-obstetricia, en la hospitalización se realiza el seguimiento a la paciente gestante o puérpera y también a pacientes ginecológicas que van a ser operadas o son post operadas. Se realiza la historia clínica completa y se realizan las tareas habituales como el llenado de recetas y solicitud de exámenes de laboratorio según la opinión de los médicos tratantes. Así como también se brinda asistencia en cuanto al parto vaginal, según el caso, siendo participes de ello en sala de partos o haciendo el seguimiento en sala de dilatación. Se evalúa a la paciente puérpera inmediata, según signos de alarma y se plantea el plan de trabajo al médico tratante. En el caso de emergencias obstétricas o ginecológicas, se realiza la anamnesis y examen físico de la gestante en el área de emergencia y se decide el manejo en conjunto con el médico tratante.

En la rotación de cirugía general el interno es el encargado del seguimiento y evaluación del paciente postoperado, en comunicación con el médico residente, se plantea el plan de trabajo y se encarga de preparar al paciente para ser operado, se encarga de revisar que todos los exámenes y requerimientos del pacientes estén en orden antes de pasar a sala de operaciones y se le da seguimiento posterior a esto, adquiriendo experiencia en cuanto la evaluación y curación de las heridas quirúrgicas. En el área de emergencias el interno adquiere competencias en cuanto a la evaluación y tratamiento de heridas punzocortantes, la evaluación de politraumatizados, el abdomen agudo quirúrgico, mordeduras y quemaduras. Aquí se aprende a tratar con pacientes en escenarios complicados como aquellos que se presentan con heridas punzocortantes, accidentes de tránsito o afectados por proyectil de arma de fuego, entre muchas otras. Asimismo, se rota por el servicio de traumatología, en donde se adquiere competencias en cuanto a la correcta evaluación de pacientes con fracturas, esguinces y traumatismos, así como se aprende a la correcta lectura de rayos X, la colocación de férulas o yesos y el manejo del dolor agudo de estos pacientes.

El área de Pediatría se subdivide en neonatología y pediatría propiamente dicha. En el primero se brinda seguimiento del paciente recién nacido que está alojado juntamente con la puérpera, se le evalúa exhaustivamente para no pasar por alto alguna patología de nacimiento o posterior y se observa su

evolución posterior. En el caso del segundo, se realiza la anamnesis indirecta del paciente apoyado por los padres del niño o niña, se evalúa en busca de signos de alarma y se plantea un plan de trabajo al médico tratante. En la emergencia de este servicio se realiza la anamnesis y examen físico a pacientes acompañados de sus padres y se brinda el tratamiento primario, las patologías más frecuentes son el síndrome febril, las crisis asmáticas, el síndrome doloroso abdominal y las enfermedades diarreicas agudas. Este servicio es el que recibe a más pacientes y se debe aprender a trabajar metódica y velozmente, aprendiendo a calcular dosis pediátricas exactas y comunicando eficaz y claramente a los padres del paciente sobre la enfermedad, el tratamiento y la vigilancia de signos de alarma.

## **Rotación en Medicina interna:**

### **Caso clínico n.º1:**

Paciente J.H.M.R. masculino de 19 años ingresa a emergencia por presentar dolor abdominal que se asocia a melena y hematemesis de inicio hace 6 días.

No antecedentes patológicos de importancia.

Examen físico:

Piel: palidez cutáneo mucosa moderada.

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

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: blando, depresible, ruido hidroaéreos +, leve dolor a la palpación profunda.

Neurológico: Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.

Exámenes de laboratorio: Hemograma completo: Hb: 7.7 mg/dl. Hto: 23.3%  
Leucocitos: 4.05 Abastionados:0% Neutrófilos:75% Plaquetas:384.000 ;  
Glucosa:96 mg/dl; Urea:30 Creatinina:0.96

Perfil hepático: Bilirrubina Total: 1.62 Bilirrubina directa: 0.61 Bilirrubina Indirecta: 1.01 Fosfatasa Alcalina: 222 Proteínas Totales: 7.1 Albúmina:4.6  
TGO:20 TGP:14 GGTP:13

Perfil de coagulación: TP: 14.7 INR: 1.19 TPTP: 24.5 FIB: 2.95

Pasa a hospitalización.

Al momento de hospitalización paciente clínicamente estable, afebril, hidratado, sin requerimiento de oxígeno suplementario. En visita médica se decide IC a gastroenterología, mantener en NPO hasta efectivizar endoscopia digestiva alta-

Diagnóstico de hemorragia gastrointestinal y anemia aguda en tratamiento sintomático.

Plan:

1. NPO
2. Dextrosa 5% 1000cc + NaCl 20% (2 ampollas) + KCl 20% (1 ampolla):  
30 gotas por min.
3. Omeprazol 40mg endovenoso cada 12 horas
4. Hierro sacarato 100mg, 1 ampolla diluida en 100cc de NaCl 0.9%  
endovenoso, pasar lento, interdiano por 4 dosis.
5. Metoclopramida 10mg, 1 ampolla endovenosa cada 8 horas.
6. Control de funciones vitales + balance hidroelectrolítico.
7. Interconsulta a Gastroenterología.

Al día siguiente, Gastroenterología sugiere tratamiento con omeprazol 5 ampollas (40mg) + NaCl 0.9% 100cc endovenoso 4 cc/hora, da pase para endoscopia alta para mañana.

Endoscopia se efectiviza y se encuentra: Gastritis erosiva eritematosa antral.  
Úlcera duodenal Forrest III.

Durante la visita se decide iniciar dieta blanda sin irritantes y con posibilidad de alta mañana.

## **Caso clínico n.º2:**

Paciente G.E.T.R., femenina de 40 años, ingresa a emergencia por presentar dolor abdominal en cinturón, además vómitos alimentarios hace 3 días. Tiene antecedente de litiasis vesicular

Exámenes de laboratorio:

Leucocitos: 6940. Neutrófilos: 77%. Hb: 12.3mg/dl Hto: 36.7 Plaquetas: 242000 Bilirrubina total: 0.21 Bilirrubina directa: 0.20 Bilirrubina indirecta: 0.01 Amilasa: 142 Lipasa: 54

Ecografía de abdomen: colédoco de 4mm, esteatosis hepática. En vesícula biliar se aprecian cálculos.

Diagnóstico: pancreatitis aguda. Cálculo en la vesícula biliar sin colecistitis.

Plan:

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000cc endovenoso 45 gotas
3. Dextrosa 5% 1000cc + NaCl 20% 2 ampollas + KCl 20% 1 ampolla
4. Ranitidina 50mg endovenoso cada 8 horas
5. Metoclopramida 10mg endovenoso cada 8 horas
6. Escopolamina 20mg + Metamizol 1 g endovenoso condicional a dolor intenso
7. Control de funciones vitales

## **Rotación en Cirugía:**

### **Caso clínico n. °1:**

Paciente B.P.C.A. de 28 años, ingresa a emergencia con un tiempo de enfermedad de 15 horas. Refiere dolor abdominal tipo cólico que se inicia en hemiabdomen superior de intensidad 5/10 y que con el paso de las horas migra hacia el hemiabdomen inferior derecho, refiere intensidad de 9/10, refiere concomitantemente náuseas y vómitos de contenido alimentario en dos ocasiones. Refiere hiporexia la noche anterior y sensación de alza térmica. Asimismo, refiere que tomó paracetamol hace 5 horas, dolor no cedió y por ese motivo acude a emergencia. Como antecedente refiere legrado uterino hace 5 años, no alérgica a medicamentos.

Funciones vitales al ingreso:

Temperatura: 37°C, frecuencia respiratoria: 17 rpm, presión arterial: 110/70mmHg, frecuencia cardiaca: 82 lpm. Saturación O2: 98%.

Examen físico:

Piel: elástica, hidratada, turgente, llenado capilar < 2 segundos. No palidez, no ictericia.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no rales.

Abdomen: ruidos hidroaéreos positivos, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha. Mc Burney positivo, Blumberg positivo. Murphy negativo.

Sistema nervioso central: Despierta, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.

Exámenes auxiliares:

Hemograma: Leucocitos: 12 mil Hb: 12mg/dl Glucosa: 90 mg/dl PCR: 1

Examen de orina negativo.

Impresión diagnóstica: Abdomen agudo quirúrgico: Apendicitis aguda no complicada.

Plan:

1. NPO
2. ClNa 0.9% x 1000 cc dos frascos: pasar el primer frasco 300 cc a chorro.
3. Ceftriaxona 2 g endovenosa 30 minutos antes de la sala de operaciones.
4. Ranitidina 50g endovenoso cada 8 horas.
5. Metamizol 1 gr endovenoso condicional a temperatura >38 grados.
6. Control de signos vitales
7. Se solicita prequirúrgicos + EKG + riesgo quirúrgico.
8. Reevaluación con resultados.

Paciente pasa a SOP:

Reporte operatorio:

Diagnóstico post operatorio: apendicitis aguda supurada

Hallazgos: apéndice cecal de aproximadamente 10x15 cm, posición paracecal descendente. Base indemne, escaso líquido inflamatorio en fosa iliaca derecha. Supurada en toda su extensión.

Procedimiento:

1. Asepsia + antisepsia + colocación de campos estériles.
2. Incisión transversa tipo Rocky Davis.
3. Disección por planos hasta identificación de hallazgos.
4. Se identifica base apendicular, se realiza ligadura de base + apendicectomía retrógrada.
5. Ligadura del mesoapendicular con seda negra 1/0.
6. Control de hemostasia + conteo de gasas.
7. Cierre de apendicectomía con vycril 1/0 en jareta y cierre de aponeurosis con nylon 4/0 continúa.
8. Se afronta herida operatoria con nylon 4/0.

9. Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a Unidad de Recuperación Postanestésica.

10. Se conserva pieza para Anatomía Patológica.

Postoperatorio inmediato:

1. NPO x 4 horas, luego progresar a tolerancia oral.
2. ClNa 0.9% 1000cc dos frascos.
3. Ceftriaxona 2 gr endovenoso 1 dosis
4. Ranitidina 50 mg endovenoso cada 8 horas
5. Paracetamol 500 mg 2 tabletas vía oral cada 8 horas.
6. Control de funciones vitales + signos de alarma

## **Caso Clínico n. °2:**

Un paciente con iniciales S.S.V.P. femenino de 50 años, acude por dolor en hemiabdomen derecho, con tiempo de enfermedad dos días, indica que inició con cólico abdominal en epigastrio, hipocondrio derecho con irradiación al hombro derecho y región subescapular derecha, concomitantemente. Asimismo, presentó náuseas y vómitos en 3 oportunidades. Por ello, acude a su centro de salud donde le aplican antiespasmódicos; sin embargo, no logra mejoría por lo que acude al hospital.

Funciones vitales: T: 38°C Frecuencia respiratoria: 17 rpm Frecuencia cardiaca: 70lpm. Presión arterial: 110/70 mmHg

Piel: ictericia +/-, resto normal.

Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos +, no visceromegalia, Signo de Murphy +. Bloomberg -. Otros puntos dolorosos negativos.

Ecografía de abdomen:

Vesícula de longitud 12 cm, 4 cm de ancho, paredes engrosadas: 5 mm.

Cálculo impactado en bacinete. No líquido perivesicular.

Colédoco de diámetro 5mm.

Leve esteatosis hepática

Exámenes de laboratorio: Hemograma: Leucocitos: 138000 Hb: 11.45 mg/dl. Abastados 4%. PCR: 9.

Examen de orina negativo.

Dx presuntivo: colecistitis aguda litiásica.

Plan

1. NPO
2. NaCl 0.9% x1000cc 40 gotas por minuto
3. Ranitidina 50 mg endovenoso cada 8 horas
4. Ceftriaxona 2 gr endovenoso por día
5. Ketorolaco 60 mg endovenoso cada 8 horas

6. Preparar para Sala de Operaciones: análisis prequirúrgicos

Reporte operatorio:

Hallazgos: vesícula biliar de paredes 12x4x5mm. Con cálculos en su interior.

Pared engrosada.

Procedimiento:

1. Asepsia, antisepsia + colocación de campos estériles.
2. Colocación de trocares (primer puerto en ombligo, segundo en flanco derecho, tercero en flanco izquierdo y epigastrio, siguiendo la técnica francesa).
3. Se realiza colecistectomía y colocación de clip en arteria cística y 2 clips en conducto cístico.
4. Se revisa hemostasia y electrofulguración del lecho vesicular.
5. Se retiran los trocares bajo visión laparoscópica.
6. Se realiza síntesis de pared por planos hasta piel
7. Paciente tolera acto operatorio

Post quirúrgico

1. NPO
2. NaCl 0.9% x1000cc 30 gotas por minuto
3. Ranitidina
4. Ketorolaco
5. Ceftriaxona 2gr endovenoso STAT 1 dosis
6. Metoclopramida 10 mg 1 ampolla endovenoso cada 8 horas
7. Control de signos vitales

## **Rotación en Ginecología - Obstetricia**

### **Caso Clínico n.º1:**

Paciente D.D.G.C. femenina de 17 años, gestante de 24 4/7 por ecografía IT. Ingresa a emergencia por referir sangrado vaginal de hace 1 hora, aproximadamente 1 paño. Refiere dolor suprapúbico, refiere náuseas, niega otras molestias.

Ecografía en emergencia: feto podálico, Diámetro biparietal: 60mm, Circunferencia cefálica 228mm, circunferencia abdominal 200mm, longitud de fémur 43mm. Ponderado fetal 715 gr. Placenta longitudinal posterior grado I. Líquido amniótico adecuado. Índice de Líquido amniótico: 9cm. Concluye: Gestación única activa de 24 4/7 semanas por ecografía IT. Feto podálico. Placenta corporal posterior grado I. Cervicometría adecuada.

Antecedentes: FUR no recuerda. Primigesta. No tenía antecedentes quirúrgicos ni ginecológicos.

Al examen: Altura uterina 24cm. SPP: indiferente. Latido cardiaco fetal: 138lpm. Dinámica uterina ausente. Movimiento fetal ++.

GU: cérvix posterior cerrado. Sin cambios cervicales. No se aprecia sangrado vaginal.

Puño percusión lumbar positiva, puntos renoureterales dolorosos.

Diagnósticos presuntivos: primigesta 24 4/7 semanas, infección del tracto urinario, alto riesgo obstétrico por ser adolescente. Amenaza de parto pretérmino.

Exámenes auxiliares:

Hemograma completo: Leucocitos 11400 mm<sup>3</sup>. Hb: 12 mg/dl. El resto dentro de valores normales.

Examen de orina: hallazgos importantes: Presencia de leucocitos 100 por campo. Resto normal.

Plan:

1. Dieta blanda + líquidos a voluntad.
2. NaCl 0.9% por 1000cc a 30 gotas por minuto.

3. ceftriaxona 2 gr endovenoso cada 24 horas
4. dexametasona 6 mg cada 12 horas endovenosa 4 dosis.
5. Dimenhidrinato 50 m endovenoso condicional a náuseas y vómitos.
6. Metamizol 1 gr endovenoso condicional a temperatura mayor a 38.5°C
7. Control de funciones vitales + signos de alarma
8. Se solicita examen de orina y urocultivo.

Al día siguiente, sin dolor, náuseas, ni fiebre. Recibió solo una dosis de dimenhidrinato. No volvió a presentar sangrado vaginal. Se retira dexametasona en segunda dosis.

Al alta se prescribe cefuroxima 500 mg cada 12 horas vía oral por 5 días, paracetamol condicional a fiebre o dolor. Se explican signos de alarma. Se indica reposo relativo al alta. Control por consultorio externo con urocultivo, seguir controles prenatales.

## **Caso clínico n.º2:**

Paciente C.C.C.Q. femenino de 32 años, gestante de 40 semanas por ecografía de IT, acude a emergencia por referir pérdida de líquido desde hace 7 días, que confundió con flujo vaginal con ligero mal olor, desde hace 7 días. Percibe movimientos fetales. Acude por referencia de centro de salud.

Antecedentes: cesárea anterior 2 veces. Último embarazo: diciembre 2015.

Antecedentes patológicos niega.

Examen físico:

GU: G3P2002. Altura uterina: 33 cm. SPP: LCI. FC: 148 lpm. DU: esporádica. Sangrado vaginal negativo. Tacto vaginal: vagina amplia, elástica, cérvix dehiscente 1 dedo. Altura de presentación -4. Membranas planas. Incorporación 50%.

Examen físico no contributorio, no edemas.

Ecografía obstétrica:

Útero ocupado por feto único activo, en presentación cefálica, situación longitudinal izquierdo al momento del examen. Actividad cardiaca presente 148 lpm. Movimientos respiratorios fetales presentes y normales. Cinética fetal presente. Tono fetal conservado.

Diámetro biparietal 92mm. Circunferencia cefálica: 339 mm. Circunferencia abdominal: 344 mm. Longitud de fémur: 71mm.

Morfología fetal: tálamo, ventrículos laterales y hemisferios cerebrales dentro de la normalidad.

Atrio ventricular 6mm. Cisterna Magna 6mm. Cerebro morfológico normal.

Corazón con imagen tetracameral presente y adecuada relación cardiorácica.

Cámara gástrica silueta normal y con contenido líquido. No se evidencia defecto de pared abdominal anterior. Presencia de ambas siluetas renales ortotrópicas, no hidronefrosis, pelvis con imagen vesical presente. Cordón umbilical 2 arterias y 1 vena.

Placenta de inserción fúndica corporal de 39 mm de grosor. Algunas calcificaciones coriales en su estructura. Grado de maduración II/III. Líquido amniótico ausente al momento del examen.

Conclusión: Gestación única activa en cefálica de 39 semanas por biometría fetal. Anhidramnios. Placenta normoinserta.

Diagnóstico: gestante 40 semanas x eco IT. Pródromos de trabajo de parto. Anhidramnios.

Plan:

1. Vía permeable con NaCl
2. Cefazolina 2 gr endovenoso, pre SOP. 1 dosis.
3. Monitoreo materno fetal
4. Control de funciones vitales
5. Coordinar para SOP

Paciente se programa para SOP: cesárea + bloqueo tubárico bilateral.

Reporte operatorio:

Hallazgos: recién nacido vivo sexo masculino, peso 3610gr. Apgar 9 al minuto y 9 a los 5 minutos. Líquido amniótico escaso, casi ausente. Líquido amniótico claro sin mal olor.

Placenta corporal anterior sin alteraciones. Peso 200 gr. Sangrado: aproximadamente 400cc.

Procedimiento:

1. Asepsia + antisepsia + colocación de campos estériles.
2. Incisión suprapúbica transversa
3. Disección por planos hasta cavidad uterina.
4. Histerotomía segmentaria transversa.
5. Extracción del recién nacido vivo en cefálico
6. extracción de la placenta por tramos, extracción del cordón umbilical + escobillaje.
7. Histerorrafia en 3 planos con catgut crómico 1.

8. Bloqueo tubárico bilateral según técnica de Pomeroy.
9. Revisión de hemostasia satisfactoria.
10. Conteo de gasas completas.
11. Cierre de pared por planos.
12. Paciente tolera acto operatorio y pasa a recuperación.

Post quirúrgico:

1. NPO
2. Dextrosa 5% x 1000cc + NaCl. 20% 2 ampollas + KCl 20% 1 ampolla 9 oxitocina 10ui 2 ampollas.
3. Cefazolina 2 gr endovenoso cada 24 horas x 3 dosis.
4. Ácido tranexámico endovenoso cada 8 horas.
5. Metoclopramida 10 mg endovenoso cada 8 horas.
6. Ranitidina 50 mg endovenoso cada 8 horas
7. Ketoprofeno 100 mg endovenoso cada 8 horas
8. Sonda Foley permeable
9. Control de funciones vitales, control de sangrado vaginal y observación de signos de alarma.

## **Rotación en Pediatría**

### **Caso clínico n.º1:**

Paciente A.C.E. masculino de 12 años, acude con su madre a emergencia, ella refiere que presenta rinorrea y congestión nasal desde hace 2 días, el día de hoy percibió sibilancia en el pecho y agitación para respirar, motivo por el cual es traído.

Examen físico: Respiratorio: tiraje de 1 paquetes costales, murmullo vesicular pasa ligeramente disminuido en ambos hemitórax, se auscultan sibilantes espiratorios e inspiratorios. Orofaringe levemente congestiva.

Signos vitales: FR: 30rpm, FC: 117. T°:37.8. Sat. O2:94% Peso 48. Talla: 146.

Se cataloga como crisis asmática y se empieza con manejo: hidrocortisona 250mg endovenoso, inhalaciones con salbutamol y bromuro de ipratropio. Paciente no mejora y es hospitalizado.

Historia clínica de ingreso a hospitalización: Antecedente de hospitalización a los 6 años por broncoespasmo (7 días). Madre refiere que 4 días antes presenta rinorrea, tos seca. 1 día antes de ingreso persisten síntomas y se agrega febrícula. Tos se exacerba por la noche y causa agitación, se trata con paracetamol y acetilcisteína sin mejoría, madre refiere que empieza a notar dificultad para respirar, motivo por el que acude a emergencia, en donde ingresa con sibilantes. Se indica terapia de rescate ya descrita. Radiografía de tórax en emergencia muestra atrapamiento aéreo, refuerzo de trama bronquial e infiltrado intersticial bilateral. El hemograma muestra leucocitosis, neutrofilia, linfopenia, PCR de 13. Se inicia tratamiento antibiótico y se hospitaliza con diagnóstico de síndrome de distrés respiratorio agudo y neumonía atípica.

Examen de laboratorio: Hemograma completo:

Leucocitos: 13.9. Neutrófilos 12.9. Abastionados: 1% Hb: 14. Plaquetas: 292000. PCR: 13

El primer día en hospitalización se calcula escala PRAM de 6 puntos (moderado) para posterior control. El paciente presenta tos, moviliza

secreciones, tiene menor distrés respiratorio, afebril. En el examen físico presenta espiración prolongada, sibilantes espiratorios e inspiratorios y roncales. El manejo fue:

1. Dieta blanda + líquidos a voluntad
2. Dextrosa 5% 1000cc+ ClNa 20% 20cc + KCl 20% 10 cc 72 cc por hora.
3. Azitromicina 500mg vía oral cada 24 horas
4. Hidrocortisona 100mg endovenoso cada 6 horas
5. Salbutamol 100ug: inhalación 8 puff cada 20 minutos x 1 hora y luego 6 puff cada 2 horas.
6. Bromuro de ipratropio post salbutamol, en igual cantidad de dosis.
8. Metamizol 1 gr endovenoso condicional a fiebre.
9. Posición semisentada.
10. Oxígeno húmedo para mantener saturación mayor a 92%.
11. Control de funciones vitales + observación de signos de alarma.

## **Caso clínico n.º2:**

Paciente N.A.M. femenina de 1 año, madre refiere que su hija presento secreción serosa en ojos desde hace 2 semanas, asociado a tos y rinorrea. Hace 3 días presento fiebre, tos y congestión nasal, medicándola con paracetamol, el día de hoy acude debido a persistencia de síntomas.

Examen físico en emergencia: Respiratorio: tórax simétrico, murmullo vesicular disminuido en hemitórax izquierdo, crépitos en base de hemitórax izquierdo.

Signos vitales: FR: 24. T°:38.5 FC: 191 Sat.O2:95% Peso: 11kg Talla 73cm.

Se cataloga como neumonía y se inicia tratamiento:

1. Dieta blanda + líquidos a voluntad
2. Dextrosa 5% 1000cc + NaCl 20% 20cc+ KCl 20% 10cc - 30cc por hora
3. Penicilina endovenosa 275000 UI cada 6 horas
4. Oxígeno 2 litros por minuto
5. Metamizol condicional a fiebre.

Paciente pasa a hospitalización, se amplía anamnesis:

25 días antes de ingreso paciente cursa con odinofagia, tos seca esporádica y rinorrea, tratada con ibuprofeno. 15 días antes de ingreso persiste sintomatología, se agrega secreción amarillenta en ojos, la automedican con dextrometorfano. 3 días antes de ingreso, persiste con cuadro clínico mencionado y se agrega fiebre, se baja la fiebre con medios físicos y paracetamol. 1 día antes de ingreso presenta tos exigente, que, generando agitación e inapetencia, por lo que es traída a emergencia. Se toma examen de laboratorio no contributorio, radiografía de tórax muestra borramiento paracardíaco derecho. Se inicia tratamiento con penicilina en emergencia, no evoluciona favorable, por lo que se hospitaliza.

Examen de laboratorio: hemograma: Leucocitos: 9520, Abastionados:3%. Neutrófilos: 67% Linfocitos: 23% Plaquetas: 327000. Hb: 12.9. PCR: positivo. COVID-19: no reactivo.

Examen físico en hospitalización: tiraje supraclavicular y subcostal leve, murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, se auscultan escasos crépitos

en base de hemitórax derecho. Se calcula un score de Bierman y Pearson de 2 puntos.

Paciente sin necesidad de oxígeno suplementario. La radiografía de tórax impresiona radioopacidad paracardiaca derecha (consolidación, atelectasia basal izquierda). En tratamiento con salbutamol inhalado + corticoide endovenoso + acetilcisteína. En tratamiento con ceftriaxona + azitromicina.

Tratamiento:

1. Dieta blanda hipoalergénica + líquidos a voluntad.
2. Dextrosa 5% 1000cc + NaCl 20% 20cc + KCl 20% 10cc - 15 cc por hora.
3. Ceftriaxona 450mg endovenoso cada 12 horas lento y diluido (40mg/kg/dosis).
4. Metilprednisolona 11mg endovenoso cada 6 horas lento y diluido (1mg/kg/dosis).
5. Azitromicina 250mg/5ml: 3cc vía oral cada 24 horas (10mg/kg/día)
6. Acetilcisteína 100mg/5ml: 5cc vía oral cada 8 horas.
7. Inhalación con Salbutamol + aerocámara: 4 puff cada 2 horas
8. O<sub>2</sub> por cánula binasal para mantener saturación >92%
9. Posición semisentada.
10. Control de funciones vitales + observación de signos de alarma + balance hidroelectrolítico
11. Terapia respiratoria.

## **CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

La historia de este hospital se inició en agosto de 1975, durante el gobierno militar peruano, debido al desplazamiento de personas que comenzaron a habitar los terrenos adyacentes al puente Huáscar, este lugar era una zona pantanosa que propiciaba el desarrollo de enfermedades infectocontagiosas.

Ante la presión de las autoridades y dirigentes de esta nueva comunidad, el Ejército del Perú y la Cruz Roja de la República Popular China donaron dos carpas en febrero de 1976 para brindar atención de salud, estas se instalaron en lo que hoy es conocido como el paradero 10 de la avenida Canto Grande.

El primer jefe médico, el Dr. Mario Wilfredo Chuy, apoyado por la población, empezó la construcción de este establecimiento de salud. Gestiones posteriores del Ministerio de salud, lograron que el Ministerio de Vivienda y Construcción done, en el año 1977, un terreno de 10.500 metros cuadrados, espacio en donde se inició la construcción ese mismo año (1).

Se inició brindando los servicios de salud de nivel primario. Luego en el año 1992, la oferta de servicios se amplió, funcionando como Centro Materno Infantil de nivel I-4, contando con 26 camas. En julio de 2005, gracias a mejoras posteriores, es categorizado como Hospital II-1, brindando así las cuatro especialidades básicas de la medicina; con 84 camas en total, de las cuales 75 están en hospitalización y 9 en el área de observación.

La demanda de servicios de salud promedia el millón de habitantes ya que es el único hospital del Ministerio de Salud disponible en este distrito. Mediante el proceso de mejora continua, este hospital ostenta desde enero del 2010 la categoría de Hospital nivel II-2 (1).

### **CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL**

#### **Medicina interna:**

El caso número 1, es un caso de hemorragia digestiva. Es una patología muy frecuente y se divide en hemorragia digestiva alta o baja según qué parte del tubo gastrointestinal está afectado, si esta proximal o distal al ángulo de Treitz. El caso del paciente es típico de una hemorragia digestiva alta debido a que presento hematemesis y melena. La hematemesis es descrita como el vómito de sangre o material color café oscuro y la melena como heces negras y pastosas. (2).

El caso del paciente nos lleva a pensar en las causas más frecuentes de hemorragia gastrointestinal alta y estas son (3,4):

-Úlcera péptica: es la causa más frecuente. Son lesiones que aparecen en el tejido estomacal. Es el resultado de una pérdida de equilibrio entre factores agresivos y defensivos de la mucosa gastroduodenal.

-Desgarros en el recubrimiento del esófago: Síndrome de Mallory – Weiss, debido a laceraciones de la mucosa causada por vómitos a repetición.

-Várices esofágicas: vasos venosos dilatados en el esófago, que se rompen y sangran.

En este paciente que acude con dolor abdominal se debe descartar patología quirúrgica mediante la anamnesis, los síntomas que presenta y el examen físico, en este caso no presento dolor en puntos dolorosos clásicos de patología quirúrgica. Los exámenes de laboratorio mostraron anemia grave, por lo que es tratado con hierro sacarato. Además, se inicia tratamiento con inhibidores de la bomba de protones a dosis plena para disminuir la secreción de ácido clorhídrico que causaría mayor daño a la mucosa gastrointestinal, ya que se sospechaba de una úlcera péptica o duodenal. Posteriormente, en la endoscopia digestiva alta se encuentra una úlcera duodenal tipo Forrest III y gastritis erosiva eritematosa antral. El grado Forrest III corresponde a úlcera con ase limpia y tiene un riesgo de sangrado recurrente de 3%. Este grado de Forrest no requiere tratamiento con inhibidores de la bomba de protones endovenoso. Sin embargo, debido a la gastritis erosiva antral, se debería prescribir vía oral. Además, se inicia

dieta blanda sin irritantes. El paciente evoluciona favorablemente, continuando con tratamiento ambulatorio por el hallazgo de anemia que ha ido mejorando y la gastritis erosiva.

El caso clínico numero 2 refiere una patología muy frecuente en los servicios de medicina interna. Se trata de una pancreatitis aguda de causa calculosa. La paciente presenta un dolor típicamente en cinturón. Además, un antecedente importante es que ella sufría de cólicos biliares a causa de cálculos. Las manifestaciones comunes de este cuadro agudo son: dolor abdominal estable, persistente en epigastrio y región periumbilical que se puede irradiar a espalda, tórax, flancos e hipogastrio. También presenta náusea, vómitos, distensión abdominal. El diagnóstico se establece con 2 de 3 criterios, el primero es la semiología del dolor en el examen físico, el segundo es la elevación de tres veces o más el valor de la lipasa sérica o amilasa o ambas, y el tercer criterio es una imagen abdominal sugerente de esta patología.

En esta paciente, a pesar de no tener una amilasa o lipasa con valores elevados, el criterio clínico y las imágenes de cálculos biliares nos indican pancreatitis aguda, es muy difícil observar el páncreas debido al gas intestinal, pero en los casos que se visualiza se puede encontrar difusamente alargado e hipoeoico. Asimismo, es importante conocer el pronóstico con la escala Bisap y la severidad, a partir de las 24 horas, con la escala de Marshall, que evalúa la falla de órgano. La bibliografía menciona que esta enfermedad cede en un periodo de 3 a 7 días en el 90% de los casos. El tratamiento más importante es la reanimación intensiva y cuidadosa con líquidos endovenosos. Otras medidas terapéuticas son el ayuno y la administración de analgésicos. En los casos de pancreatitis leve a moderada se puede iniciar una dieta con líquidos después de tres a seis días, o cuando el paciente tolere la vía oral (5,6).

## **Cirugía**

El caso clínico número 1 se refiere a la apendicitis, patología muy común en este servicio. En este caso es un paciente joven con un dolor abdominal que se inicia en hemiabdomen superior y que fue migrando a hemiabdomen inferior derecho. Presentó además anorexia y náuseas que se acompañaron de vómitos. La bibliografía menciona que esta sigue siendo una de las cirugías más comunes, estima que el 7% de la población sufrirá de esta patología a lo largo de su vida, y se registra un máximo en la segunda década de la vida. El diagnóstico requiere un elevado índice de sospecha para proporcionar un tratamiento y evitar la morbilidad y mortalidad que se asocia a la perforación. En el caso de este paciente, se observa la cronología de Murphy, ya que el dolor inicia el hemiabdomen superior y migra al hemiabdomen inferior derecho, también presenta anorexia, náuseas y vómitos, además de puntos dolorosos semiológicos característicos de esta enfermedad. Se puede usar la escala de Alvarado para tener una mayor sospecha diagnóstica. El paciente cumple con una puntuación de 7, que nos indica una alta sospecha. En cuanto a pruebas de imágenes, en este paciente no se realizó, sin embargo, se sabe que se podrían encontrar hallazgos como apéndice no comprimible con un diámetro de pared de más de 6mm o dolor focal sobre el apéndice con la compresión, también ecogenicidad incrementada junto a grasa periapendicular inflamada.

Es de especial interés el descartar una apendicitis perforada, ya que se asocia a mayor morbilidad, esto se debe considerar en paciente con temperatura muy alta ( $>39.4^{\circ}\text{C}$ ), aquellos con recuento de leucocitos mayor a 15 mil y los que presentan un coleccionamiento en el cuadrante inferior medio en estudios de imágenes. El tratamiento para este cuadro es la apendicetomía urgente, que puede ser abierta o laparoscópica. El paciente debe someterse a reanimación con líquidos según las necesidades e iniciar tratamiento antibiótico inmediato (7, 8, 9,10).

El caso clínico número 2 presenta a una paciente con otra patología muy frecuente en el servicio, que es la colecistitis aguda. Esta paciente presenta un cuadro con síntomas típicos, como son el dolor abdominal en cuadrante superior derecho, que se puede irradiar al hombro derecho o a la espalda. Además, característicamente, el dolor de la colecistitis aguda se prolonga más de 6 horas es constante y severo. Y se asocia a náusea, vómitos y anorexia. El diagnóstico se sospecha en pacientes con este tipo de dolor, fiebre y leucocitosis.

Un signo de Murphy positivo apoya la sospecha diagnóstica. Se debe realizar un estudio ecográfico que muestre una vesícula con paredes engrosadas o edema. Las guías de Tokio se usan para diagnosticar, evaluar la gravedad y guiar el manejo, existen 3 criterios para diagnosticar esta enfermedad, dos de ellos nos dan un diagnóstico sospechoso y los tres de ellos, un diagnóstico definitivo; estos son: signos de inflamación local (signo de Murphy, masa o defensa en hipocondrio derecho), signos de inflamación sistémica (fiebre, PCR elevada, leucocitosis) y hallazgo imagenológico característico. El tratamiento inicial se basa en hidratación endovenosa, corrección de anomalías electrolíticas si las hay, control del dolor y antibióticos en casos complicados. El control del dolor se hace con Aines, el mejor es el ketorolaco. Se plantea la colecistectomía en pacientes que son buenos candidatos para una cirugía. Se recomienda el abordaje laparoscópico ya que se ha asociado con menor mortalidad, morbilidad infección de sitio operatorio menor y menor estadía hospitalaria (11, 12,13).

## **Ginecología y Obstetricia**

El caso número 1 describe a una gestante que refirió sangrado vaginal, que no encontró correlación con la revisión que se realizó, además de no encontrar cambios cervicales. Sin embargo, refirió dolor suprapúbico, náuseas, y examen de orina patológico. Considerando el caso como una infección del tracto urinario y en vigilancia de una posible amenaza de parto pretérmino, catalogando a la paciente de alto riesgo obstétrico por ser adolescente. Las infecciones del tracto urinario en gestantes pueden llevar a complicaciones, en este caso se considero una pielonefritis, este cuadro es la principal causa de shock séptico y puede asociarse a trabajo de parto pretérmino y a retraso de crecimiento intrauterino. El tratamiento se dio con ceftriaxona 1 gramos cada 24 horas. Observando mejoría en la paciente en los días posteriores, donde no se encontró sangrado, al alta se indico reposo relativo y se informo acerca de los signos de alarma, así como el acudir al centro de salud para posteriores controles (14,15).

El caso número 2 es el de una gestante que refiere perdida de líquido desde hace 7 días, pero menciona que confunde con flujo vaginal, por lo que no queda claro el momento en que inicio la perdida de líquido. Al momento del examen la paciente no presentaba fiebre, por lo que se descarta la corioamnionitis. El oligohidramnios en el tercer trimestre es generalmente debido a ruptura prematura de membranas pretérmino, otras causas comunes son la insuficiencia uteroplacentaria y anormalidades fetales, menos frecuente es la causa idiopática. La presentación de esta condición se sospecha porque el tamaño uterino es menor que el esperado para la edad gestacional o debido a que la paciente se presenta con ruptura de membranas pre labor de parto. El diagnostico de oligohidramnios se hace con uno de los siguientes: índice de liquido amniótico menor o igual a 5 o pozo único más profundo <2cm; sin embargo, si no se identifica una bolsa medible de líquido amniótico se usa el termino de anhidramnios. En el caso mostrado, la paciente presentaba un embarazo a término completo y el riesgo que el feto presentaba de presentar compresión de cordón umbilical, insuficiencia úteroplacentaria, aspiración de meconio o deformación fetal

por apiñamiento prolongado, además de que la madre fue cesareada anterior dos veces, conllevaron a la realización de una cesárea con bloqueo tubárico bilateral (15,16).

## **Pediatría:**

El primer caso es el de un paciente con un cuadro que al parecer inicio como un cuadro catarral, pero con el paso de los días el paciente presenta una crisis de asma. La bibliografía reporta que un factor desencadenante importante son las infecciones virales del tracto respiratorio alto, también los alérgenos (polvos, ácaros, polen), el humo del tabaco, el ejercicio o el estrés. El 80% de niños con asma desarrolla síntomas antes de los 5 años, pero esta enfermedad es frecuentemente mal diagnosticada o no se sospecha, especialmente en bebés y niños pequeños. La tos y las sibilancias son los síntomas más comunes, además de dificultad para respirar y sensación de opresión en el pecho. Este paciente tiene como antecedente haber sido hospitalizado por broncoespasmo (madre no refiere el diagnóstico exacto), por lo que sienta un precedente para pensar en asma.

Para diagnosticar asma es necesario contar con una historia clínica detallada, se debe preguntar acerca de la presencia de síntomas clásicos ocurridos anteriormente como tos y sibilancias (la frecuencia, variabilidad, presentación nocturna o al levantarse, etc.), la presencia de factores que precipitan el asma (alérgenos, irritantes, entre otros) y la respuesta al tratamiento de las crisis asmáticas. El examen físico del niño con asma es generalmente normal si no está presentando una exacerbación aguda. El diagnóstico requiere historia de síntomas episódicos de obstrucción bronquial, demostrado con espirometría que es reversible y excluyendo otros diagnósticos. El algoritmo de la guía GINA 2019 menciona que el paciente con síntomas típicos y que tienen una historia clínica y examen físico que apoyen este diagnóstico deben ser tratados empíricamente con corticoides inhalados y beta agonistas de acción corta, y efectuar pruebas diagnósticas (como la espirometría) en el plazo de 1 a 3 meses. Se debe evaluar la crisis asmática en leve o moderada y severa y empezar el tratamiento de rescate escalonado, iniciando con SABA's, evaluando la respuesta y continuando de ser necesario con corticosteroides endovenosos, anticolinérgicos u oxígeno suplementario. Es así como el paciente fue tratado con beta agonistas de acción corta (salbutamol), un

anticolinérgico inhalado (bromuro de ipratropio) e hidrocortisona. En la evolución del paciente se agrega el diagnóstico de neumonía que será detallado en el siguiente caso. El manejo de esta se inicio con azitromicina. Evaluando la mejoría, En este paciente se pone énfasis en el manejo de la crisis asmática aguda, que mejoro con el paso de los días (17, 18,19).

El siguiente caso trata de una niña de 1 año que inicia con síntomas catarrales y posteriormente presenta síntomas sugestivos de neumonía. Se puede clasificar la neumonía en típica, atípica o viral. La típica es de inicio brusco, con fiebre alta (>39 °C), con un estado general afectado, tos productiva, presenta hipoventilación y crépitos y la radiografía se puede observar condensación (con o sin derrame), el hemograma muestra leucocitosis y el PCR es mayor de 8 mg/dl. La atípica se presenta, en la mayoría de los casos, en mayores de 4 años, es de inicio insidioso, con fiebres mas bajas, el estado general se encuentra conservado, la tos es irritativa y en la auscultación se encuentran crepitantes y sibilantes uni o bilaterales, la radiografía muestra infiltrado intersticial, pero es variable, el hemograma suele ser normal y el PCR ser menor de 8 mg/dl. La viral se da generalmente en menores de 3 años, de inicio insidioso también, con fiebres bajas, toses productivas, crepitantes y sibilantes bilaterales a la auscultación, infiltrado intersticial y atelectasia en la radiografía y con hemograma de resultados variables.

El diagnóstico se puede hacer clínicamente en niños febriles con distrés respiratorio, tos, taquipnea, retracciones y una auscultación anormal, la radiografía con infiltrado alveolar confirmaría el diagnóstico y se iniciaría tratamiento de soporte y antibióticos empíricos. En este caso, la paciente fue tratada primero con penicilina, pero al no ver mejora se roto a ceftriaxona + azitromicina, asociado a broncodilatadores y fluidificantes para mejorar los síntomas. Teniendo una mejora del cuadro esta paciente fue dada de alta posteriormente. Cabe recordar los criterios de alta de una neumonía adquirida en la comunidad como son: paciente afebril por 12 a 24 horas, saturación de oxígeno mayor a 90% durante 12 a 24 horas, signos vitales normales y estado mental basal, capaz de tolerar medicamentos

orales ambulatorios e hidratación oral, nivel de actividad de basal y apetito restablecido (19, 20).

## Capítulo IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado del autor de este trabajo se realizó en los primeros 5 meses en el Hospital de San Juan de Lurigancho, y se pudo rotar por las 4 especialidades principales. Estas rotaciones sirvieron para adquirir destrezas y conocimientos teórico-prácticos que no se pudo alcanzar en años posteriores debido a la pandemia por COVID-19, recordemos que aquella situación causó que las rotaciones del quinto y sexto año por diversos hospitales no se pudieran hacer y todo el desarrollo fue vía virtual. En este sentido, los internos de este año venían en desventaja ya que no habían tenido contacto cercano con el paciente desde el cuarto año de rotación en la carrera. Sumado a esto, la decisión del Ministerio de Salud de disminuir los meses de internado de 12 a solo 10, motivó a los internos para aprovechar al máximo cada rotación. El contexto actual permitió que no haya interrupciones en el desarrollo del internado ya que la pandemia COVID-19 causaba cada vez menos casos. Si bien la mayoría de los casos eran leves, el autor pudo notar que los casos severos

El realizar el internado en un hospital MINSAs, el autor se ha podido dar cuenta de la realidad del sistema de salud peruano. En este hospital la demanda de salud sobrepasa extensamente la oferta que se puede dar, como mencioné al inicio, es el único hospital MINSAs de este distrito, y cuenta con solo 84 camas en total para una población que supera los mil millones. Por este motivo, los servicios de emergencia tenían una gran afluencia de pacientes. Especialmente medicina y pediatría.

En el servicio de Pediatría era común observar patologías como faringoamigdalitis, síndrome febril, enfermedad diarreica aguda e infecciones del tracto respiratorio. Este servicio me permitió practicar mis habilidades para la comunicación adecuada con el padre o madre que trae a su niño a la emergencia, para hacerle la adecuada anamnesis y un examen físico focalizado, plantear un diagnóstico y un plan de trabajo, calculando dosis pediátricas, supervisado por el médico de turno. Este ejercicio me permitió adquirir conocimientos y destrezas, además de rapidez para empezar la atención y tratamiento de pacientes pediátricos. En el área de neonatología pude aprender a recibir pacientes recién nacidos y realizar los “pasos iniciales”

en su manejo, además, posteriormente, a hacerles el examen físico completo en hospitalización conjunta en busca de signos de alarma.

El siguiente servicio con gran demanda fue medicina interna, la mayoría de los casos eran de pacientes con algún grado de hiperglicemia, hemoptisis, celulitis, pancreatitis, intoxicaciones, sin embargo; fue el servicio en donde venían más variedad de casos. Aquí puede afianzar conocimientos teóricos adquiridos anteriormente, ya que cada patología diferente obligaba a revisar el manejo óptimo. Desafortunadamente, al haber tanta demanda de pacientes, la sala de observaciones siempre estaba llena y la sala de procedimientos estaba abarrotada de pacientes que requerían un seguimiento, que muchas veces se hacía esperar debido a que ingresaban más pacientes al servicio. Esta especialidad me permitió adquirir habilidades para formular preguntas adecuadas y guiar el relato en emergencia de la patología por el que acude el paciente, así como aprender el tratamiento de las enfermedades más frecuentes que se presentaban y diferenciar si el paciente puede recibir tratamiento ambulatorio o debería ser admitido a hospitalización.

La rotación de cirugía fue muy valiosa debido a que el autor pudo realizar procedimientos en emergencia, supervisado por médicos que siempre tenían la predisposición de enseñar. Al ser San Juan de Lurigancho un distrito populoso y también con una tasa alta de delincuencia, acudían pacientes con heridas punzocortantes que requerían atención. Debido a esto, el autor pudo poner en práctica las técnicas de sutura, guiado por el médico residente. Además, fue una experiencia en la que se debe trabajar bajo presión, ya que otros pacientes heridos también requerían la atención y los internos y médicos teníamos que darnos abasto. Otros casos que me permitía aprender mucho eran los pacientes politraumatizados, ya que se aprendía a hacer la adecuada anamnesis y evaluar en busca de signos de alarma. Por último, llegaban pacientes con patología quirúrgica y eran evaluados para después prepararlos rápidamente para que pasen a sala de operaciones. Esta rotación me permitió aprender la técnica de anestesia y sutura eficazmente, la evaluación de pacientes politraumatizados y el criterio clínico para sospechar una patología quirúrgica, realizar el manejo y posterior preparación que sea operado.

Por último, el servicio de emergencia del área de Ginecología y Obstetricia, los casos más comunes eran pacientes en labor de parto en diferentes etapas, hemorragias uterinas anormales, gestantes con embarazo postérmino, amenazas de aborto y aborto. En este servicio pude aprender a valorar correctamente el estado de una paciente gestante en labor de parto, además de participar activamente, y supervisado por el médico tratante y el obstetra, en el parto vaginal de gestantes que había podido monitorizar horas antes. también me permitió realizar procedimientos como el AMEU, bajo la vigilancia del médico especialista, en casos requeridos. Ya que el servicio contaba con ecógrafo en el área de emergencia, pude adquirir conocimientos respecto a este examen. Asimismo, me permitió mejorar mis habilidades de trabajo en equipo ya que debía haber comunicación continua con el personal de obstetricia. Este servicio me permitió aprender la técnica de parto vaginal en gestantes con un embarazo no complicado, además discernir si la gestante es tributaria de un manejo más especializado, también me permitió conocer más a fondo las patologías ginecológicas y evaluar a pacientes con sangrado uterino anormal. Por último, pude aprender el manejo de gestantes que acuden con amenaza de aborto, abortos en curso o gestantes con amenaza de parto pretérmino o con embarazo postérmino.

Finalmente, he de mencionar que en todos los servicios pude aprender a evaluar y realizar el seguimiento de pacientes en hospitalización, aprendiendo sobre ellos para presentarlos en el pase de visita junto al médico residente. Todavía ocupaban camas en los servicios de medicina del hospital. Adicionalmente, se pudo aprender a trabajar con un sistema de historias clínicas digitales (SISGALEN) que representa una ventaja en cuanto al ordenamiento de estas de manera óptima y segura. Si bien muchos casos eran correctamente manejados en esta sede, había otros en los que era necesario la referencia a otros hospitales más complejos, este proceso realmente toma mucho tiempo y la mayoría de las veces se obtiene respuestas negativas por partos de estos ya que no presentan disponibilidad de camas, causando esto un detrimento en el manejo óptimo del paciente. Otro punto que recalcar es que muchas veces no se contaba con exámenes importantes para seguir tratando al paciente, por lo que el mismo paciente

debía costear estos exámenes; siendo muy difícil y tardado la referencia para hacer un examen en otro establecimiento, muchos pacientes de bajos recursos no podían costearse estas pruebas, causando un menoscabo en su manejo. También quería mencionar que debe haber un programa que beneficie a pacientes en situación de abandono por sus familiares, en el transcurso de mi rotación hubo dos de estos casos, pacientes que ocupan camas muy valiosas y que al estar postrados no pueden valerse por sí mismos, sin mencionar el riesgo a infecciones intrahospitalarias a las que están expuestos. Para terminar, quería mencionar que se debería ampliar la oferta de servicios de salud por parte del MINSA en este distrito, mediante la creación de un nuevo hospital o la ampliación de este, ya que la demanda de atención excede la capacidad de atención.

## **CONCLUSIONES**

El internado médico fue una etapa crucial para el desarrollo de habilidades necesarias y el afianzamiento de conocimientos para la atención de pacientes de todas las edades. Si bien el tiempo de rotación fue menor al que se hacía en años posteriores, el autor considera que pudo aprovechar el tiempo en la estancia hospitalaria, ya sea mediante guardias u horarios extendidos. Asimismo, es importante destacar la buena predisposición de médicos residentes, tutores y especialistas en cuanto a la guía y enseñanza para mejorar la atención.

Es importante mencionar que el autor también pudo mejorar su habilidad de comunicación interpersonal con el personal de salud, trabajando en equipo, así como con el contacto paciente. Al ser un establecimiento con tanta demanda se pudo aprender a trabajar bajo presión, veloz y eficazmente sin descuidar a ningún paciente.

## **RECOMENDACIONES**

Ampliar la oferta de servicios de salud en el distrito de San Juan de Lurigancho, debido a que es único hospital MINSA en el distrito más extenso y habitado de Lima.

Mejorar el sistema de referencias, ya que se pudo observar que la mayoría de las veces no se encuentran camas disponibles para traslados de pacientes que requieren atención más especializada o para la toma de pruebas diagnósticas necesarias. Según la apreciación de autor, este sistema es lento y no está adecuadamente implementado.

El sistema de historias clínicas digitales, si bien es una enorme ventaja, todavía cuenta con obstáculos que deberían mejorarse, como la implementación de más computadoras, impresoras y mejoramiento de la interfaz del sistema informático.

Implementar un programa para casos de abandono de pacientes que funcione correctamente, ya que constituye un problema a nivel hospitalario.

Mejorar el programa de internado médico, ya que no es uniforme en la formación de todos los internos y depende muchas veces del establecimiento al que adjudique, siendo algunas sedes más docentes que otras. Si bien la preparación de cada interno está sujeta a distintos factores, estos deberían uniformizarse para lograr que la totalidad de estos adquieran las habilidades necesarias.

## FUENTES DE INFORMACIÓN:

1. Silva P, Veliz M, Aquino N, Robles V et al. Hospital San Juan de Lurigancho. Análisis de la situación de salud hospitalaria 2019. Ministerio de Salud. Disponible en: <https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Epidemiologia/BE/2019/ASIS%202019.pdf>
2. Saltzman J, Feldman M. Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults. En UpToDate. Travis A (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Accedido el 11 de abril de 2023. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/approach-to-acute-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults?search=digestive%20hemorrhage&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H2](https://www.uptodate.com/contents/approach-to-acute-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults?search=digestive%20hemorrhage&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2)
3. Pruthi S et al. Mayo Clinic. Sangrado Gastrointestinal. (Página Web) Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/gastrointestinal-bleeding/symptoms-causes/syc-20372729>
4. Lozano J. La úlcera péptica y su tratamiento (I). Etiología, clínica, diagnóstico y medidas higiénico dietéticas. Offarm. 2000;19(3):110-7. Editorial Elsevier. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-ulcera-peptica-su-tratamiento-15468#:~:text=La%20%C3%BAlcera%20p%C3%A9ptica%20es%20el,y%20de%20%C3%BAlcera%20propia%20dicha.>
5. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D et al. Harrison Manual de Medicina. 19° edición. Editorial Mc Graw Hill. México 2017. Sección 11, páginas 804-807.
6. Santhi S, Whitcomb D. Management of acute pancreatitis. En UpToDate. Grover S(Ed.), UpToDate, Waltham, MA. Accedido el 11 de abril de 2023. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H22664712](https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H22664712)
7. Townsend C, Beauchamp D, Evers M, Mattox K. Sabiston Tratado de Cirugía. 20° edición. Editorial Elsevier. España, 2018.

8. Martin R, Kang S, Weiser M. Acute appendicitis in adults: diagnostic evaluation. Chen W (ed), en UpToDate, Waltham, MA. Accedido el 11 de abril de 2023. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic-evaluation?search=apendicitis&source=search\\_result&selectedTitle=5~150&usage\\_type=default&display\\_rank=5#H1999560905](https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic-evaluation?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5#H1999560905)
9. Smink D, Soybel D, Weiser M. Management of acute appendicitis in adults. Chen W (ed), En UpToDate, Waltham, MA. Accedido el 11 de abril de 2023. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H1](https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1)
10. Martin R, Weiser M. Acute appendicitis in adults: clinical manifestations and differential diagnosis. Chen W (ed), En UpToDate, Waltham, MA. Accedido el 11 de abril de 2023. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H23](https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H23)
11. Zakko S, Afdhal N, Chopra S. Acute calculous cholecystitis: clinical features and diagnosis. Grover, S (Ed), En UpToDate, Waltham, MA. Accedido el 11 de abril de 2023. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=cholecystitis&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H26](https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=cholecystitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H26)
12. Vollmer C, Zakko S, Afdhal N, Ashley S. Treatment of acute calculous cholecystitis. Chen W, En UpToDate, Waltham, MA. Accedido el 11 de abril. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=cholecystitis&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H1053980](https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=cholecystitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H1053980)

13. Ramos Loza Coral Marina, Mendoza Lopez Videla Josep Nilss, Ponce Morales Javier Alejandro. APLICACIÓN DE LA GUÍA DE TOKIO EN COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2018 [citado 2023 Abr 13] ; 24( 1 ): 19-26. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582018000100004&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582018000100004&lng=es).
14. Gupta K, Calderwood S et al. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Bloom A (ed), En UpToDate, Waltham, MA. Accedido el 11 de abril de 2023. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=pregnancy%20uti&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H775757841](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=pregnancy%20uti&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H775757841)
15. Cunningham G, Leveno K, Bloom S et al. Williams Obstetricia. 25° Ed. Editorial Mc Graw Hill. México 2019.
16. Beloosesky R, Ross M et al. Oligohydramnios: etiology, diagnosis, and management in singleton gestations. Barss V (ed), En UpToDate, Waltham, MA. Accedido el 12 de abril de 2023. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/oligohydramnios-etiology-diagnosis-and-management-in-singleton-gestations?search=oligohydramnios&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H1597700197](https://www.uptodate.com/contents/oligohydramnios-etiology-diagnosis-and-management-in-singleton-gestations?search=oligohydramnios&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1597700197)
17. Global Initiative for Asthma. Guía de Bolsillo para el manejo y prevención del Asma: guía de bolsillo. Actualizada en 2019. Disponible en: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/07/GINA-Spanish-2019-wms.pdf>
18. Sawicki G, Haver K. Asthma in children younger than 12 years. Initial evaluation and diagnosis. Tepas E (ed). En UpToDate, Waltham, MA. Accedido el 12 de abril de 2023. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/asthma-in-children-younger-than-12-years-initial-evaluation-and-diagnosis?search=asthma&source=search\\_result&selectedTitle=6~150&usage\\_type=default&display\\_rank=5#H34](https://www.uptodate.com/contents/asthma-in-children-younger-than-12-years-initial-evaluation-and-diagnosis?search=asthma&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=5#H34)

19. Asociación de Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño. Manual de urgencias y emergencias en pediatría. 3ra edición. Lima, 2018.
20. Barson W, Edwards M. Pneumonia in children: inpatient treatment. Torchia M (Ed), en UpToDate, Waltham, MA. Accedido el 13 de abril de 2023. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/pneumonia-in-children-inpatient-treatment?search=pneumonia%20children&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#](https://www.uptodate.com/contents/pneumonia-in-children-inpatient-treatment?search=pneumonia%20children&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#)