

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL DE
HUAYCÁN, HOSPITAL DE LIMA ESTE-VITARTE Y HOSPITAL
NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ, LIMA, EN
EL PERIODO 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR
STEPHANIE WENDY GARCÍA CAJA
JOSÉ ALFREDO VILLANUEVA SÁNCHEZ

ASESOR

MANUEL GONZALO NEYRA SOTELO

LIMA - PERÚ

2024



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
DE HUAYCÁN, HOSPITAL DE LIMA ESTE-VITARTE Y
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN
BARTOLOMÉ, LIMA, EN EL PERIODO 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

**STEPHANIE WENDY GARCÍA CAJA
JOSÉ ALFREDO VILLANUEVA SÁNCHEZ**

ASESOR

Dr. MANUEL GONZALO NEYRA SOTELO

LIMA – PERÚ

2024

JURADO

Presidente: Dr. Herrera Huaranga Fernando Marcos

Miembro: Dr. Delgado Quispe Johandi

Miembro: Dr. Aguilera Herrera Cesar Augusto

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a nuestros padres que han estado a nuestro lado; también se lo dedicamos a los trabajadores del hospital por brindarnos la información justa y necesaria para el desarrollo de este trabajo de suficiencia.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos profundamente a nuestros distinguidos profesores y mentores, cuya sabiduría, orientación y dedicación han sido un pilar muy importante en nuestra formación académica y profesional.

No podemos dejar de mencionar el invaluable apoyo de las instituciones de salud y hospitales, así como de los pacientes y sus familias, que generosamente han compartido su tiempo, experiencias y conocimientos.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
ÍNDICE.....	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN.....	vii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA.....	20
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL.....	21
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.....	29
V.CONCLUSIONES.....	30
VI.RECOMENDACIONES	31
VII.FUENTES DE INFORMACIÓN	32

RESUMEN

Objetivo: Analizar y describir 16 casos clínicos de medicina humana, abarcando diferentes áreas de rotación, tales como medicina, cirugía, pediatría y neonatología, y ginecología y obstetricia.

Método: Recopilación de datos clínicos relevantes de cada caso, incluyendo historia clínica, examen físico, pruebas diagnósticas, tratamiento y seguimiento, así como el análisis de la evolución y los resultados obtenidos.

Resultados: Revelaron la diversidad y complejidad de las patologías encontradas en cada área de rotación, así como la importancia de una atención con enfoque interdisciplinario en el manejo de los pacientes.

Conclusiones: La importancia de una evaluación integral y atención con un enfoque interdisciplinario en el manejo y tratamiento de los pacientes, así como la necesidad de una comunicación efectiva entre los diferentes equipos de atención médica. Se destaca también la importancia de la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: Casos clínicos, medicina humana, enfoque multidisciplinario, internado médico, especialidades médicas, práctica médica.

ABSTRACT

Objective: To analyze and describe 16 human medicine clinical cases, covering different rotation areas, such as medicine, surgery, pediatrics and neonatology, and gynecology and obstetrics

Method: Compilation of relevant clinical data from each case, including clinical history, physical examination, diagnostic tests, treatment and follow-up, as well as the analysis of the evolution and results obtained.

Results: They revealed the diversity and complexity of pathologies encountered in each rotation area, as well as the importance of care with an interdisciplinary approach in the management of patients.

Conclusions: The importance of a comprehensive assessment and care with an interdisciplinary approach in the management and treatment of patients, as well as the need for effective communication between the different health care teams. The importance of prevention, early diagnosis and timely treatment to improve clinical outcomes and patients' quality of life is also emphasized.

Keywords: Clinical cases, human medicine, multidisciplinary approach, medical internship, medical specialties, medical practice.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN, HOSPITAL
AL DE LIMA ESTE-VITARTE Y HOSPITAL**

AUTOR

STEPHANIE WENDY GARCÍA CAJA

RECUENTO DE PALABRAS

13186 Words

RECUENTO DE CARACTERES

74942 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

66 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

215.6KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 19, 2024 3:41 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 19, 2024 3:42 PM GMT-5**● 14% de similitud general**

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

- 14% 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


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE HUAYCÁN
Dr. Manuel Neyra Sotelo
CAREGI - P.
CNP 83314 - EN 92179
Firma: _____
Asesor: Neyra Sotelo Manuel Gonzalo

Resumen

CODIGO ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-2889-3335>

DNI: 2152048

INTRODUCCIÓN

Durante el periodo de internado médico, que representa una fase crucial en la formación del estudiante de medicina, se aplican los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera, lo cual constituye una experiencia preprofesional invaluable. Este periodo consta de un lapso de diez meses ofrece la oportunidad de desarrollar una variedad de habilidades y competencias en las áreas de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Pediatría, con el propósito de preparar al estudiante para brindar una atención de alta calidad en el servicio asignado. En el marco de este estudio, se examinarán casos clínicos identificados en el Hospital de Lima Este Vitarte, Hospital Materno San Bartolomé y el Hospital de Huaycán, donde se evaluará el manejo brindado a cada uno de ellos y se contrastará con las directrices de práctica clínica vigentes y la evidencia científica disponible.

El internado médico no solamente favorece el desarrollo de habilidades clínicas, sino que también fortalece la relación entre el médico y el paciente al proporcionar al estudiante una comprensión más profunda de la dinámica actual del sistema de atención médica. La carrera de Medicina Humana, compuesta por siete años de estudios universitarios, distribuidos en Ciencias Básicas, Ciencias Clínicas y el Internado Médico, ofrece una formación integral que prepara al futuro médico para afrontar los retos de la práctica médica con un alto nivel de profesionalismo y competencia.

CAPÍTULO I.

TRAYECTORIA PROFESIONAL

I.1. Medicina Interna

Caso Clínico 1

Paciente masculino de 50 años, se acerca a consultorio externo del Hospital de Lima Este Vitarte derivado de su centro de salud para estudio más exhaustivo de las lesiones cutáneas que presenta. Paciente refiere febrícula que se mantiene hace 11 días. Refiere hace tres meses un cuadro catarral, que coincide con la última relación sexual sin protección, en donde fue en sexo grupal y habían consumido drogas. Niega aparición de lesiones ulceradas en zona genital o perianal.

Antecedentes personales:

- Fumador de 30 cigarrillos por día
- Prácticas sexuales de alto riesgo, sin protección
- Consumo de drogas por vía endovenosa

Antecedentes familiares: no refiere

Examen físico:

- Tórax y pulmón: normal
- Cardiovascular: normal
- Piel: lesiones múltiples pustulosas, ulceradas y nodulares, predominantemente en zona facial, torso, genital, miembros superiores e inferiores (zona plantar bilateral); presencia de adenopatías inguinal bilateral
- Sistema nervioso central: paciente localizado en tiempo, espacio y persona

Exámenes complementarios:

- Biopsia cutánea de una de las lesiones que se encontraba en torso
- Estudio inmunohistoquímico → se observó bacilos espiralados, sugestivos a sífilis maligna
- Pruebas serológicas: RPR (+)
- Anticuerpos anti-*treponema pallidum* IgG (+)
- Anticuerpos VIH (+)
- Linfocitos T CD4 544
- Prueba de BK (-)

Diagnostico:

- Sífilis maligna
- Infección por VIH (virus de la inmunodeficiencia humana)

Plan de trabajo:

- Tratamiento con penicilina G benzatínica 2 millones 400 mil una por semana durante tres semanas
- Tratamiento anti retroviral (1 tableta cada 24 horas):
 - o *Tenofovir* 300 mg
 - o *Efavirenz* 600 mg
 - o *Emtricitabina* 200 mg

Evolución:

- Cinco semanas después del inicio con tratamiento, paciente evoluciono favorablemente con desaparición casi total de las lesiones que presentaba, afebril

- Buena respuesta al tratamiento anti retroviral, con un descenso de carga viral a 63 copias/m

Caso Clínico 2

Paciente varón de 70 años acude al hospital por un tiempo de enfermedad de 5 días, en el cual presenta dolor en la zona cervical, que inicialmente se limita con antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Rápidamente progresa a la zona dorsal, con irradiación a miembros superiores, por lo cual acude a puesto de salud más cercano, en donde se le indica que necesita más estudios y se le aplica analgesia con Diclofenaco y Dexametasona, intramuscular. No obstante, al día número cinco, se le añade fiebre cuantificada en 39°C, hecho que preocupa a sus hijos, quienes lo traen por emergencia. A la entrevista, niega cefalea, náuseas y vómitos.

Antecedentes personales:

- Consumo de tabaco y alcohol de manera abundante
- Cardiopatía isquémica re vascularizada
- Atragantamiento con una espina de un pescado, hace tres meses
- Curación dental hace 2 meses

Antecedentes familiares: sin importancia

Examen físico:

- Hemodinámicamente estable
- Temperatura: 38° C, PA 111/70 mmHg, FC 100 lpm, FR 18 rpm, SatO2 97%
- TyP: murmullo vesicular pasa en bases de ambos hemitórax, no rales.

Cv: ruidos cardíacos rítmicos, buena intensidad, no soplos.

- SNC: Lotep, Glasgow 14/15
- Abd: blando, depresible, ruidos hidroaéreos (+)
- Columna: dolor a la palpación de apófisis espinosas y dolor en zona desde la cervical 4 a cervical 7, ligera rigidez nucal

Exámenes auxiliares:

- Hemograma completo:
 - o Hb: 11 gr/dl
 - o Hematocrito: 33%
 - o Eritrocitos: 4.7 células/mcL)
 - o Leucocitos: 13 000 mm
- Hemocultivos → crecimiento de *Staphylococcus aureus*
- Tomografía craneal sin contraste → no se observan alteraciones según evaluación radiológica.
- Resonancia magnética sin contraste → estenosis degenerativa en zona cervical, deslizamiento postero lateral de la cervical 3 a dorsal 1

Plan de trabajo:

- Se le dio clindamicina, cloxacilina y vancomicina para tratamiento del *Staphylococcus aureus*.
- Inmovilización cervical del paciente.

Evolución:

- Tras cinco días de inmovilización se observa ataxia y pérdida de tono vesical, por lo que se le toma otra resonancia de urgencia y se observó una espondilitis a nivel de la cervical 6 y 7

- Se suspende el uso de clindamicina por posible toxicidad a nivel neuronal
- Se realiza una electro neurografía que evidencia una mielopatía compresiva de la vertebra cervical 7

Diagnóstico:

- Absceso cervical por *Staphylococcus aureus*
- Espondilodiscitis (osteomielitis vertebral)
- Mielopatía compresiva

Plan de trabajo:

- Tratamiento completo con dicloxacilina por 8 semanas
- Se da de alta con tratamiento de levofloxacino por 4 semanas
- Programa de medicina rehabilitación para recuperar movilidad completa de región cervical, en un hospital de mayor complejidad.

Evolución:

- Paciente presento mejoría neurológica parcial con las terapias de rehabilitación.

Caso Clínico 3

Mujer de 76 años, diabética mal controlada, retorna de un viaje familiar de Huaraz hace quince días. Acude a consultorio refiriendo que, a raíz del viaje, desde hace una semana le apareció una lesión hiperqueratósica en el 1° dedo del pie izquierdo que “no recuerda” como se hizo, pero duele “como si hubiese sufrido un golpe”. A causa de esto, acude a podólogo en donde le retiran la zona referida, descubriendo una lesión ulcerada de contenido purulento.

Por lo antes mencionado, acude puesto que nota un desmejoramiento de la lesión, presentando no cese de la disminución de pus, flogosis y pérdida de sensibilidad en región.

Antecedentes de importancia:

- Funciones vitales: PA 138/70 mmHg, FC 90 lpm, FR 17 rpm, T 37.2°C, SatO2 98%
- Niega otros antecedentes de interés

Examen físico:

- PyF: tibia, hidratada y elástica, palidez +/+++ , LLC<2” en mmss y mmii derechos, LLC<3” en mmii izquierdo
- Tcsc: disminuido
- TyP: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cv: ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos audibles
- Abd: RHA +, blando, depresible, sin dolor a la presión superficial y profunda.
- GU: PPL y PRU negativos, micción espontánea
- Soma: lesión ulcerada en cara lateral de planta del pie izquierdo, con contenido purulento seroso; con onicomicosis en ambos pies, lesiones con hiperqueratosis en primer dedo del pie derecho.
- SNC: LOTEP, Glasgow 15/15

Exámenes auxiliares:

- Hb 10, Leucocitos 21700
- Plaquetas 270000
- Urea 55
- Creatinina 1.1
- HbA1c 9.5%
- Examen de orina: proteínas +

- Glucosa ++
- Urocultivo negativo
- PCR 192.3

Impresión diagnóstica:

- Diabetes mellitus II mal controlada
- Pie diabético infectado
- Hipotiroidismo
- Hipertensión arterial (HTA)
- Anemia leve

Plan de trabajo:

- Hospitalización en servicio de medicina interna
- Dieta blanda baja en glucosa, sodio y grasa
- Ceftazidima 2 gr una vez al día
- Vancomicina 1 gr una vez al día
- Irbesartán 150 cada 24 horas
- Amlodipino 5 mg cada 24 horas
- Insulina NPH 10 UI por las mañanas y 5 UI por las noches
- Cilostazol 100mg una vez al día
- Atorvastatina 20 mg una vez al día
- Ketoprofeno 100 mg PRN a dolor
- Se solicita Ecografía Doppler de miembros inferiores
- Curaciones diarias con debridación de tejido
- Movilización de paciente cada 2 horas
- CFV + BHE

Evolución:

- Al haberse solicitado la eco Doppler (de manera particular), con resultados es evaluado por telemedicina con el servicio de Cirugía cardiovascular y torácica, quien determina que la condición vascular del paciente no es candidata para revascularización a nivel de la lesión. Motivo por el cual se sugiere una amputación a nivel de la línea de Lisfranc para salvaguardar las estructuras contiguas.
- De este modo, se interconsulta con servicio de traumatología para evaluación y realización de procedimiento.
- Posterior a amputación de Lisfranc, la paciente recibe curaciones diarias y es dado de alta con indicaciones para la prevención de nuevas lesiones. No obstante, a los dos meses reingresa por nueva aparición de lesión ulcerada en región calcánea (cara inferior), que nuevamente termina en amputación a nivel infra condílea de la pierna.

Caso Clínico 4

Paciente femenino de 36 años, natural, oriunda de Lima, conviviente. Ingresa por dolor en región lumbar derecha, náuseas y vómitos. Esta indica que antes del ingreso, 7 días antes, presentó temperaturas de hasta 38°C, dolor de cabeza y malestar general, con molestias urinarias moderadas.

Continuando, 3 días previo nota que su orina cambia de color a amarillo oscuro, mal oliente y espumosa; además cuenta que fue a centro asistencial donde le dieron tratamiento que alivia sus molestias.

El mismo día que ingresa refiere malestar general, cefalea con una escala de dolor 8/10 y dolor en zona lumbar derecho de intensidad 9/10.

Antecedentes de interés:

- Dos cesáreas
- RAM: penicilinas
- Niega padecer de otras patologías

Examen Físico:

- PA 118/72 mmHg, FC 125 lpm, FR 17 rpm, T 38.5°C, SatO2 95%
- PyF: T/H/E, llenado capilar menor a segundos
- TyP: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no rales agregados
- Cv: ruidos cardiacos de buena intensidad, rítmicos y sin soplos audibles
- Abd: se observa cicatriz transversa supra pubiana, RHA+, doloroso a palpación profunda a predominio hipogástrico y flanco derecho.
- GU: PPL derecho + / Izquierdo -, PRU derecho +/- Izquierdo -, micción espontánea.
- SNC: LOTEP, Glasgow 15/15

Exámenes auxiliares:

- Hb 10.8, hematocrito 33.5%, leucocitos 22.100, plaquetas 240000, PCR 50.1, Urea 25, Creatinina 1.2
- Orina: nitritos 2+, leucocitos 40-60 x campo, hematíes 5-6 por campo, gérmenes +++

Impresión diagnóstica:

- Pielonefritis aguda
- Anemia leve

Plan de Trabajo:

- Hospitalización de paciente
- Dieta completa + líquidos a libre albedrío
- NaCl 0.9% 1000 cc
- Ciprofloxacino 400 mg endovenoso cada 12 horas
- Ketoprofeno 100 mg endovenoso cada 12 horas

- Metamizol 1g vía parenteral PRN a temperatura >38°C
- CFV + BHE
- Se solicita urocultivo y ecografía renal

Evolución:

- Paciente, luego de 5 días de terapia y con resultados de Urocultivo (que coincide con la indicación terapéutica, *Pseudomonas aeruginosa*). Da muestras de evolución adecuada, con 2 días en ausencia de fiebre, hemograma sin alteraciones leucocitarias. Se decide dar de alta con indicaciones para evitar futuras complicaciones asociadas.

I.2. Ginecología y Obstetricia

Caso Clínico 1

Paciente de 56 años llega a la emergencia, indicando presentar sangrado vaginal desde hace 14 días. Refiere este sangrado al inicio fue en poca cantidad pero que ha estado aumentando al pasar de los días. Los últimos días indica mayor sangrado y con formación de coágulos. Presenta dolor en hipogastrio acompañado de cefalea, que han incrementado con los días.

Antecedentes:

- FUR: hace 4 años
- Apendicetomía el 2015
- Madre viva con HTA

Examen físico:

- Talla 1.50; peso 95 kg; IMC 42.2 (obesidad); PA 75/50 mmHg; T° 36.8°
- Piel y mucosas: palidez marcada
- Abdomen: dolor a palpación profunda en hipogastrio

- Genitourinario: se aprecia sangrado rojo vivo externo con coágulos
- Especuloscopia: sangrado rojizo con leve mal olor que se encuentra en el canal endocervical, cerviz con eritroplasia marcada
- Tacto vaginal: anexos libres, no doloroso

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb 9; leucocitos: 4 599; perfil de coagulación: normal
- Ecografía transvaginal: endometrio engrosado con masa mucometra de 17 mm a valorar

Diagnósticos secundarios:

- Engrosamiento endometrial
- Anemia moderada

Diagnóstico de certeza:

- Sangrado uterino anormal a descartar por pólipos o mioma uterinos

Plan de trabajo:

- Se le da a la paciente terapia con ibuprofeno de 800 mg para controlar el sangrado y dolor
- Se le indica iniciar con suplemento de hierro para la anemia
- Se solicita realizar una histeroscopia para confirmar la existencia de pólipo o mioma, para posteriormente ver que procedimiento realizar

Evolución:

- Se cita a la paciente para la histeroscopia donde se confirma la existencia de un pólipo endometrial
- Se realiza la polipectomía, donde el informe post operatorio indica un pólipo de 5x5 cm, se lleva para estudio anatomopatológico; además se

realizó una biopsia del endometrio por el engrosamiento que se había observado, también se mandó para estudio anatomopatológico

- Posterior polipectomía, paciente se encuentra estable, no complicaciones

Caso Clínico 2

Paciente de 33 años acude por consultorio externo del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé por presentar amenorrea por más de 5 meses, dentro de estos meses la paciente indica haber sufrido cambios de su estado de ánimo e irritabilidad, presentando también trastorno de sueño (insomnio). A causa de ello, inicialmente prueba con medicina natural para resolver los trastornos de ciclo circadiano y ánimo; mientras que, con respecto a su amenorrea, con el pasar de los meses y ante pruebas negativas de embarazo. Decide no preocuparse inicialmente; no obstante, al quinto mes decide tomar acciones al respecto, puesto que incluso el líbido sexual había decrecido dramáticamente.

Antecedentes personales:

- Fecha de última regla hace 5 meses
- Método anticonceptivo: T de cobre
- Sexualmente activa

Antecedentes familiares: Niega

Examen físico:

- Temperatura: 36°
- PA: 120/75
- Talla: 1.56
- Peso: 56
- IMC: 23 (peso saludable)

- Piel: no palidez, no edema, hidratada
- Tórax y pulmón: normal
- Cardiovascular: normal

- Genitales externos: leve flujo transparente, no dolor a tacto vaginal, no dolor a la lateralización

Exámenes auxiliares:

- Prueba BHCG: 0.15
- FSH: 46 mIU/ml
- Prolactina: 11 ng/ml
- TSH: 2.4 mIU/L
- Ecografía transvaginal: útero de 82x51x44 mm de bordes regulares. Endometrio fino peri ovulatorio. Ovario izquierdo sin ningún folículo antral, ovario derecho con folicos antrales

Diagnóstico:

- Falla ovárica precoz

Plan de trabajo:

- Retirar la T de cobre, se recomienda uso de un método de barrera. Añadiendo que se va a observar que la paciente no menstrue hasta un año sin la T de cobre, para evaluar si se habla de una menstruación precoz.
- Terapia con estrógenos, estradiol 2 mg por día y progesterona 200 mg en los primeros doce días de cada ciclo menstrual
- Suplementos con Vitamina D
- Realizar una ecografía transvaginal de control al mes.

Evolución:

- Paciente con evolución favorable al retiro de DIU, menstruando al mes de retirado el dispositivo.
- Al haber observado aquella complicación, paciente decide optar por nuevo método anticonceptivo. Optando por implante subdérmico, con el cual se mantendrá protegida hasta por 2 años.

Caso Clínico 3

Paciente femenino de 24 años, que acude por consulta externa de ginecología al hospital San Bartolomé, la cual refiere desde hace 5 días la aparición de secreción vaginal de un aspecto blanquecino que ha ido aumentando de cantidad, junto con “picazón” que percibe en región vaginal. Niega algún otro síntoma asociado u malestar.

Antecedentes de interés:

- Niega antecedentes patológicos
- Madre con antecedente de asma
- Niega algún antecedente quirúrgico
- Niega ingesta de medicamentos
- Antecedentes ginecológicos: menarquia a los 12 años, FUR 11/02/24, régimen catamenial 3-4/regular, inicio de relaciones sexuales a los 17 años, última relación sexual hace 7 días, número de parejas sexuales 5, uso de método anticonceptivo: anticonceptivos orales combinados, G0P1001.

Examen físico:

- Talla 150, Peso 58 kg
- Funciones vitales: PA 110/72 mmHg, FC 90 lpm, FR 16 rpm
- PyF: tibia, hidratada moderada, elástica, llenado capilar <2 segundos
- Mamas: simétricas, turgentes, no secretoras, no se palpan masas

- Cv: ruidos cardiacos rítmicos, intensidad moderada, sin soplos audibles
- TyP: murmullo vesicular para en ambos hemitórax, no rales a la auscultación
- Abd: blando, depresible, no doloroso, ruidos hidroaéreos presentes, no se palpan masas
- Genitourinario: PPL y PRU negativos
- SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15
- Examen ginecológico: genitales externos adecuados para su edad, vagina de textura amplia, elástica, útero en posición posterior. A la revisión con espéculo, se comprueba secreción de aspecto blanquecino de moderada cantidad, grumoso, espeso y adherente, inoloro, así como eritema en la región vulvar.

Diagnóstico primario:

- Vulvovaginitis *candidiásica*

Plan de trabajo:

- Se le indica clotrimazol en óvulos cada 24 horas por una semana, además de higiene vaginal constante.
- Evitar relaciones sexuales hasta finalizar tratamiento
- Reevaluación por consultorio en 1 semana para verificar evolución

Evolución:

- Paciente con evolución favorable, con desaparición de líquido de aspecto blanquecino previamente mencionado.
- Se da consejería acerca de planificación familiar, conducta sexual y reproductiva. Motivo por el cual, adquiere mayor capacidad de decisión en cuanto métodos anticonceptivos y se le instruye sobre la importancia del uso del preservativo.

Caso Clínico 4

Mujer de 28 años, acude a la consulta externa de Gineco-obstetricia por un tiempo de enfermedad de 10 días, el cual se caracteriza por un dolor moderado en abdomen inferior, con asociación a dolor al mantener relaciones sexuales, así como flujo vaginal color amarillo verdoso mal oliente.

Antecedentes de importancia:

- FUR: 02/11/2023
- Régimen catamenial 3-4/27-30
- Método anticonceptivo: no tiene
- Parejas sexuales: 2 en los últimos 30 días
- Niega algún otro antecedente de importancia

Examen físico:

- PyF: tibia, elástica e hidratada, con LLC<2”
- TyP: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, sin rales agregados
- Cv: ruidos cardiacos de buena intensidad, rítmicos, sin soplos
- Abd: RHA +, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda del hipogastrio
- GU: dolor a la movilización del cuello uterino, y a la palpación bimanual de anexo izquierdo, flujo vaginal amarillo verdoso, maloliente
- SNC: LOTEP, Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica:

- Enfermedad pélvica inflamatoria

Plan de trabajo:

- Ciprofloxacino 500 vía oral, a dosis única
- Doxiciclina 100 vía oral, 2 veces al día por 14 días
- Metronidazol 500 vía oral, 2 veces al día por 2 semanas
- Control por consultorio externo

Evolución:

- Paciente que, al acudir luego de quince días por consulta externa, presenta mejoría clínica. Mencionando que ya no percibe molestias a la movilización del cuello uterino y ha iniciado uso de preservativo con parejas sexuales.
- Recibe consejería en planificación familiar y salud sexual reproductiva.

I.3 Pediatría y neonatología**Caso Clínico 1**

Niña de 8 años se acerca al hospital de Lima Este Vitarte por consulta externa, acompañada de sus padres preocupados por presencia de maculas hipopigmentadas en la flexura del codo izquierdo y en la zona poplíteica bilateralmente. Indican que la presencia de estas maculas está desde hace 2 meses y que han ido creciendo paulatinamente de tamaño.

Antecedentes personales:

- Alérgico a penicilinas

Antecedentes familiares:

- Abuela materna con vitíligo
- Padre con Diabetes Mellitus en tratamiento con metformina y glibenclamida

Examen físico: aparentemente regular estado general, hidratado y bien nutrido

- Funciones vitales: FC 75 lpm, FR 16 rpm, PA 80/70 mmHg, T° 36°, SatO2 99%
- Peso: 45 kg, Talla 142 cm
- PyF: Tibia, elástica, no edemas

- Extremidades:
 - Zona poplítea bilateral maculas hipopigmentadas 3x4 cm y 5x4 cm, bordes definidos, no eritematosos
 - Flexura de codo izquierdo macula hipopigmentada 2x2 cm, bordes definidos, no eritematosos
- TyP: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados
- Cv: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles
- SNC: despierto, activo, obedece a ordenes, con Glasgow 15/15
- Resto de examen normal

Exámenes auxiliares:

- Hemograma completo: Hb (14 g/dl); VCM (85); plaquetas (150 000); leucocitos (5 150)
- TSH 1,754 UI/mL.
- Ac Antiroglobulina <235 UI/mL
- Ac Antiperoxidasa <40 UI/mL

Diagnostico:

- Vitíligo

Plan de trabajo:

- Se indica tracolimus 0.1% en crema tópica, una vez al día → se visualiza disminución de las maculas al mes de tratamiento
- Se hace interconsulta paulatina con dermatología para evaluación de maculas
- La evolución del paciente es incierta, la estabilización, la completa o parcial re-pigmentación, así como la extensión y multiplicación de las lesiones, hacen que sea difícil predecir el pronóstico.

Caso Clínico 2

Paciente varón de 6 años se acerca al hospital por consulta a pediatría por la aparición de ampollas eritematosas en la zona de la mejilla. Indica que la aparición de las lesiones va desde hace una semana, que al inicio eran como lesiones únicas pero que al pasar de los días las ampollas empezaron a extenderse, prurito intenso de las lesiones; además, madre indica que algunas ampollas las había manipulado y se habían roto.

Antecedentes:

Un compañero del colegio presentaba lesiones similares

Examen físico:

- Piel: múltiples lesiones eritematosas en el área de mejilla, algunas lesiones supurando, otras lesiones con formación de costra amarillentas

Diagnostico:

- Impétigo vulgar

Plan de trabajo:

- Tratamiento con crema tópica con ácido fusídico cada 12 horas por 7 días
- Control a los 7 días, se observa mejoría

Caso Clínico 3

Neonato masculino de 14 días de vida con tres días de tiempo de enfermedad, caracterizado por presentar en piel y mucosas leve coloración amarilla de presentación cefalocaudal junto con la adinamia, somnolencia, letargia y una succión débil, los padres de la paciente decidieron buscar atención médica inicialmente en una consulta privada. Allí, el médico tratante, al notar la coloración amarillenta de la piel, solicitó pruebas de bilirrubina, con los resultados:

- Bilirrubina total de 19,4 mg/dL
- Bilirrubina indirecta de 18,4 mg/dL
- Bilirrubina directa de 01 mg/dL.

Basándose en estos hallazgos de laboratorio, los padres decidieron llevar al bebe al hospital para una evaluación más exhaustiva.

Antecedentes personales:

- Recién nacido vivo de 32 semanas por cesárea por desprendimiento de placenta y posición podálica
- Peso al nacer: 1.55 kg
- Talla al nacer: 40 cm
- APGAR: 1° minuto 4/9, 5° minuto 7/9

Antecedentes patológicos:

- Paciente internado en el hospital en el servicio de neonatología para observación por 48 horas

Antecedentes familiares:

- Padre O Rh +
- Madre O Rh +
- Abuela materna con diagnóstico de diabetes mellitus 2

Examen físico:

- Funciones biológicas: T° 37°; talla 40 cm; peso 1 kg; frecuencia cardiaca 150 latidos por minuto; presión arterial 85/45 mmHg; satO2 96%
- Neonato activo, reacciona ante estímulos externos
- Piel: turgencia disminuida, coloración amarillenta extendida hasta zona 3 de Kramer

- Ojos: reactivos a la luz, simétricos, escleras ictericas
- Cuello: simétrico e icterico
- Abdomen: ombligo clampado, proceso de cicatrización, icterico
- Miembros inferiores: llenado capilar de 4 segundos

Diagnostico:

- Ictericia fisiológica neonatal

Plan de trabajo:

- Inicio de fototerapia y control de bilirrubinas por día

Evolución:

- **Día 1:**
 - o Dieta por sonda orogástrica
 - o Buena evolución ante la fototerapia intensiva disminuye la ictericia
 - o Exámenes auxiliares
 - Bilirrubinas
 - Bilirrubinas totales 9.4 mg/dl
 - Bilirrubinas directas 0.90 mg/dl
 - Bilirrubinas indirectas 8.35 mg/dl
 - Hemocultivo
 - Negativo
 - o Se indica pasar a la fototerapia simple
- **Día 2:**
 - o Continua la dieta por sonda orogástrica

- Disminución de ictericia
- Bilirrubinas totales 9.2 mg/dl
- TSH
 - 6.24 q/ml
- Se indica un nuevo control a los 30 días de edad y que lo evalúe la especialidad de endocrinología

- **Día 3:**
 - Se continua con la fototerapia simple
 - Bilirrubinas totales 7 mg/dl
 - Estimular succión

- **Día 4:**
 - No hay cambios en la bilirrubina

- **Día 5:**
 - Bilirrubinas totales 6.45 mg/dl

- **Día 6:**
 - Ingesta por la vía oral
 - Se pasa a cuna
 - Se discontinua sonda y fototerapia
 - Evolución favorable, se da de alta

Caso Clínico 4

Lactante masculino de 2 meses, acude a consulta debido a la recurrencia de regurgitación después de las comidas durante los últimos 5 días, relacionada con cada alimentación. No presenta fiebre, rechazo a las tomas u otros

síntomas. Respecto a su hábito intestinal, se observa que tiene deposiciones duras diariamente o en días alternos.

Antecedentes: no relevantes

Examen físico:

- Activo, responde a estímulos externos
- Peso: 5 gr
- Piel y mucosas: no palidez, no deshidratación
- Tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos
- Abdomen: blando y depresible, ruidos hidroaéreos +

Exámenes auxiliares:

- Ecografía abdominal → se observó una estenosis hipertrófica del píloro, engrosamiento del píloro con 7 mm

Diagnostico:

- Estenosis hipertrófica del píloro

Plan de trabajo:

- No se le pasan fluidos por vía endovenosa, ya que el paciente esta hidratado
- Se hacen exámenes prequirúrgicos, paciente sale apto para cirugía
- Se realiza una pila miotomía extra-mucosa, durante la operación no complicaciones alguna, se confirma diagnóstico y paciente pasa a observación
- En observación no se ven complicaciones, paciente evoluciona favorablemente

I.3. Cirugía General

Caso Clínico 1

Paciente con 19 años de edad de sexo femenino es enviada a la emergencia de cirugía del Hospital de Huaycán puesto que presenta desde hace 15 horas un dolor abdominal inferior de intensidad 8/10 de tipo cólico, específicamente en fosa iliaca derecha. Indica haber perdido totalmente el apetito y tener 4 deposiciones líquidas negando moco y sangre; así como 2 vómitos post prandiales. Además, menciona haber ingerido 2 tabletas de hioscina, las cuales no aplacaron el dolor. Motivo por el que su familia al verlo en ese estado es traído a la emergencia. No indica molestias urinarias, niega percibir alza térmica y niega inicio de relaciones sexuales.

Antecedentes de importancia

- Extracción de fibroadenoma en mama, hace 3 años
- Niega alergias
- FUR hace 28 días

Examen físico

- Funciones vitales: FC 100 lpm, FR 18 rpm, PA 105/70 mmHg, T° 37.2C, SatO2 97%
- Peso: 55 kg, Talla 152 cm
- PyF: Tibia, elástica, pero con mucosas secas y ojos hundidos producto del estado de deshidratación presentado, palidez +/+++
- TyP: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no rales audibles
- Cv: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles
- Abd: no se observan cicatrices en abdomen, RHA +, blando, depresible con dolor a la presión superficial y profunda en hipogastrio, así como en fosa iliaca derecha. Signos de Blumberg, Psoas y Rovsing (+).
- SNC: LOTEPE, con Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica

- Síndrome doloroso abdominal a d/c apendicitis aguda versus d/c embarazo ectópico

Exámenes auxiliares

- Hemograma: leucocitos 18 500, segmentados 95%, hemoglobina 11.1
- Beta hCG cualitativo negativo
- Orina: leucocitos 0-4 por campo, eritrocitos 0-1 por campo, nitritos y gérmenes ausentes.
- Ecografía abdominal inferior: apéndice de 8.0 cm de diámetro, pared de 4.2 cm; concluyendo imagen altamente correlacionada a proceso apendicular, que se sugiere correlacionar con la clínica.

Plan de trabajo

1. Ingreso a hospitalización
2. Nada por vía oral (NPO)
3. Vía salinizada con: NaCl 0.9% 1L + Dextrosa 5% 1L+ NaCl 20% 2 ampollas+ KCl 20% 1 ampolla (EV)
4. Ceftriaxona 2g endovenoso cada 24 horas
5. Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas
6. Control de funciones vitales cada 8 horas
7. I/C a gineco obstetricia
8. Programación a sala de operaciones posterior a respuesta de ginecología

Evolución:

- Ante respuesta de ginecología, se descarta posibilidad de embarazo ectópico mediante ecografía abdominal inferior. Donde también se verifica proceso apendicular.

- Se procede a realizar apendicetomía, describiendo el procedimiento de la siguiente manera:

Reporte Operatorio:

- Paciente en posición supina, se aplica anestesia general según protocolo, con monitorización continua de signos vitales.
- Se procede a realizar incisión en cuadrante inferior derecho de pared abdominal, usando técnica de McBurney, identificando apéndice en posición cecal, con signos de inflamación y eritematoso.
- Haciéndose disección de tejido circundante para exponer adecuadamente apéndice, verificándose exudado purulento en cavidad, aspirándose. Ligándose también vasos apendiculares con sutura absorbible.
- Con cautela, se procede a extirpar apéndice, evitando ruptura de este. Verificándose hemostasia correcta en zona de disección.
- Lavada la cavidad abdominal con solución salina estéril, se hace el cierre por planos de la herida quirúrgica, empleando sutura absorbible en la fascia y sutura intradérmica en la piel.
- Nuevamente se constata la hemostasia, se procede a colocar apósitos estériles en la herida operatoria.
- Trasladándose finalmente a sala de recuperación en buenas condiciones hemodinámicas y respiratorias.

Hallazgos Intraoperatorios:

- Apendicitis aguda con apéndice inflamado
- Exudado purulento en cavidad
- Hemostasia adecuada, post extirpación apendicular

Complicaciones y recomendaciones:

- No se presentaron complicaciones durante la cirugía
- Analgesia controlada, dieta líquida y progresión a sólida
- Control de funciones vitales cada 4 horas y observar signos de alarma
- Seguimiento en consultorio externo en 7 días para revisión de herida.

Caso Clínico 2

Paciente varón de 18 años de edad, agricultor, sin detallar alguna comorbilidad, acude a emergencias acompañado de compañero de trabajo, a causa de accidente laboral sufrido con motosierra, la cual le causó un corte profundo en la mano izquierda, con un sangrado abundante de 1 hora de antigüedad.

Indica que trabajaba en una chacra a 1 hora de distancia del hospital, motivo por el cual se colocó un “torniquete” rústico y fue traído con celeridad a este nosocomio.

Cuando ingresa se encontraba aún AREG, AREN y AREH, lúcido, deambulando con algunas dificultades, con vestimenta manchada de sangre, colaborador pero temeroso.

Examen físico:

- Funciones vitales: FC 130 lpm, FR 22 rpm, T° 37°C, SatO2 97%.
- PyF: palidez, frialdad, LLC<2”
- TyP: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no rales auscultables al momento
- Cv: ruidos cardiacos taquicárdicos, de intensidad media, sin soplos
- Soma: torniquete en miembro izquierdo, mano izquierda tapada con

- trapos que se hallaban completamente con sangre. Al retirar lo expresado previamente se encuentra amputación traumática de mano a nivel de la base, con sangrado activo, evidenciándose restos óseos y tierra.

Plan de trabajo:

- Vía periférica STAT con NaCl 0,9% 1000 cc
- Limpieza profusa de la herida con cloruro a chorro, clorhexidina y se efectúan puntos de hemostasia para evitar el sangrado a chorro, posteriormente vendándose.
- Se solicita radiografía de mano y muñeca
- Aplicación de Gentamicina y Cefazolina c/12 h EV
- Hospitalización en el servicio de traumatología para la realización de desarticulación de miembro izquierdo y posterior muñón.

Evolución:

- Paciente hospitalizado para observación de signos de infección posteriores a desarticulación de miembro, que al tercer día evoluciona favorablemente.
- Dada la evolución adecuada, se da de alta con indicaciones de antibióticos vía oral y posterior control por consultorio externo de traumatología para revisión de muñón.

Caso Clínico 3

Varón de 38 años acude al hospital quien indica que luego de haber ingerido el almuerzo por su cumpleaños presenta dolor intenso a nivel de abdomen superior, en hipocondrio derecho y epigastrio, de 10 horas de evolución e intensidad 7/10, que no se irradia, así como náuseas y vómitos en 4

oportunidades. Refiere también sensación de alza térmica, no pudiendo manejar más el cuadro en casa, acude a la emergencia.

Antecedentes de importancia

- Apendicectomía hace 7 años
- Pancreatitis 3 años atrás
- Hipertensión arterial controlada con Losartán 50 mg 2 veces al día

Examen físico

- AREG, AREN, AREH
- Funciones vitales: PA 130/80 mmHg, FC 110 lpm, FR 19 rpm, T 39.1°C, SatO2 98%
- Peso: 95 kg, Talla 172
- PyF: tibia, hidratada y elástica, con un LLC<2", sin signos de ictericia en piel ni mucosas.
- Cv: ruidos cardíacos de buena intensidad, no soplos
- TyP: murmullo vesicular pasa adecuadamente en ambos hemitórax, sin estertores a la auscultación
- Abdomen: blando, depresible, con distensión leve, signos de incisión Mc Burney previa en fosa iliaca derecha, ruidos presentes, doloroso en hipocondrio derecho, Murphy (+), sin visceromegalia o signos de irritación peritoneal.
- SNC: LOTEP, Glasgow 15/!5, no signos de irritación meníngea

Diagnósticos presuntivos

- D/c colecistitis aguda
- D/c coledocolitiasis

Plan de trabajo

- Se solicita ecografía abdominal superior para confirmar signos de colecistitis y d/c signos de coledocolitiasis que pudieran complicar cuadro
- Se solicita hemograma completo, bilirrubinas directas e indirectas, PCR
- Analgesia para manejo del dolor
- Antibiótico terapia profiláctica
- Hospitalización con vía salinizada
- Programar para sala para COLELAP

Los resultados laboratoriales no hicieron más que evidenciar los niveles elevados de leucocitos y PCR. Al igual que la ecografía que nos refleja un colédoco de 8 mm, vesícula de 120x55cm, pared con engrosamiento de 13 mm, cálculos múltiples de diferentes tamaños que van desde los 5 mm hasta los 15 mm, además de barro biliar.

Reporte operatorio:

- Paciente en decúbito dorsal, se procede a aplicar anestesia general.
- Se colocan trócares en región umbilical y en cuadrante superior izquierdo y derecho de abdomen superior, colocando la cámara e instrumentos para laparoscopia.
- Se identifica visualmente la vesícula biliar, la cual presentó múltiples cálculos.
- Se secciona el triángulo de Calot, preservando el conducto cístico y el colédoco. Mediante clips metálicos, se secciona y ligan vasos císticos.
- Procediendo a la extracción de la vesícula por medio de uno de

los trócares, se revisa la hemostasia y cavidad abdominal en busca de fuga biliar o lesiones previamente no detectadas.

- Se extraen trócares y se cierran las incisiones con sutura, cubriendo con apósitos.

Hallazgos:

- Vesícula biliar calculosa múltiples, triángulo de Calot disecado sin complicaciones, hemostasia adecuada en zona disecada.

Complicaciones y recomendaciones:

- No hubieron complicaciones durante la cirugía
- Se recomienda analgesia controlada, dieta líquida que progrese a dieta blanda, según tolerancia.
- Control de funciones vitales cada 4 horas
- Control por consultorio externo en 10 días para revisión de puntos de incisión y evaluación post operatoria general.

Caso Clínico 4

Paciente de 49 años de sexo masculino, con un tiempo de enfermedad de 1 año de inicio insidioso, curso progresivo. Acude a consultorio externo por tener síntomas de tenesmo vesical, dificultad para el inicio de la micción y disminución de esta, además de nicturia.

A la entrevista con el urólogo, refiere lo dicho previamente. Así como un agravamiento de la clínica desde hace 2 meses.

Antecedentes de importancia

- Niega enfermedades previas quirúrgicas → artroscopía de cadera derecha, cirugía por fimosis en glánde
- Niega reacciones medicamentosas

Examen físico

- Funciones vitales: PA 110/75 mmHg, FR 16 rpm, FC 92 lpm, SatO2 99%, T 36.7°C
- Peso 69 kg, Talla 172
- PyF: turgente, tibia, elástica e hidratada, con llenado capilar inferior a 2 segundos, no palidez ni ictericia, no edemas
- TyP: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Cv: ruidos cardiacos rítmicos, moderada intensidad, no soplos
- Abd: globuloso, sin cicatrices visibles, RHA +, sin dolor a la palpación superficial o profunda
- SNC: LOTEP, Glasgow 15/15
- GU: PPL (-), PRU (-), al tacto rectal se palpa próstata indurada, aumentada de tamaño, sin evidencia de sangrado activo.

Exámenes auxiliares

- Urea 19.1, Creatinina 0.82, Glucosa 100, Hb 16.7, hematocrito 45.8%, leucocitos 5.74, abastoados 0%, tiempo de sangría menor a dos segundos
- Sedimento urinario: no alterado
- PSA (total) 9.24 y PSA (libre) 0.45
- Ecografía prostática: morfológicamente redondeada de bordes regulares, central de dimensiones 30x20mm, hipoecoica, textura heterogénea, sin calcificaciones. Se observa región hipoecoica de 16mmx9mm en base y lado izquierdo
- Biopsia de próstata: adenocarcinoma de próstata, Gleason 7/10

- Tomografía axial computarizada c/ contraste de tórax, abdomen y pelvis: no se observan signos metastásicos

Diagnóstico

- Neoplasia prostática maligna

Plan de trabajo

- Hospitalizar al paciente para programación quirúrgica. Una vez completos los riesgos operatorios, se procede a realizar prostatectomía radical + linfadenectomía pélvica.

Hallazgos quirúrgicos

- Próstata de 20 cc aproximadamente, sangrado 350 cc, estructura prostática de fijación adheridas a cara posterior.

Se procede a hacer la resección de la próstata mediante prostatectomía radical, aplicando hemostasia de manera acuciosa en todo momento para control de sangrado. Posterior, se efectúa cierre de capas quirúrgicas, sin añadir drenajes. Sin ningún tipo de complicación intraoperatoria, se procede a conducir al paciente a unidad de recuperación post anestésica.

CAPÍTULO II

CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Hospital de Huaycán

El Hospital de Huaycán, un establecimiento médico de carácter público ubicado en la avenida Av. José Carlos Mariátegui S/N Zona "B" en Huaycán, Ate, es gestionado por el Ministerio de Salud del Perú (Minsa) y dirigido por el doctor Carlos Antonio Sarmiento Amao. Ofrece una amplia variedad de servicios médicos que abarcan áreas como medicina general, obstetricia, gineco obstetricia, pediatría, psicología, psiquiatría, oftalmología, traumatología, entre otros. Su principal objetivo es asegurar a los pacientes una atención eficaz y oportuna, dentro de un modelo de atención centrado en la transparencia y la lucha día a día en contra la corrupción.

La visión del Hospital de Huaycán es transformarse en un centro hospitalario de mayor complejidad, donde los profesionales se comprometan plenamente con proporcionar una atención de calidad, evaluada en función del nivel de satisfacción de los pacientes, y eliminar por completo cualquier forma de corrupción institucional. Los valores que rigen su actuación incluyen la lealtad, la equidad, la responsabilidad, la honestidad, la solidaridad, el respeto y la ética, los cuales orientan su dedicación hacia la excelencia en la prestación de servicios médicos y en el servicio a la comunidad (1).

Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

El Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, ubicado en Lima, Perú, es reconocido por ofrecer atención médica especializada a niños y mujeres embarazadas, siendo un centro de referencia destacado para el tratamiento de enfermedades pediátricas y obstétricas en el país. Ofrece una amplia gama de servicios médicos que incluyen consultas externas, hospitalización, emergencias, cirugía pediátrica, neonatología, ginecología y obstetricia, así como servicios de diagnóstico por imágenes, laboratorio clínico y farmacia. Con una sólida trayectoria en la formación de profesionales de la

salud, el hospital se destaca por su función docente, investigación médica y capacitación continua del personal sanitario. Además de su labor asistencial y educativa, el hospital desempeña un importante papel en la comunidad al participar en campañas de salud pública y programas de prevención de enfermedades dirigidos especialmente a la población infantil y materna. En resumen, el Hospital San Bartolomé es una institución de renombre que proporciona atención médica especializada de alta calidad y contribuye significativamente a la formación de profesionales de la salud y a la promoción de la salud pública en Lima y sus alrededores.

Hospital de Lima Este-Vitarte

El Hospital de Emergencia de Ate Vitarte, situado en Lima, Perú, es una institución médica dedicada a brindar atención especializada y de emergencia a pacientes que requieren intervención inmediata debido a diversas condiciones médicas. Equipado para manejar trauma, enfermedades agudas y otros casos urgentes, el hospital cuenta con salas de emergencia, unidades de cuidados intensivos, quirófanos y servicios de diagnóstico avanzados. Su disponibilidad las 24 horas del día, los 7 días de la semana, garantiza que las personas puedan recibir atención médica oportuna en cualquier momento. Además de la atención de emergencia, es probable que el hospital ofrezca servicios ambulatorios y programas de prevención de enfermedades para promover la salud en la comunidad de Ate Vitarte y sus alrededores.

CAPÍTULO III

APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1. Rotación de Medicina Interna

Caso Clínico 1

La sífilis maligna es una forma inusual de la sífilis secundaria, más prevalente en pacientes inmunocomprometidos. La coexistencia de sífilis y VIH resulta en un notable incremento en la carga viral del VIH, lo que, junto con la reducción de los linfocitos T CD4+, aumenta el riesgo de sífilis maligna. En la actualidad, esta variante poco común representa alrededor del 7% de todos los casos de sífilis secundaria en pacientes con sistema inmunológico comprometido, siendo a menudo la primera manifestación de la infección por VIH, tal como ocurrió en nuestro caso. La manifestación cutánea más típica de la sífilis maligna implica la aparición de lesiones ulcerativas nodulares con costra central, observables en diversas partes del cuerpo. En situaciones de presentación tan agresiva, se aconseja realizar una biopsia cutánea para descartar otras posibles afecciones en el diagnóstico diferencial, como infecciones cutáneas de origen diverso, enfermedades linfoproliferativas, vasculitis, entre otras (2).

Las últimas recomendaciones emitidas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU. en 2021 no ofrecen pautas específicas para tratar la sífilis maligna. Por consiguiente, se sigue el mismo régimen terapéutico que para la sífilis latente tardía, que consiste en la administración intramuscular de bencilpenicilina 2.400.000 UI semanal durante tres semanas. En el caso de nuestro paciente, se observó poco después de comenzar el tratamiento antibiótico un episodio limitado de dolor articular y muscular, fiebre y una erupción cutánea no pruriginosa, que respondió favorablemente a los antitérmicos sin mayores complicaciones, sugiriendo una posible reacción de Jarisch-Herxheimer (RJH), lo que respaldó el diagnóstico de sífilis maligna.

Nuestro caso clínico presenta las características principales descritas en la literatura sobre esta variante de sífilis secundaria, subrayando la importancia de realizar pruebas de detección de otras infecciones de transmisión sexual debido a la vía de contagio, así como la evaluación primordial de la infección por VIH (3).

Caso Clínico 2

Paciente varón de 70 años que acude por presentar dolor en la zona cervical y dorsal que se irradia a miembros superiores y además estar febril con 39°, al realizar resonancia magnética se observó una mielopatía; además, se realizó un hemocultivo que aisló el crecimiento del *staphylococcus aureus*. Se termino diagnosticando al paciente de absceso cervical por *staphylococcus aureus*, espondilodiscitis y mielopatía compresiva.

La espondilodiscitis es una infección de los cuerpos vertebrales y los discos intervertebrales de la columna vertebral. Puede ocurrir como resultado de la propagación de bacterias desde una infección cercana, como una infección dental o una infección del tracto respiratorio, o por diseminación hematogena desde otra parte del cuerpo. Los síntomas pueden incluir dolor en la espalda, fiebre, rigidez espinal y malestar general. El diagnóstico generalmente se realiza mediante pruebas de imagen, como radiografías, resonancia magnética o tomografía computarizada, y a veces se requiere una biopsia para confirmar la presencia de una infección (4).

El tratamiento de la espondilodiscitis implica el uso de antibióticos intravenosos durante un período prolongado, a menudo durante varias semanas o incluso meses, para eliminar la infección. En algunos casos, puede ser necesaria la cirugía para drenar el absceso o estabilizar la columna vertebral si hay daño estructural significativo. En este caso clínico se le dio tratamiento completo de cloxacilina para el absceso notando una mejoría favorable.

La mielopatía compresiva es una afección en la que la médula espinal está comprimida o comprometida debido a la presión ejercida por estructuras

cercanas, como los discos intervertebrales herniados, los tumores espinales, los abscesos o la espondilosis cervical. Esto puede provocar síntomas como debilidad, entumecimiento, hormigueo, dificultad para caminar, pérdida de control de la vejiga o los intestinos, y en casos graves, puede provocar parálisis.

El tratamiento de la mielopatía compresiva depende de la causa subyacente de la compresión. Puede incluir medidas conservadoras como reposo, fisioterapia y medicamentos para controlar el dolor y la inflamación, así como cirugía para descomprimir la médula espinal y estabilizar la columna vertebral si es necesario. El objetivo del tratamiento es aliviar la presión sobre la médula espinal y prevenir el deterioro neurológico adicional (5).

Caso Clínico 3

El pie diabético suele ser una complicación crónica de la diabetes que es causada como producto de una enfermedad vascular y neuropatía. Mientras la neuropatía ataca la motricidad de los músculos pedios, la neuropatía afecta la sensibilidad del pie, provocando que el paciente no sienta dolor y en consecuencia detecte alguna lesión de manera tardía (6).

A su vez, la afectación del sistema autónoma va a producir una hidratación disminuido, provocando que la piel se torne seca y exponiéndose a fisuras y demás. Mientras que, la enfermedad vascular periférica va a hacer que existan zonas con un flujo sanguíneo afectado, causando úlceras en esta.

En el caso expuesto, se realizó una I/C con cirugía cardiovascular, la cual concluye como diagnóstico y luego de hacerle una ecografía doppler, "ISQUEMIA CRÓNICA QUE AMENAZA MIEMBRO INFERIOR". Lesión ulcerativa en primer dedo, con signos flogóticos y un llenado capilar lento.

Añaden además que paciente requiere de manera urgente angioplastia de arterias tibiales, de lo contrario existirá un alto riesgo de amputación.

La isquemia crónica amenazante se define como una etapa avanzada de la EAP, que característicamente presenta dolor en la extremidad al reposo, ulceración y posterior necrosis tisular. Para estos casos, se va a emplear la

clasificación Wlfl (*Wound, Isquemia and foot Infection*) (7) para conseguir estudiar la isquemia del pie diabético y el riesgo que pudiera existir de tener que amputar dicho miembro. En este caso en particular, se detectó una alta probabilidad de amputación en menos de 1 año, de no hacer la angioplastia. Pero se identificó también una alta posibilidad de obtener resultados satisfactoria con una angioplastia.

Es por este motivo que la paciente fue transferida a un centro de mayor complejidad, donde se le hizo una angioplastia de manera temprana, con buenos resultados.

Caso Clínico 4

En este caso, se habla de una paciente de edad joven con un diagnóstico de pielonefritis Ag, la cual refiere a una infección parenquimatosa y pélvica renal, a causa del crecimiento exagerado de bacterias, sobre todo Gram negativas tales como *E. coli*, que se expresa como un síndrome miccional con fiebre, escalofríos, náuseas, taquicardia y vómitos.

Es necesario señalar que, de no recibir tratamiento de manera oportuna, se pueden producir recurrencias, así como complicaciones graves, abscesos y el desarrollo de fibrosis renal, sepsis o enfermedad renal crónica.

El diagnóstico de una pielonefritis se basa en la presencia de síntomas como fiebre, dolor lumbar, polaquiuria y disuria, así como de tenesmo vesical. Además, se hacen pruebas diagnósticas como urocultivos, exámenes de orina, eco renal y TAC (8).

El haber decidido realizar un manejo hospitalario va a depender si el paciente está séptico o presenta algún signo que nos permita identificar si este se encuentra grave. Estos pueden ser desde fiebre alta persistente, debilidad marcada, no tolerancia de vía oral y dolor intenso. Es por ello, que, en este caso, se van a cumplir los criterios de sepsis, así como dolor intenso y debilidad marcada. Motivo por el cual se le hospitaliza.

Con referencia al tratamiento, este se va a centrar en el uso de antibióticos como primera línea, junto con hidratación, analgesia, de la fiebre y reposos.

Esta terapia debe ser específica para el agente causal, por ello un urocultivo es esencial; no obstante, es importante realizar también una terapia empírica hasta obtener resultados, como en el caso de esta paciente

Dentro de las opciones de tratamiento podemos usar ceftriaxona cada 24 horas, levofloxacino 750 mg y ciprofloxacino 400 mg. Eligiéndose en este caso, ciprofloxacino debido a la usual incidencia de pacientes que acuden al nosocomio (9).

En el urocultivo se aísla *E.coli* que es sensible a ciprofloxacino, la cual mantuvo tratamiento, logrando que el paciente reaccione favorablemente y antes de su alta, sus valores de laboratorio se normalicen.

III.2. Rotación de Ginecología y Obstetricia

Caso Clínico 1

Paciente postmenopáusica de 55 años con sangrado abundante se le realiza una histeroscopia definiendo que masa vista por una ecografía transvaginal era un pólipo endometrial. Hay que saber que el pólipo endometrial se diagnostica mediante la evaluación histológica de la muestra después de su extracción. Estos crecimientos consisten en la hiperplasia de glándulas endometriales y estroma, formando una proyección que en muchos casos es asintomática. Aunque la mayoría de los pólipos endometriales son benignos, existe un riesgo de malignidad en algunas mujeres.

La prevalencia de estos pólipos entre mujeres sometidas a biopsia endometrial o histerectomía oscila entre el 10 y el 24 por ciento, siendo aproximadamente el 95 por ciento de ellos benignos. En la nomenclatura de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el sangrado uterino anormal atribuido a los pólipos se denomina AUB-P. En mujeres postmenopáusicas, los pólipos endometriales suelen manifestarse con un sangrado uterino escaso, incluso solo manchado, aunque algunas pueden

experimentar sangrado más abundante entre los ciclos menstruales o menorragia, así como hemorragia por disrupción durante la terapia hormonal (10).

Estos pueden ser detectados mediante ultrasonografía transvaginal realizada por otras indicaciones, y muchos son identificados durante la histeroscopia. Se recomienda la remoción de pólipos endometriales sintomáticos en mujeres premenopáusicas, así como en aquellas asintomáticas con factores de riesgo de hiperplasia o cáncer endometriales. Para mujeres postmenopáusicas, se aconseja la eliminación de todos los pólipos endometriales, y la polipectomía se considera una opción razonable para aquellas con pólipos de más de 1,5 cm, múltiples o con prolapso, así como para las mujeres infértiles (11).

Caso Clínico 2

Paciente de 33 años con amenorrea secundaria desde hace 5 meses, se le hace un examen hormonal de la FSH el cual sale en valores elevados (45 IU/ml), los cuales son valores que serían normales en una paciente menopáusica. Se realiza una ecografía transvaginal y no se observa ningún folículo antral en el ovario izquierdo, por lo que se determina que estamos ante una falla ovárica precoz. La falla ovárica precoz, también conocida como insuficiencia ovárica prematura (IOP) o menopausia prematura, es una condición en la cual los ovarios de una mujer dejan de funcionar adecuadamente antes de los 40 años (12). Esta condición puede manifestarse de varias maneras y puede tener varias causas subyacentes. Aquí hay algunas características clave y consideraciones sobre la falla ovárica precoz:

- Síntomas: Los síntomas de la falla ovárica precoz pueden variar ampliamente entre las mujeres, pero pueden incluir períodos menstruales irregulares o ausentes, sofocos, cambios en el estado de ánimo, sequedad vaginal, disminución del deseo sexual, dificultad para quedar embarazada y síntomas asociados con la menopausia, como cambios en la piel y el cabello.

- Causas: Las causas de la falla ovárica precoz pueden ser genéticas, autoinmunes, ambientales o idiopáticas (de causa desconocida). Algunas mujeres pueden experimentar esta condición debido a anomalías cromosómicas, trastornos autoinmunes como la enfermedad de Hashimoto o la artritis reumatoide, tratamientos médicos como la radioterapia o la quimioterapia, o factores ambientales como la exposición a toxinas.
- Diagnóstico: El diagnóstico de la falla ovárica precoz generalmente se basa en la presencia de síntomas característicos, pruebas hormonales que muestran niveles elevados de hormona foliculoestimulante (FSH) y niveles bajos de estradiol en la sangre, y la exclusión de otras condiciones médicas que podrían estar causando los síntomas.
- Impacto en la fertilidad: La falla ovárica precoz puede afectar significativamente la fertilidad de una mujer, ya que puede dificultar o imposibilitar la concepción natural. Sin embargo, algunas mujeres con esta condición aún pueden quedar embarazadas con la ayuda de técnicas de reproducción asistida, como la fertilización in vitro (FIV) o el uso de óvulos donados.
- Tratamiento: El tratamiento de la falla ovárica precoz generalmente se centra en aliviar los síntomas y minimizar los riesgos asociados, como la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares debido a la falta de estrógeno. Esto puede implicar terapia hormonal con estrógeno y progesterona para reemplazar las hormonas que faltan, así como el asesoramiento sobre opciones reproductivas y el apoyo emocional (13).

Caso Clínico 3

En el presente caso, la paciente tuvo como diagnóstico final una vulvovaginitis candidiásica, la que puede aparecer en el 75% de las mujeres en edad reproductiva a lo largo de su vida. La enfermedad es causada por el crecimiento excesivo de *Cándida spp.*

Dentro de la cual, la especie más detectada en cultivos es la *C. albicans*, la cual causa cerca del 86% de los episodios (14). Si bien la infección puede ocurrir de manera espontánea, también se han detectado factores de riesgo tales como los antibióticos, diabetes, terapia con corticoides, embarazo, VIH, etc.

Si bien esta no es considerada una enfermedad de transmisión sexual, siempre debe hacerse un correcto diagnóstico diferencial con estas patologías. Siendo el cuadro clínico que caracteriza esta patología, el flujo blanquecino, grumoso, no maloliente, eritema y picor vaginal intenso, llegando inclusive a la disuria o dispareunia.

Es de este modo que, para diagnosticar este mal, es importante la clínica, una adecuada evaluación física, junto con otras herramientas como el Ph (suele ser ácido), examen directo que permita la visualización de hifas o pseudohifas, junto con el cultivo del flujo.

Con respecto al tratamiento, en caso sea una infección no complicada, se indicará fluconazol 150mg por VO a monodosis, clotrimazol tópico al 1% por una semana, clotrimazol 100mg vaginal por 7 días o 500 mg de monodosis (15).

Caso Clínico 4

El caso expuesto, refiere una mujer de 28 años con una vida sexual activa”, con un dolor caracterizado en hemi-abdomen inferior/hipogastrio, así como flujo vaginal inusual. Es así que en la exploración física se haya un cérvix doloroso a la movilización y palpación bimanual doble de anexo izquierdo, el cual es coincidente con enfermedad pélvica inflamatoria (16).

La EPI es una enfermedad ginecológica, que suele afectar tracto genital superior, atacando al útero, trompas y ovarios, siendo etiológicamente polimicrobiana. No obstante, se suele frecuentar más la *Chlamydia trachomatis* y la *Neisseria gonorrhoeae*.

Así mismo, esta tiene como principal mecanismo de transmisión el canal sexual (16).

Como indica la norma técnica del Ministerio de Salud, el cuadro hace referencia a una paciente con síndrome doloroso abdominal inferior; para el cual, se suele manejar ambulatoriamente con ciprofloxacino 500 mg por VO a dosis única, más doxiciclina 100mg VO por 2 veces al día por 2 semanas, incluyendo también metronidazol 500 mg cada 12 horas por 14 días por vía oral. Prefiriéndose este tratamiento, y el que finalmente se le indico a la paciente, consiguiendo una mejoría eficaz para la reevaluación de la paciente (17).

También, junto con el tratamiento indicado, se brindó consejería a la paciente acerca de infecciones de transmisión sexual y prevención de estas.

III.3. Rotación de Pediatría

Caso Clínico 1

Paciente se acerca en compañía de padres por maculas hipopigmentadas de bordes definidos, característico de vitíligo. El vitíligo es una enfermedad dermatológica caracterizada por la pérdida gradual de pigmentación en la piel, lo que resulta en la aparición de manchas blancas o des pigmentadas. Aunque puede afectar a personas de todas las edades, incluidos los niños y adolescentes, su aparición en la infancia puede plantear desafíos únicos tanto para los pacientes como para sus familias.

En la edad pediátrica, el vitíligo puede tener un impacto significativo en la autoestima y la calidad de vida del niño, especialmente debido a la presión social y a la posibilidad de ser objeto de acoso o discriminación. Los niños pueden experimentar emociones como la vergüenza, la ansiedad y la depresión debido a los cambios visibles en su apariencia (18).

El manejo del vitíligo en niños generalmente implica un enfoque multidisciplinario que incluye la atención dermatológica, el apoyo psicológico y la educación sobre la enfermedad.

Es importante que los padres y cuidadores brinden un ambiente de apoyo y comprensión al niño, ayudándolo a aceptar y manejar la enfermedad de manera positiva.

Además del aspecto emocional, el tratamiento del vitíligo en la infancia también puede requerir un enfoque especializado, ya que algunas opciones terapéuticas pueden no ser adecuadas para niños pequeños. Los tratamientos pueden incluir terapias tópicas, fototerapia, medicamentos tópicos o sistémicos, y en algunos casos, procedimientos quirúrgicos (19).

Caso Clínico 2

Paciente pediátrico con lesiones polimorfas eritematosas y algunas con costras mielicéricas en la zona de la mejilla, se dio el diagnóstico de impétigo vulgar. El impétigo es una infección cutánea superficial causada por bacterias Gram positivas, como el estreptococo beta hemolítico del grupo A (GABHS) y el *estafilococo aureus*, que se caracteriza por la formación de pequeñas pústulas, ampollas o vesículas sub córneas. Se clasifica en dos formas clínicas principales: el impétigo contagioso, también conocido como impétigo vulgar, que representa la mayoría de los casos, y el impétigo ampolloso o bulloso, que constituye una proporción menor y puede presentarse de manera localizada o generalizada.

Las manifestaciones clínicas del impétigo varían según la forma de la enfermedad y la cepa bacteriana involucrada. En el caso del impétigo vulgar, las lesiones suelen comenzar como pequeñas pápulas eritematosas que evolucionan rápidamente a vesículas o pústulas que se rompen fácilmente, formando costras amarillentas. Estas lesiones son indoloras y generalmente se localizan en áreas expuestas de la piel, como el rostro y las extremidades, y pueden propagarse a áreas adyacentes por autoinoculación. Por lo general, el impétigo se resuelve sin tratamiento en unas dos semanas, aunque puede dejar hipopigmentación residual (20).

En cuanto a la etiología del impétigo, se ha observado un cambio en la predominancia de los agentes causales a lo largo del tiempo. Históricamente,

se asociaba principalmente al estreptococo betahemolítico del grupo A (GABHS), pero en las últimas décadas se ha evidenciado un aumento en la prevalencia del *estafilococo aureus* como agente causal predominante, especialmente en el impétigo no ampollar en niños. Aunque el *estafilococo aureus* es el agente más comúnmente aislado en el impétigo, también puede haber una presencia mixta de bacterias en algunos casos (21).

Caso Clínico 3

Lactante con coloración amarillenta con una escala de Kramer 3, ictericia hasta las rodillas. La ictericia es una condición clínica que se caracteriza por la coloración amarillenta de la piel y las mucosas debido al depósito de bilirrubina. La hiperbilirrubinemia, por otro lado, se refiere a niveles elevados de bilirrubina en el plasma sanguíneo. En el caso de los recién nacidos, la ictericia se considera clínicamente presente cuando los niveles de bilirrubina superan los 5 mg/dL, lo que puede observarse al presionar la piel y notar un tono amarillento en áreas como la cara, extendiéndose luego hacia el tronco y las extremidades. Esta progresión puede ser indicativa del grado de ictericia.

La ictericia fisiológica es común en los recién nacidos a término, afectando alrededor del 60% de ellos. Se caracteriza por ser leve, transitoria (apareciendo entre el segundo y séptimo día de vida), y de predominio indirecto, con niveles de bilirrubina por debajo de 12,9 mg/dL en lactantes alimentados artificialmente o 15 mg/dL en los lactantes alimentados con leche materna. Por otro lado, la ictericia se considera patológica cuando comienza en las primeras 24 horas de vida, se asocia con otros síntomas, presenta un aumento significativo de la bilirrubina, supera los límites establecidos para la ictericia fisiológica, o persiste más allá de ciertos períodos en recién nacidos a término o pretérmino (22).

El objetivo principal del tratamiento es mantener los niveles de bilirrubina dentro del rango seguro para el recién nacido. Esto se logra mediante el uso de diferentes modalidades terapéuticas, entre las cuales se destaca la fototerapia. La fototerapia consiste en exponer al bebé a una luz especial, generalmente de color azul, que ayuda a convertir la bilirrubina en formas que

el cuerpo puede eliminar a través de la orina y las heces. En nuestro caso clínico, se optó por iniciar la fototerapia intensiva utilizando luz azul con una longitud de onda específica, preferiblemente colocada perpendicularmente sobre la piel del bebé y protegiendo los ojos y el área genital.

La fototerapia intensiva se indica especialmente para recién nacidos que presentan niveles elevados de bilirrubina y han ingresado al hospital entre el cuarto y séptimo día después del nacimiento, particularmente después de partos normales. Estudios previos han demostrado la eficacia de la fototerapia intensiva en el tratamiento de la hiperbilirrubinemia severa no hemolítica, donde los niveles de bilirrubina superan los 20 mg/dL (342 μ mol/L). En estos casos, la fototerapia intensiva ha mostrado ser efectiva y ha evitado la necesidad de realizar exanguinotransfusión, un procedimiento más invasivo. Aunque algunos estudios sugieren que la fototerapia intermitente podría ser beneficiosa, aún no se ha establecido claramente su superioridad sobre la fototerapia continua (23).

Caso Clínico 4

En este caso clínico vemos un lactante masculino que tiene regurgitaciones, se le realiza una ecografía abdominal y se observó una estenosis hipertrófica del píloro, engrosamiento del píloro con 7 mm. La estenosis hipertrófica del píloro (EHP) es una condición que ocurre en bebés y se define por un aumento en el grosor del músculo del píloro, lo que resulta en una obstrucción parcial o total del paso de los alimentos desde el estómago hacia el intestino delgado. Esta condición es más común en lactantes varones que en mujeres y generalmente se presenta durante las primeras semanas o meses de vida, siendo más frecuente entre las 2 y 6 semanas de edad (24).

Los lactantes con estenosis hipertrófica del píloro suelen presentar los siguientes síntomas:

- Vómitos: Los vómitos son el síntoma más común y suelen ocurrir después de cada alimentación. Inicialmente, los vómitos pueden ser esporádicos y luego se vuelven más frecuentes y proyectiles.

- Pérdida de peso: Debido a los vómitos frecuentes, los lactantes pueden experimentar una pérdida de peso o un crecimiento deficiente.
- Hambre persistente: A pesar de los vómitos, los lactantes pueden seguir mostrando hambre después de alimentarse.
- Deshidratación: Los vómitos repetidos pueden llevar a la deshidratación, lo que puede manifestarse en la disminución de la orina, la sequedad de la boca y los labios, y el llanto sin lágrimas.

El diagnóstico de la EHP generalmente se hace a través de la evaluación clínica y pruebas de diagnóstico por imágenes, por ejemplo, con la ecografía abdominal. El tratamiento primario para la EHP es mediante la corrección quirúrgica por una técnica llamada píloro-miotomía, en la cual se realiza una incisión en el músculo engrosado del píloro para permitir que los alimentos pasen de manera libre hacia el intestino delgado (25).

III. 4. Rotación de Cirugía General

Caso Clínico 1

Una patología como la apendicitis es una de las emergencias más vistas en una sala de emergencias, presentando un riesgo relativo del 8% durante de la vida de una persona. Es de suma importancia saber hacer un diagnóstico precoz, para que de manera oportuna se puede manejar; puesto que un mal diagnóstico o retraso puede producir incremento en el riesgo de morir.

Dado lo antes expuesto, y su importancia, existen diversos scores para intentar predecir qué tanta probabilidad de apendicitis existe en un paciente con dolor abdominal agudo. Entre estos tenemos al score de Alvarado, Alvarado modificado, RIPASA score, entre otros (26).

Hablando de una de las más usadas, refiriéndonos al score de Alvarado. Esta fue hecha en el 1986, y en Perú es la escala más empleada. Emplea únicamente 3 síntomas, 2 pruebas de laboratorio y 3 signos. Lo cual indica que, para el diagnóstico de apendicitis, se va a tener que aplicar netamente la

clínica. Las manifestaciones clínicas pueden expresarse de la siguiente manera: migración del dolor desde, usualmente, epigastrio hacia fosa iliaca derecha (también conocida como cronología de Murphy) (1 punto), anorexia (1 punto) y existencia de náuseas-vómitos (1pto). En referencia a los signos tenemos dolor en fosa iliaca derecha (2 puntos); rebote + (1 punto) y $T > 38^{\circ}$ (1 punto). Mientras que, en los laboratorios, tenemos a los leucocitos $> 10,000$ (2 puntos) y una desviación hacia la izquierda (1 punto) (27).

Para hacer una diferenciación diagnóstica adecuada, se deben evaluar los diagnósticos diferenciales, los cuales pueden ser gastroenteritis (puesto que tiene una clínica similar, no obstante la diarrea es la característica que nos podría diferenciar esta patología); infecciones urinarias (muy frecuentes, con clínica similar, sin embargo el dolor se caracteriza por molestias en flancos o región suprapúbica); cólicos renales (dolor abdominal y vómitos, con una ubicación semiológica prácticamente igual a la apendicitis; sin embargo este dolor es de inicio súbito, contrario al de la apendicitis que es progresivo e insidioso) (26). Además, no olvidar como en este caso clínico, hacer el descarte de alguna causa ginecológica, puesto que podría existir.

En este caso, la evaluación fue hecha por el cirujano general de turno y se le realizó una APENDILAP, hallándose una estructura supurada en todo su recorrido, con base en buen estado, poco líquido inflamatorio en un único cuadrante. No existiendo complicaciones posteriores a la cirugía, dándosele de alta 1 día después de la hospitalización.

Caso Clínico 2

En este caso, lo primero que debe realizarse ante una amputación traumática es canalizar y estabilizar al paciente, para evitar la inestabilidad hemodinámica que lo lleven a un shock hipovolémico. Es por ello que se instauraron vías salinizadas, recuperando adecuadamente al paciente. Posterior, se hizo una limpieza profusa de la herida, añadiéndole a la vía periférica antibióticos como Clindamicina y Cefazolina, debido a que estamos

hablando de una amputación por trauma con alto índice de riesgo para infección (28).

Aun teniendo un servicio de Traumatología y Ortopedia, "limitado", se consigue manejar emergencia y se ingresa a sala de operaciones para la desarticulación de mano izquierda.

Recordando que posterior al manejo de esta emergencia, el paciente debe recibir soporte psicológico. Puesto que un accidente así puede afectar severamente su autoestima y capacidad para desenvolverse socialmente. Conllevando a un posible cuadro depresivo que desmejoraría aún más su calidad de vida (29).

Caso Clínico 3

En este caso, contamos con un paciente con un cuadro de colecistitis, recordando que como causas inflamatorias podemos tener la edad, sexo femenino y obesidad; mientras que otra bibliografía indica que la paridad y el uso de anticonceptivos orales combinados pueden incrementar este riesgo.

Para lograr un diagnóstico adecuado, contamos con los criterios de Tokio, los cuales al presentar 3 eslabones como laboratorial, clínico y ecográfico, nos demuestran signos de inflamación local, imagenológica y sistémica.

Replicando lo mencionado con el paciente, este cuenta con los tres criterios, tales como signos inflamatorios locales, dolor a nivel de hipocondrio derecho y Murphy (+); también signos sistémicos de inflamación y PCR elevado. Mientras que los hallazgos imagenológicos, demuestran también signos característicos de colecistitis aguda (30).

En cuanto a complicaciones más insidiosas de lesión de vías biliares, encontramos el íleo biliar, Síndrome de Mirizzi, coledocolitiasis y finalmente, la colangitis aguda. El manejo operatorio es el de elección el 100% de las veces, mediante dos tipos de abordaje, los cuales pueden ser convencional o laparoscópico; siendo este último el que menos complicaciones tiene posteriormente (31).

Caso Clínico 4

El cáncer prostático es una neoplasia dependiente de hormonas con una importante heterogeneidad. La clínica del comportamiento de esta patología, su respuesta a tratamiento y la supervivencia van a variar según cada paciente (32).

Epidemiológicamente el más del 95% suelen ser adenocarcinomas, mientras quienes no pertenecen a este grupo, pueden dividirse según su origen celular (epitelial y no epitelial). Siendo las primeras las más diferenciadas y las menos agresivas; mientras que las no epiteliales suelen tener un comportamiento más metastásico.

El tratamiento está enfocado en el alivio de síntomas, control de su extensión y buscar la probabilidad de resección. Tal como en el caso clínico presentado, el paciente fue oportunamente atendido por consultorio externo, siendo programado de manera más rápida por el empeoramiento de su clínica (33).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Durante el periodo de internado médico, resulta crucial que el estudiante cuente con una base sólida de conocimientos para ofrecer una atención efectiva a cada paciente. A lo largo de esta etapa formativa, se adquieren valiosos aprendizajes tanto a nivel individual como en el trabajo en equipo, lo que contribuye al crecimiento personal y profesional del estudiante, capacitándolo para tomar decisiones acertadas bajo presión y siempre en beneficio del paciente. Experimentar la satisfacción de ver una mejora en el estado del paciente constituye una fuente de motivación y alegría durante este proceso de aprendizaje.

En un entorno caracterizado por un alto volumen de pacientes, especialmente en los servicios de emergencia, las labores desempeñadas durante el internado médico se centran en la atención directa al paciente, bajo la supervisión de médicos residentes de primer año en cada especialidad. Además de brindar atención clínica, los estudiantes tienen la oportunidad de adquirir conocimientos sobre la gestión interna de un hospital, familiarizándose con tareas administrativas esenciales para el funcionamiento de los diversos servicios por los cuales rotan.

Es esencial destacar la importancia de la integración entre la teoría y la práctica, un aspecto que cobra vida durante el internado médico. Al finalizar esta etapa, los estudiantes se sienten preparados para asumir responsabilidades como médicos, realizando diagnósticos y tratamientos de manera segura en el campo. Durante su formación, se les proporciona equipo de protección personal y se promueve el cumplimiento de horarios laborales, además de implementar protocolos para la detección precoz y el seguimiento de pacientes infectados, contribuyendo así a una atención médica integral y de calidad.

V.CONCLUSIONES

1. El internado médico llevado a cabo en diferentes hospitales como lo fue en el Hospital de Lima Este- Vitarte, Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé y finalmente en el Hospital de Huaycán durante el año 2023 ha sido una valiosa oportunidad para poner en práctica los conocimientos teóricos adquiridos durante la formación universitaria en situaciones clínicas reales. Esta experiencia ha sido fundamental para el desarrollo de habilidades prácticas y la mejora en la toma de decisiones en el ámbito hospitalario.
2. Durante el periodo de internado médico, se ha destacado la importancia de la colaboración interdisciplinaria entre los diversos departamentos del hospital para garantizar una atención integral y de calidad a los pacientes. La sinergia entre médicos, enfermeras, personal de apoyo y otros profesionales de la salud ha sido esencial para proporcionar un cuidado holístico y eficaz.
3. La revisión de los casos clínicos encontrados durante la pasantía médica ha permitido identificar áreas de mejora en el manejo de ciertas enfermedades y situaciones clínicas. Este análisis crítico ha estimulado el interés por la actualización constante y el aprendizaje continuo, con el propósito de perfeccionar la práctica médica y optimizar los resultados para los pacientes.
4. La etapa del internado ha fortalecido el compromiso ético y profesional de los estudiantes de medicina con la prestación de atención médica de alta calidad y el servicio a la comunidad. Esta experiencia ha consolidado valores como la responsabilidad, la empatía y el respeto hacia los pacientes, sentando las bases para una futura carrera médica centrada en el bienestar individual y la promoción de la salud pública.
5. Los diez meses de internado es suficiente para adquirir

conocimientos y fortalecer prácticas médicas, el tiempo de rotación en cada especialidad nos enseña desde lo más básico como es la comunicación entre medico paciente, hasta realizar procedimientos de especialidad.

6. La universidad siempre de la mano con el hospital hace que el interno mejore y fortalezca conocimientos ya aprendidos, las actividades académicas que se realizan son de suma importancia ya que nos enseñan cómo poner en práctica lo teórico, cada semana con las clases recibidas discutimos casos nuevos, mejores tratamientos, siempre buscando lo mejor para el paciente.

VI.RECOMENDACIONES

1. Es importante ofrecer apoyo emocional y recursos de bienestar estudiantil durante el internado médico, dado que puede ser un período estresante y desafiante para los estudiantes. Se deben implementar programas de apoyo psicológico y de autocuidado para promover la salud mental y el bienestar de los internos.
2. Los programas de internado médico deben actualizarse regularmente para reflejar los avances en la práctica médica y las necesidades cambiantes de la población. Se deben incorporar temas emergentes, como la telemedicina y la medicina basada en la evidencia, para preparar a los estudiantes para los desafíos del futuro en la atención médica.
3. Se debe fomentar el trabajo en equipo y la comunicación efectiva entre los estudiantes de medicina, el personal médico y otros profesionales de la salud. Esto ayudará a mejorar la coordinación de la atención y la seguridad del paciente durante el internado médico.
4. Se deben establecer estándares claros y uniformes para los programas de internado médico en todo el país, garantizando que todos los

estudiantes reciban una formación integral y equitativa, independientemente de la institución en la que realicen su internado.

5. Se debería incrementar las horas de asesorías tanto en los hospitales como en la universidad ya que muchos internos tenemos dudas sobre casos nuevos, practicas nuevas, procedimientos que manejamos en emergencia. La medicina es tan dinámica que necesitamos como futuros profesionales de salud estar al tanto en nuevos avances de la carrera.
6. Las asesorías en la universidad deberían ser más dinámicas , actualizar temas y revisar casos que se ven a diario en el hospital , puesto que son el día a día del interno , esto nos ayudaría mucho a tener un rápido y mejor diagnóstico con los pacientes.

VII.FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital de huaycán [Internet]. Gob.pe. [citado 26 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.hospitalhuaycan.gob.pe>
2. Revista médica sinergia. [citado 26 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/1001/219>
3. Fernández-Guarino M, Aldanondo Fernández de la Mora I, González García C, Harto Castaño A, Moreno Izquierdo R, Jaén Olasolo P. Sífilis maligna en paciente infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2006 [citado 26 de marzo de 2024];97(6):400-3. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-sifilis-maligna-paciente-infectado-por-articulo-13091531>
4. Pintado-García V. Espondilitis infecciosa. Enferm Infecc Microbiol Clin [Internet]. 2008 [citado 28 de marzo de 2024];26(8):510-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-espondilitis-infecciosa-13127458>
5. Mielopatía cervical [Internet]. Neurocirugía Avanzada BCN. Neurocirugía avanzada Barcelona; 2019 [citado 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://neurocirugiabcn.com/mielopatia-cervical/>
6. Garrido Calvo AM, Cía Blasco P, Pinós Laborda PJ. El pie diabético. Med Integr [Internet]. 2003 [citado el 6 de abril de 2023];41(1):8–17. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-el-pie-diabetico-13044043>
7. Mills JL Sr, Conte MS, Armstrong DG, Pomposelli FB, Schanzer A, Sidawy AN, et al. The Society for Vascular Surgery Lower Extremity Threatened Limb Classification System: risk stratification based on 31 wound, ischemia, and foot infection (WIfI). J Vasc Surg [Internet]. 2014;59(1):220-34.e1-2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2013.08.003>

8. UpToDate. Acute complicated urinary tract infection (including pyelonephritis) in adults. Uptodate.com. [citado el 6 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-complicatedurinary-tract-infection-including-pyelonephritis-inadults?search=pielonefritis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
9. Gupta K, Hooton TM, Naber KG, Wullt B, Colgan R, Miller LG, et al. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: A 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. Clin Infect Dis [Internet]. 2011 [citado el 6 de abril de 2023];52(5):e103-20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21292654/>
10. Peralta FDA, Herrera MAR, Lucano HI, Palomino RA, Vásquez LAQ, Moreno DA, et al. SANGRADO UTERINO ANORMAL EN LA POSTMENOPAUSIA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO [Internet]. Gob.pe. [citado 28 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.inmp.gob.pe/uploads/Pg_56-64.pdf
11. Perimenopause AUH. Hemorragia uterina anormal en perimenopausia y posmenopausia [Internet]. Bvsalud.org. [citado 28 de marzo de 2024]. Disponible en https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/06/1254063/26_2-17-34.pdf
12. Pacheco J. Falla ovárica precoz. An Fac Med (Lima Peru: 1990) [Internet]. 2010 [citado 28 de marzo de 2024];71(3):191-200. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000300009
13. Lara M, Escalante C. Falla ovárica prematura. Rev Soc Venez Endocrinol Metab [Internet]. 2015 [citado 28 de marzo de 2024];13(3):136-45. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102015000300002

14. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica y de procedimientos en ginecología. [Online].; 2020. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3319.pdf>.
15. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica y de procedimientos en ginecología. [Online].; 2020. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3319.pdf>.
16. Santana Suárez MA, Suárez B, Ocón Padrón L, Seara Fernández S. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria. Clin Invest Ginecol Obstet [Internet]. 2018;45(4):157–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2017.04.001>
17. Minsa. Norma Técnica de Salud para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú [Internet]. 2009. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969122/rm_263-2009_minsa.pdf
18. Continuum: Enfoque práctico en el diagnóstico y tratamiento del vitíligo en niños [Internet]. Aeped.es. [citado 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://continuum.aeped.es/screens/play/536>
19. Continuum: Enfoque práctico en el diagnóstico y tratamiento del vitíligo en niños [Internet]. Aeped.es. [citado 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://continuum.aeped.es/screens/play/536>
20. Diagnóstico y tratamiento del vitíligo en niños [Internet]. Intramed.net. [citado 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=89700>
21. Impétigo: todo lo que debe saber sobre esta infección común de la piel en los niños [Internet]. Healthychildren.org. [citado 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/skin/Paginas/impetigo.aspx>
22. Dermatologiaperuana.org. [citado 28 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.dermatologiaperuana.org/assets/uploads/revista_ckwA_09_Educacion_medica_continua_25-3.pdf

23. Aeped.es. [citado 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/38.pdf>
24. Gob.pe. [citado 28 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Neo2023/3_GUÍA%20DE%20PRÁCTICA%20CLÍNICA%20PARA%20EL%20DIAGNÓSTICO%20Y%20MANEJO%20DE%20ICTERICIA%20NEONATAL.pdf
25. Martínez-Criado Y, Aspiazu D, Cabrera R, De Agustín JC. Presentación de estenosis hipertrófica de píloro en la infancia: un caso inusual. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2012;76(3):169-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2011.09.012>
26. Aymerich Bolaños O. Estenosis hipertrófica pilórica infantil. Med Leg Costa Rica [Internet]. 2014 [citado 28 de marzo de 2024];31(1):70-8. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152014000100007
27. Alvarado A. Diagnostic Scores in Acute Appendicitis. En: Garbuzenko DV, editor. Current Issues in the Diagnostics and Treatment of Acute Appendicitis. Londres, Inglaterra: InTech; 2018
28. Elsevier Point of Care. Appendicitis [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/clinical_overview/67-s2.0-9fcb16b1-e686-4716-8f64-800db27a7f17#most-common-heading-26
29. Blank-Reid C. Amputaciones traumáticas. Nursing [Internet]. 2004;22(2):18–21. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0212-5382\(04\)71571-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0212-5382(04)71571-x)
30. Domínguez JJ. Amputación Traumática de miembros superiores [Internet]. Comcadiz.es. [citado el 26 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://comcadiz.es/wp-content/uploads/2021/05/Amputaciones-traumaticas.pdf>
31. De La Cruz-Vargas JA, Correa-Lopez LE, Alatrística-Gutiérrez de Bambarén M del S, Sánchez Carlessi HH, Luna Muñoz C, Loo Valverde M, et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y

elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. Educación Médica. Julio de 2019; 20(4):199-205.

32. Lucena JR. Colectomía laparoscópica frente a colectomía convencional por mini laparotomía. Cir Esp. 1 de junio de 2005; 77(6):332-6.

33. Ruiz López AI, Pérez Mesa JC, Cruz Batista Y, González Lorenzo LE. Actualización sobre cáncer de próstata. CCH Correo Científico Holguín [Internet]. 2017 [citado el 26 de marzo de 2024];21(3):876–87. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300021

34. Islas Pérez LÁ, Martínez Reséndiz JI, Ruiz Hernández A, Ruvalcaba Ledezma JC, Benítez Medina A, Beltrán Rodríguez MG, et al. Epidemiología del cáncer de próstata, sus determinantes y prevención. J Negat No Posit Results [Internet]. 2020 [citado el 26 de marzo de 2024];5(9):1010–22. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000901010