

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

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

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

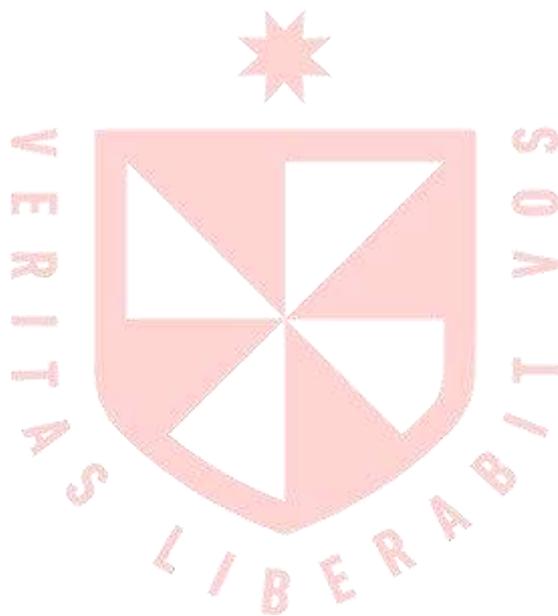


ASESOR

JOSE ENRIQUE VILLARREAL PALOMINO

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, HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE  
NIÑO SAN BARTOLOMÉ, 2023-2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL**

**DE MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR**

**MARÍA JESÚS ASUNCION TINEO BAUTISTA**

**ASESOR**

**Dr. JOSE ENRIQUE VILLARREAL PALOMINO**

**LIMA-PERÚ**

**2024**

## **JURADOS**

PRESIDENTE: Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

MIEMBRO: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

MIEMBRO: Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

## **DEDICATORIA**

A mis padres, por todo el apoyo a lo largo de estos años, su ejemplo de constancia y por ser mi fuente de inspiración. Sin todas sus enseñanzas, esto no hubiera sido posible.

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Hospital de Huaycán, Ate y San Bartolomé por haberme abierto sus puertas por 10 meses como interna de medicina.

A mis cointernos quienes, trabajando en equipo, se han conseguido grandes cosas. Que tal vez hace unos meses considerábamos impensables.

## ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	18
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	20
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	30
V CONCLUSIONES	31
.VI RECOMENDACIONES	32
VII.FUENTES DE INFORMACIÓN	33

## RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo comprimir en unas hojas, la gran experiencia vivida en los últimos 10 meses del 2023, tiempo en el cual transcurrió el internado hospitalario para la más reciente promoción de alumnos de la Universidad San Martín de Porres. Siendo los hospitales de Huaycán, Lima Este Vitarte y San Bartolomé, sedes disponibles para poner en práctica lo aprendido durante 6 años de carrera previa. Es por ello que aquí se ilustran algunos de los casos más interesantes, a criterio del autor, que en un futuro pueden ser las bases para guiarse ante situaciones médicas similares en el ámbito laboral hospitalario, cuando la responsabilidad recaiga únicamente en nosotros.

En síntesis, el periodo de internado ha conllevado grandes momentos para nuestro desarrollo como profesionales y como personas, brindando conocimientos y facilidades para las relaciones interpersonales, que en un futuro no muy lejano nos permitirán desarrollar nuestro trabajo médico de manera inteligente y priorizando el “primero no hacer daño”.

**Palabras clave:** Internado médico 2023, casos clínicos, experiencia hospitalaria, Huaycán, Lima Este Vitarte, San Bartolomé

## **ABSTRACT**

This work aims to compress into a few sheets the great experience lived in the last 10 months of 2023, the time in which the hospital internship for the most recent class of students at the San Martín de Porres University took place. Being the hospitals of Huaycán, Lima Este Vitarte and San Bartolomé, locations available to put into practice what was learned during 6 years of previous career. That is why some of the most interesting cases are illustrated here, in the author's opinion, which in the future may be the basis for guidance in similar medical situations in the hospital work environment, when the responsibility falls solely on us.

In summary, the internship period has brought great moments for our development as professionals and as people, providing knowledge and facilities for interpersonal relationships, which in the not too distant future will allow us to develop our medical work intelligently and prioritizing the "first do no harm".

Keywords: Medical internship 2023, clinical cases, hospital experience, Huaycan, Lima Este Vitarte y San Bartolomé

NOMBRE DEL TRABAJO

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

AUTOR

**MARÍA JESÚS ASUCION TINEO BAUTISTA**

RECuento DE PALABRAS

**8793 Words**

RECuento DE CARACTERES

**48998 Characters**

RECuento DE PÁGINAS

**46 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**123.8KB**

FECHA DE ENTREGA

**May 16, 2024 12:22 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**May 16, 2024 12:23 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

## INTRODUCCIÓN

El internado de Medicina Humana es un paso trascendental para el que en unos meses será ya un médico cirujano. Es por ello que, en el presente trabajo, se hace una revisión de diversos casos clínicos que se observaron durante la rotación de los cuatro servicios “pilares” de la medicina, tales como cirugía, ginecología y obstetricia, pediatría y medicina interna. Todos ellos realizados entre el Hospital de Huaycán, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé y Hospital de Lima Este Vitarte, nosocomio de nivel de complejidad II-1 y III-E, ubicados en el distrito de Ate Vitarte en Lima.

Huaycán ser de un nivel II, tiene una capacidad resolutive intermedia y una casuística variada no menor, por lo cual lo convierte en un espacio ideal para poner en práctica todo lo aprendido, plasmando el conocimiento en diagnósticos, desarrollo y evolución de los pacientes durante su estancia en el hospital, ya sea por el servicio de hospitalización o emergencias. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé desempeña un papel crucial en la promoción de la salud materno-infantil en Lima, Perú, proporcionando atención médica de calidad, programas de prevención y educación, y contribuyendo al avance de la investigación y la formación médica. Mientras que el HLEV, al ser un hospital con un mayor nivel resolutive, vienen a trabajar conjuntamente dada su cercanía. Refiriéndose pacientes pertenecientes de Lima Este de manera constante, ya que cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Alto Riesgo Obstétrico (ARO), UCI neonatal, entre otros.

Cabe resaltar que, en esta etapa, el estudiante ya a puertas de ser un profesional de la salud, asume responsabilidades trascendentales para el buen funcionamiento del hospital, tales como la realización de historias clínicas, opina y defiende su posición con respecto a diagnósticos y tratamientos, responde como apoyo durante situaciones de emergencia, asiste en cirugías y procedimientos básicos. A su vez, la universidad en búsqueda de la consolidación de conocimientos refuerza herramientas conceptuales para así poder lograr un desarrollo óptimo al finalizar esta etapa. Resaltando finalmente que esta etapa, consigue desarrollar valores como responsabilidad y empatía, cualidades cruciales para mejorar la toma de decisiones.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El internado se hizo en dos hospitales pertenecientes a Lima Este, tanto en el Hospital de Huaycán (II-1) y el Hospital de Lima Este Vitarte (III-E) y el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, en el cual se culminaron las siguientes experiencias descritas a partir de ahora.

### **Rotación en Medicina Interna**

#### **Caso Clínico 1**

Paciente femenina de 75 años llega a la sala de emergencias del hospital con una cefalea intensa valorada en 9/10 en la escala de dolor. Ha estado experimentando esta cefalea durante los últimos 7 días, asociados a náuseas y un malestar generalizado, no menciona alza térmica en los últimos días. Refiere una pérdida de peso excesiva en el último mes, pero que no le dio mayor importancia, ya que indica una pérdida de apetito notable. La paciente menciona que estos episodios son recurrentes y que tenía una mejoría de síntomas tomando 1 gr de paracetamol; sin embargo, se acerca a emergencia porque el dolor intenso ya no cesaba.

#### **Antecedentes personales:**

- Hepatopatía por VHC (2000) en tratamiento con ribavirina
- Histerectomía por miomas (1984)

#### **Examen físico:**

- Paciente caquética, orientada en tiempo, espacio y persona
- PA: 162/98 mmHg
- FC: 84 latidos por minuto
- Piel y mucosas: leve palidez, hidratada, no edemas
- Tórax y pulmón: MV pasa bien en ambos hemitórax, no rales
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos

#### **Exámenes auxiliares**

- Analítica:
  - Hemograma: Hb 9.7 g/dl, VCM 98.6 fl , HCM 33.6 pg, Leucocitos 2.120/ul, Plaquetas 32 000/ul
- Bioquímica: Urea 44mg/dl, Creatinina 1.20 mg/dl, FG 49

- Radiografía de tórax: normal.
- Electrocardiograma: ritmo sinusal a 80x´ sin alteraciones de la repolarización.

### **Plan de trabajo**

- Se trato con ketoprofeno por los dolores de cabeza y permaneció en observación por cinco horas, evolucionando favorablemente y dándosele de alta.
- Se solicita consulta externa con neurología en hospital de mayor nivel resolutivo.

### **Evolución:**

- A la semana la paciente regresa por emergencia indicando cefalea intensa y se le agrega una alteración de conciencia, esta desorientada, con una presión de 210/111 mmHg. En esta oportunidad se evidencio en los exámenes auxiliares: urea de 62 mg/dl y creatinina de 2 mg/dl, indicando deterior de la función renal. Se trato en la emergencia con labetalol endovenoso para reducción de presión.
- Por antecedente previo, se hace referencia con Hospital de Lima Este Vítarte, en el cual es admitida por el servicio de Medicina Interna, para recibir evaluación por Neurología.
- Una vez en este hospital, se le realiza una Tomografía sin contraste, detectando “indicios de leucoencefalopatía microvascular y señales leves de reducción del tamaño cerebral. Observando una región con menor densidad de la sustancia blanca subcortical en el área parietal derecha, así como en sustancia blanca contigua del centro semioval”. Por otra parte, servicio de neurología del antes mencionado hospital, solicita una Resonancia magnética (particular, puesto que dicho nosocomio no cuenta con resonador), informándose en esta un síndrome de encefalopatía posterior, que debía ser correlacionada con la clínica y antecedentes.

### **Diagnostico**

- Síndrome de encefalopatía posterior reversible por tratamiento con Ribavirina

### **Caso Clínico 2**

El día 7 de enero del 2024, ingresa por el servicio de emergencia paciente femenino de 50 años, indicando un dolor abdominal característicamente cólico a nivel de mesogastrio, epigastrio y ambos flancos, desde hace 16 horas

aproximadamente. Esta refiere un dolor desmedido de intensidad 10/10 en la actualidad, pero que a la aparición del malestar era un 3/10 que fue progresando, así como se añaden náuseas y vómitos.

Al examen físico del paciente, se le encuentra estable hemodinámicamente, con dolor superficial y profundo en epigastrio y flancos.

#### **Examen físico:**

- Presión arterial 130/80 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 105 lpm
- Frecuencia respiratoria: 17 rpm
- Temperatura: 37.9° C
- Saturación de oxígeno: 95%
- Tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no estertores auscultables
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, sin soplos aparentes
- Abdomen: doloroso a la palpación superficial y profunda, de difícil evaluación, equimosis en ambos woflancos y periumbilical.
- Sistema nervioso central: LOTEPE, Glasgow en valores normales (15/15)

#### **Exámenes auxiliares:**

Hemograma:

- Leucocitos 9270 /mm<sup>3</sup>
- Hemoglobina 13 gr/dl
- Hematocrito 48%
- Plaquetas 240 000
- Amilasa 450 U/L
- Lipasa 706 U/L

Ecografía abdominal superior: inflamación peri pancreática, litiasis vesicular múltiple con barro biliar.

#### **Diagnóstico principal**

Pancreatitis aguda de origen biliar de escala moderada

## **Diagnóstico secundario**

Litiasis vesicular múltiple

### **Plan de trabajo:**

- Hospitalización del paciente
- NPO (nada por vía oral), posterior evolución de la dieta mediante sonda naso-yeyunal (reduce riesgo de translocación bacteriana).
- Tomografía a las 72 horas
- Reevaluación para continuar plan de trabajo

### **Evolución**

Se realiza tomografía de abdomen (de manera particular) a las 72 horas como indica plan de trabajo, donde se impresiona el 75% de necrosis pancreática, que, junto a los exámenes laboratoriales, se estima un APACHE 7 (riesgo moderado de pronóstico bueno). Es por ello por lo que a la reevaluación se indica interconsulta por el servicio de nutrición, quienes indican alimentación por sonda naso yeyunal. Es así como el paciente es dado de alta a los 7 días de internamiento por tolerar vía oral, sin náuseas o vómitos, exámenes de laboratorio en valores normales. Se sugiere control por consulta externa de gastroenterología y luego control cada 6 meses por antecedente familiar de cáncer de páncreas en hospital general de mayor complejidad.

## **Rotación en Ginecología y Obstetricia**

### **Caso Clínico 3**

Femenina primigesta de 24 años de edad, que ingresa por emergencia al servicio de ginecoobstetricia con una data de enfermedad de 5 días aproximadamente. El cuadro inicia con la presencia de prurito predominantemente en palmas y plantas del pie que por las noches incrementa, dificultando el descanso.

Paciente niega haber perdido líquido, niega haber tenido algún tipo de sangrado vaginal, y afirma percibir movimientos fetales. Además, niega escotomas, cefalea, excluyendo también demás síntomas de irritación, así como fotopsias.

### **Antecedentes de importancia:**

- Niega cirugías previas
- Niega otros antecedentes, afirma ser una persona sana
- Alergias, niega
- Fórmula obstétrica: G1P000
- Edad gestacional por ECO 1° trimestre: 32 semanas

### **Examen físico:**

Funciones vitales: frecuencia cardiaca (72 x'), frecuencia respiratoria (16 x'), SatO2 98%, PA 108/70 mmHg

PyF: Tibia, elástica e hidratada. No se observan edemas ni fovea, LLC<2"

TyP: amplexación conservada, murmullo vesicular pasa adecuadamente en ambos hemitórax, no se auscultan rales.

Cv: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, sin soplos audibles.

Abd: Sin cicatrices operatorias previas, blando y depresible, con ruidos hidroaéreos (+). Útero con gravidez de 39 cm, con dinámica ausente al momento del examen. Leopold: longitudinal cefálico izquierdo, con LCF 150x'

SNC: LOTEP, Glasgow 15/15, sin signos de irritación meníngeas ni cortical.

### **Impresión diagnóstica**

- Primigesta de 32 ss por ecografía del primer trimestre, con ausencia de trabajo de parto
- Colestasis intrahepática gestacional

### **Exámenes auxiliares**

- Hemoglobina 12.1 gr/dL, Leucocitos 9800, Plaquetas 274000
- Perfil hepático: TGO 50 U/L, TGP 64 U/L, Albúmina sérica 3
- Bilirrubinas totales: 0.6 mg/dL, bilirrubina indirecta 0,5 mg/dL, bilirrubina directa 0,3 mg/dL
- Al tacto vaginal: no se perciben cambios cervicales
- NST: feto activo y reactivo a estímulos
- Ecografía obstétrica: PBF 8/8, con feto de 32 ss 5/7

### **Plan de trabajo:**

- 1) Se refiere paciente a Hospital de Lima Este Vitarte, para control en ARO (alto riesgo obstétrico)

En este Hospital, se establecen las siguientes indicaciones:

- 2) Control de laboratorios cada 24 horas y dosaje de ácidos biliares sanguíneos
- 3) Ácido ursodeusodesoxicólico 300mg VO cada 8 horas
- 4) Clorfenamina 4 mg EV cada 12 horas o condicional (PRN) a prurito
- 5) Monitoreo materno-fetal

## 6) Observación de signos de alarma

### **Caso Clínico 4:**

Paciente de 19 años que acude a la emergencia del Hospital de Huaycán, refiriendo sentir dolor tipo cólico en hipogastrio de una intensidad 7/10 desde hace 20 horas aproximadamente. Además, indica presentar un sangrado vaginal abundante, llegando a mojar hasta 5 toallas en un día.

Indica inicio de relaciones sexuales a los 15 años, un compañero sexual, no usa métodos anticonceptivos, FUR hace 36 días.

Gesta para (Fórmula obstétrica): G1P1001

### **Antecedentes de importancia:**

- Quirúrgicos: cesárea segmentaria transversal hace 3 años por desproporción pélvico-cefálica.
- Niega alergias y también otros antecedentes que sumen al estudio

### **Examen físico:**

- Funciones vitales: FC 85 lpm, FR 17 rpm, SatO2 97%, PA 105/70, Peso 70 kg, Talla 166 cm
- PyF: tibia, elástica, pero con mucosas secas, palidez +/-
- TyP: murmullo vesicular pasa sin alteraciones en ambos hemitórax, no se auscultan rales, tórax simétrico
- Cv: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, sin soplos auscultables.
- Abd: grávido, con profuso panículo adiposo, RHA (+), doloroso a la palpación en hipogastrio.
- SNC: Lotep, Glasgow 15/15
- Tacto vaginal: cuello blando, posterior, OCE □ abierto, sangrado que mancha dedo de guante.
- Especuloscopía: coágulos en vagina, se extraen gasas estériles y se nota sangrado por orificio cervical.

### **Impresión diagnóstica**

- Sangrado uterino anormal
- D/c aborto incompleto

## **Exámenes auxiliares**

- Hemograma: Leucocitos 8200, Hb 11.6, Hematocrito 30.1, Plaquetas 276000
- Beta-hCG: positiva
- Orina: leucocitos 0-4 por campo, hematíes 0-2 por campo, gérmenes negativo.
- Ecografía: útero de 8 cm de largo, 5 cm transverso, con restos heterogéneos de 10 mm en cavidad uterina; ovarios sin alteraciones; concluyéndose aborto incompleto.

## **Plan de trabajo**

1. Hospitalizar
2. Preparar a paciente para AMEU (aspiración manual endouterina)
3. NPO (nada por vía oral)
4. Canalizar con NaCl 0.9% (vía salinizada)
5. Azitromicina 1g VO STAT
6. CFV y signos de alarma

## **Rotación en Pediatría**

### **Caso Clínico 5**

Niño de 3 años acude a consulta por estar con alza termica no cuantificada desde hace 3 días; se le indica tomar metamizol. Al día siguiente regresa por emergencia ahora agregando un exantema papuloso que está a predominio del tronco; además de una adenopatía en la zona cervical en el lado derecho de aproximadamente 3x2 cm, se le indica continuar con tratamiento con metamizol. Al séptimo día de haber iniciado el síndrome febril y el exantema, regresa el paciente en compañía de la madre y ahora al examen físico se observa descamación en manos y pies.

**Antecedentes:** sin importancia

### **Examen físico:**

- Piel y faneras: eritema y lesiones de tipo pápula en el tronco, descamación de manos y plantas de los pies, ganglio cervical
- Boca: labios con fisuras y queilitis
- Ojos: inyección conjuntival bilateral

**Exámenes auxiliares:**

- Plaquetas en 458 000
- Leucocitos sin desviación izquierda
- Glucosa en 80 mg/dl
- Urea en 40 mg/dl
- Creatinina 0.22 mg/dl

**Diagnostico:**

- D/c Enfermedad de Kawasaki

**Plan de trabajo:**

- Referir paciente a establecimiento de nivel III especializado (Instituto Nacional de Salud del Niño)

Una vez aceptado, se informa que paciente recibe la siguiente terapéutica:

- Tratamiento con inmunoglobulina endovenoso en 12 horas
- Ácido acetilsalicílico (aspirina) de 80 mg/kg por día

**Evolución:**

- Desaparición de la fiebre a la semana y desapareció la clínica a la segunda semana.
- Se realiza control a las cinco semanas, donde se normalizó el número de plaquetas.
- Se realizó un electrocardiograma, donde no se encontraron alteraciones
- Se le indica control al año en el Instituto Nacional de Salud del Niño

**Caso Clínico 6**

Niña de 10 años acude a consulta externa con su madre debido a una inflamación y dolor bilateral persistente en las rodillas, que ha estado presente durante los últimos 5 meses. Además de la inflamación y la limitación funcional, se observa rigidez matutina en las articulaciones predominantemente de las rodillas, especialmente al despertar por la mañana. La paciente también ha experimentado fatiga inexplicable y pérdida de peso en las últimas semanas, se encuentra afebril.

**Antecedentes:**

- Madre con artritis reumatoide en tratamiento con rituximab

- Abuela paterna (fallecida) diagnosticada de artritis reumatoide

### **Exploración física:**

- Extremidades: dolor bilateral de las rodillas al movimiento e incremento de temperatura en las rodillas
- Resto de sistemas normal

### **Exámenes auxiliares:**

- Ecografía de rodillas □ se observa derrame articular de la rodilla derecha en la zona lateral, hipertrofia sinovial
- Hemograma, todo dentro de rangos normales

Dados los hallazgos encontrados, se decide referir a establecimiento de categoría III para manejo especializado.

### **Evolución**

- Una vez en el nosocomio mencionado, se le solicita:
  - Artrocentesis de rodillas: se extrae 5 ml de líquido de la rodilla derecha y 13 ml de la izquierda .
  - ANA (+)
  - Cultivo de líquido articular (-) negativ

### **Diagnósticos:**

- Artritis idiopática juvenil

### **Plan de trabajo:**

- Tratamiento con ibuprofeno por lo cual el paciente mostro mejoría en síntomas; sin embargo, a los tres meses suspende tratamiento y regresa con dolor de la rodilla derecha
- Se le da tratamiento con ácido fólico y dosis única de metrotexato con lo cual hay mejoría de síntomas.
- Se le indica interconsulta con reumatología para manejo y tratamiento, en Instituto Nacional de Salud del Niño.

### **Rotación en Cirugía General**

#### **Caso Clínico 7**

Paciente femenino de 46 años que menciona que desde hace 6 horas tiene una sensación intensa de nauseas, pero sin llegar a vomitar. Posteriormente, aparece un dolor en hipocondrio derecho de característica cólica y que no cede con analgesia por vía oral (indica haber tomado Paracetamol con Metamizol), todo esto posterior a ingesta copiosa de buffet en conocido restaurante. Desde

hace 3 horas el dolor se duplica en intensidad y frecuencia, añadiéndose vómitos, hasta en 3 ocasiones.

Es por este motivo por el que acude, con ayuda de esposo, al servicio de emergencia. Mientras esperaba ser atendida, se produce un cuarto vómito de contenido bilioso.

Cabe añadir que, al interrogatorio, refiere que presenta este cuadro a repetición desde hace 2 años, los cuales eran calmados en su establecimiento de salud más cercano, medicándola con Metamizol, Hioscina y Ranitidina, condensados en un cloruro de sodio al 0.9% de 100 ml. Último episodio hace 1 semana, que cedió con analgesia en su momento.

#### **Funciones biológicas:**

- Apetito: ausente
- Sed: incrementada
- Sueño: incrementado
- Diuresis: reducida
- Deposiciones: conservado

#### **Antecedentes de importancia:**

- G1P1001, FUR última hace 2 años
- Obesidad tipo I (Peso 85 kg , Talla 165, IMC 31.25)
- Infecciones urinarias a repetición (3 por año)
- Ambos padres con diabetes mellitus tipo II
- Histerectomía por endometrio hiperplásico hace 5 años
- Niega tomar medicación

#### **Examen físico**

- PA 115/70 mmHg, FC 123 lpm, FR 21 rpm, T° 37.6°C, SO2 96%
- PyF: no se observan lesiones ni cambios de coloración, tibia, hidratada y elástica, LLC<2", no ictericia en piel ni mucosas.
- TyP: simétrico, murmullo vesicular pasa adecuadamente en ambos hemitórax, no estertores audibles
- Cv: ruidos cardiacos se auscultan rítmicamente, sin soplos en los focos cardiacos
- Abd: panículo adiposo aumentado, ruidos hidroaéreos positivos pero

disminuidos, Murphy (+), Rebote (-), dolor de intensidad 10/10 en hipocondrio derecho a la palpación superficial y profunda.

- GU: PPL negativo, PRU negativo, no alteraciones detectadas
- SNC: LOTEP, Glasgow 15/15, con ansiedad y quejumbrosa

### **Diagnósticos sindrómicos**

- Abdomen agudo potencialmente quirúrgico
- Síndrome metabólico

### **Impresión diagnóstica**

- Colecistitis aguda
- D/c coledocolitiasis
- Obesidad tipo I

### **Plan de trabajo**

- Ecografía abdominal superior
- Hemograma, amilasa, lipasa, perfil hepático, PCR
- Exámenes pre operatorios complementarios
- Hidratación con NaCl 0.9% a 40 gotas /min
- Profilaxis antibiótica: Ceftriaxona 1g endovenosa , Metronidazol 500 mg Ev , ambas 2 horas antes de la cirugía.

Con los resultados del hemograma podemos evidenciar una leucocitosis de 25000 con desviación a la izquierda (segmentados al 85%), PCR 62.

Ecográficamente se observa el signo de la doble pared, así como hidrocolecisto a causa de la impactación de un cálculo de aproximadamente 2.5 milímetros en el bacinete de la vesícula biliar; se descarta coledocolitiasis puesto que este se encontró con un diámetro de 3.5mm.

En el perfil hepático y las enzimas pancreáticas, no se evidenciaron alteraciones significativas.

Se va a indicar una colecistectomía abierta de emergencia, puesto que en el nosocomio no se cuenta con equipo de laparoscopia, en donde se termina extrayendo la vesícula biliar.

## **Reporte operatorio de Colectomía abierta:**

Indicación □ paciente es llevado a sala de operaciones para colectomía por diagnóstico de colecistitis aguda.

Hallazgos intraoperatorios:

1. Inspección abdominal: se hace una incisión tipo Kocher en región subcostal derecha, accediendo a espacio subfrénico y pudiendo visualizar la vesícula biliar, así como estructuras aledañas.
2. Estado de la vesícula biliar: se encuentra la vesícula biliar inflamada, con múltiples cálculos y presencia de barro biliar. No se detectan signos de perforación o complicaciones adicionales
3. Exploración del lecho vesicular: se hizo una cuidadosa exploración de este, en búsqueda de perforaciones, sangrado de las estructuras. No identificándose ninguna de ellas en esta área.

Procedimiento:

1. Se hace disección del colédoco y de arteria cística, procurando una hemostasia adecuada.
2. La vesícula es movilizada y disecada en forma prolija, resguardando las estructuras vasculares y biliares adyacentes.
3. Se liga y secciona el conducto cístico, extirpando así completamente la vesícula biliar. Durante ello, ocurre una leve salida de bilis a cavidad peritoneal, motivo por el cual se debe hacer de manera obligatoria un
4. lavado peritoneal y colocar un dren Blake. Perdiéndose mínimamente < 200 ml de sangre.
5. Se revisa cuidadosamente el área donde se hizo la colectomía para asegurar la hemostasia y ausencia de cálculos o tejido residual circundante.

Hallazgos post operatorios:

Al terminar intervención, se observa hemostasia adecuada en la zona, no evidenciándose complicación intraoperatoria alguna.

## Conclusiones

La colecistectomía abierta se hizo de manera satisfactoria y sin complicación alguna. Siendo el paciente trasladado a sala de recuperación, estable y sin evidencia de sangrado activo, perforación u otra complicación añadida. Se mantiene antibioticoterapia y analgesia cada 12 horas con tramadol.

A un día de la cirugía no se observan complicaciones, se decide igualmente mantener en el hospital por 2 días más para manejar el dren y terminar tratamiento antibiótico.

Finalmente, se da de alta y se cita por consultorio externo de cirugía general para control.

## Caso Clínico 8

Paciente de 50 años del sexo femenino, de nacionalidad venezolana, que reside en el distrito de Ate Vitarte, sin ningún antecedente patológico de interés (HTA, DM II, ASMA, TBC negativos) y como antecedente quirúrgico cuenta con una cesárea (hace 11 años).

Al motivo que lo trae a la emergencia, indica que desde hace 30 horas tiene dolor abdominal difuso, que se asocia a falta de apetito, náuseas y vómitos (3 veces, de contenido alimentario), sin percibir sensación de alza térmica. Luego de 24 horas percibe que dolor migra a fosa iliaca derecha, aumentando de intensidad 8/10 (según refiere), que a pesar de la analgesia no se aminora, motivo por el cual acude al servicio al promediar las 2 am.

## Examen físico

- AREG,AREN,AREH
- PyF: Tibia, hidratada, con un llenado capilar menor a 2 segundos y elástica. No presenta edemas.
- TyP: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no estertores audibles a la auscultación.
- Cv: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- Abd: se observa cicatriz supra púbica transversa (por el antecedente de cesárea), RHA +, blando, depresible, a la dígito presión no se presenta doloroso en 8 planos abdominales, salvo en fosa iliaca derecha, con Mc Burney positivo y signos de Rovsing +, sin signos de irritación peritoneal.
- SNC: LOTEP, Glasgow 15/15

## **Exámenes auxiliares**

- Hemoglobina 13.9, leucocitos 13780, bastonados 0%, PCR 3.7
- Ecografía abdominal inferior: ginecológicamente sin alteraciones (útero y ovarios conservados), en fosa iliaca derecha se observa imagen de L 40 mm con AP 12 mm, pared engrosada de 2.2mm, de característica tubular. Con un incremento de ecogenicidad de mesenterio adyacente, que concluye compatible con proceso inflamatorio apendicular ag. Sin presencia de líquido libre.
- Score de Alvarado 9

## **Diagnóstico**

- Apendicitis aguda confirmada

## **Plan de trabajo**

- Hospitalización de paciente
- Nada por vía oral (NPO)
- Vía salinizada (CINa 0.9% 1000 cc + CINa 20%)
- Omeprazol 40 mg cada 24 horas EV
- Ceftriaxona 2g cada 24 horas EV
- Preparar para sala de operaciones (vendar mmii, colocación de sonda Foley)
- Se solicitan exámenes prequirúrgicos
  
- Control de funciones vitales + verificar signos de alarma.

## **Reporte Operatorio**

Se realiza una incisión de orientación transversa en fosa iliaca derecha, se van disecando planos hasta llegar a cavidad abdominal. Se procede a hacer identificación de hallazgos, ligadura del meso apéndice, con apendicetomía a muñón libre, se revisa hemostasia y cerrado por planos hasta la piel.

Hallazgos: base no friable de apéndice cecal de 8.5x2 cm, con supuración en toda la extensión.

### **Impresión diagnóstica post quirúrgica**

Post operada por apendicectomía por apendicitis aguda no complicada.

### **Terapéutica Post operatoria**

1. Nada por vía oral
2. Dextrosa al 5%
3. NaCl 0.9%
4. Omeprazol 40 mg cada 24 horas EV
5. Metronidazol 500 mg cada 8 horas EV
6. Ciprofloxacino 400mg cada 12 horas EV
7. Metoclopramida 10 mg cada 8 horas EV
8. Ketoprofeno 50 mg cada 8 horas EV
9. CFV + deambulaci3n asistida progresiva

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

Se desarrolló la experiencia en 3 establecimientos:

El Hospital de Huaycán es un nosocomio de nivel II-1, considerado de baja complejidad, situado en Ate Vitarte y es administrado por el Ministerio de Salud. Este se crea en 1984 como un puesto de salud (I-2), que en 1986 pasa a ser considerado como centro de salud (I-3). Manteniéndose hasta 1994 donde se le inaugura como Centro Materno Infantil (I-4), para que finalmente, en 2003 se vuelva hospital de baja complejidad, ubicándose en Av José Carlos Mariátegui s/n zona b en Ate Vitarte (1).

Cuenta con una moderada cartera de servicios que vienen desde consultorios de medicina general, cirugía, urología, traumatología, entre otros. A la fecha el hospital sigue en constante evolución y desarrollo para así poder brindar una atención más completa y eficiente a todos los pacientes que abarcan su territorio.

El hospital de Lima Este Vitarte (HLEV), se encuentra ubicado en el distrito de Ate Vitarte en la ciudad de Lima, perteneciendo a la Diris Este y siendo fundado en el año 1957 bajo el nivel de centro de salud, el cual de a pocos fue evolucionando, incluyendo una mayor cantidad de especialistas y mejorando su infraestructura. Siendo hasta el 31 de diciembre del 2023, llamado Hospital de Emergencias de Ate Vitarte (HEAV); no obstante, desde el 04 de enero del 2024 recibe un nuevo nombre "Hospital de Lima Este Vitarte", a causa de la reciente fusión de las unidades ejecutoras coexistentes en este nosocomio (Unidad ejecutora 050 Hospital de Baja Complejidad Vitarte y la Unidad Ejecutora 148 como Hospital de Emergencias de Ate Vitarte). Para que finalmente, reciban el nuevo nombre de Unidad Ejecutora 150 "Hospital de Lima Este – Vitarte (HLEV)", siendo recategorizado a un nivel III-E.

El Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, con sede en Lima, Perú, tiene una larga trayectoria enfocada en brindar atención médica especializada a mujeres embarazadas y niños, con el propósito de promover su salud y bienestar, así como el de sus familias. Este centro médico ofrece una amplia variedad de servicios en áreas como obstetricia, ginecología, pediatría y neonatología, contando con un equipo de profesionales altamente cualificados y equipamiento moderno para asegurar la mejor atención posible. Además de tratar enfermedades, el hospital también tiene un enfoque en la prevención y educación en salud, ofreciendo programas de atención prenatal, asesoramiento en planificación familiar, vacunación infantil y actividades de promoción de la salud comunitaria. En su rol como hospital docente, el establecimiento contribuye activamente a la formación de profesionales de la salud y participa en investigaciones médicas en colaboración con instituciones académicas, con el

objetivo de avanzar en el conocimiento científico en el campo de la salud materno-infantil.

El internado hospitalario se desarrolló desde el 1 de abril del 2023 hasta el 31 de enero del 2024. Siendo este desarrollado en un contexto “post” pandemia, por ende, distinto al experimentado por promociones anteriores (2020,2021,2022). No obstante, las medidas de protección no fueron dejadas de lado, puesto que si bien la incidencia de casos de COVID-19 es muchísimo menor a la registrada en años anteriores, como personal de salud no es la única enfermedad de la cual hay que tomar las precauciones del caso. Destacando que a la fecha todo personal de salud cuenta con 5 dosis de las vacunas contra la COVID 19.

## CAPÍTULO III APLICACIÓN PROFESIONAL

### III.1. Rotación de Medicina Interna

#### Caso Clínico 1

Paciente adulta mayor va a emergencia del hospital por una cefalea intensa y se agrega una presión arterial elevada, la paciente tiene antecedentes de hepatopatía por hepatitis B que está en tratamiento con ribavirina. Se le diagnóstica de síndrome de encefalopatía posterior reversible. El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES), también conocido como leucoencefalopatía posterior reversible (RPLS), es una condición poco común pero potencialmente grave que afecta al sistema nervioso central. Se caracteriza por la presencia de edema cerebral reversible y cambios en la materia blanca, especialmente en la región posterior del cerebro.

El PRES puede ser desencadenado por una variedad de factores, que incluyen hipertensión arterial, insuficiencia renal, trastornos autoinmunes, inmunosupresión, quimioterapia, eclampsia o preeclampsia en mujeres embarazadas, trasplantes de órganos y ciertos medicamentos.

Los síntomas del PRES pueden variar, pero comúnmente incluyen cefalea intensa, alteraciones visuales como visión borrosa o pérdida temporal de la visión, convulsiones, cambios en el estado mental que pueden ir desde confusión hasta coma, y déficits neurológicos focales como debilidad o dificultad para moverse (2).

El diagnóstico del PRES se realiza principalmente mediante resonancia magnética cerebral (RMN), que muestra típicamente áreas de edema y cambios en la materia blanca, especialmente en las regiones parietales y occipitales del cerebro.

El tratamiento del PRES generalmente implica abordar la causa subyacente, como el control de la presión arterial, la suspensión de medicamentos que puedan estar contribuyendo al problema y el manejo de las complicaciones neurológicas. En algunos casos, puede ser necesario el uso de medicamentos para reducir la presión intracraneal y prevenir convulsiones.

El pronóstico del PRES suele ser favorable si se diagnostica y trata de manera oportuna, con una reversión completa de los síntomas neurológicos en la mayoría de los casos. Sin embargo, en algunos casos graves, el PRES puede provocar complicaciones neurológicas permanentes o incluso la muerte, especialmente si no se trata adecuadamente. Por lo tanto, es importante reconocer los síntomas y buscar atención médica de emergencia si se sospecha de esta condición (3).

## **Caso Clínico 2**

Cuando uno se refiere a pancreatitis, debe recordar que esta se activa por la activación de enzimas pancreáticas digestivas de manera prematura, en especial la tripsina/tripsinógeno, causando una “autodigestión”, sobre estimulando a m, la edematosa suele ser el 80 % de casos, mientras que la necrohemorrágica el 20 %, siendo esta la más severa. Así mismo, las de origen litiásico suelen encabezar la lista de etiologías, sobre todo en el sexo femenino.

Para poder realizar un diagnóstico se deben evaluar enzimas hepáticas como la amilasa (se eleva a las 72 horas y disminuye al quinto día) y la lipasa, la cual suele ser la más tardía en elevarse; no obstante, es el marcador enzimático más específico y sensible, por lo que podríamos considerarlo como el mejor. Únicamente solicitar TAC cuando las enzimas sean negativas. Por otro lado, clínicamente se puede describir como un dolor en cinturón de intensidad 10/10, con dos signos que lo caracterizan como el S. de Cullen y el de Grey Turner (4).

Pudiéndose este complicar de manera local con abscesos, necrosis, pseudoquistes o sistémicamente con falla respiratoria, falla renal, falla hemodinámica. Todos estos calculando el Score de Marshall.

Con respecto al pronóstico, se pueden usar índices de severidad tomográfica recién a las 72 horas; mientras que el Score de Ranson indicará un mal pronóstico si este es mayor a 3 puntos, los que incluye una edad elevada, leucocitosis, LDH incrementado, glucosa elevada y TGO elevado, midiéndose al as 0 horas de evaluado el paciente y luego a las 48 horas.

El tratamiento suele ser hidratación profusa de preferencia con lactato de Ringer, analgesia con opioides, oxígeno en caso sature menos de 95 %, nutrición nasoyeyunal para evitar la translocación bacteriana y antibioticoterapia solo en caso de infección (5). En casos más graves se puede emplear el drenaje, desbridamiento mínimamente invasivo y laparotomía.

## **III.2. Rotación de Ginecología y Obstetricia**

### **Caso clínico 3**

Una colestasis intrahepática durante la gestación es una enfermedad que se caracteriza por un picor/prurito generalizado que predomina en las noches y laboratorialmente se demuestra una elevación de los ácidos biliares.

Definir etiológicamente esta enfermedad es inexacto; sin embargo, según estudios, esta de cierto modo asociada al efecto colestásico que generan las hormonas durante el embarazo en algunas mujeres que pueden ser susceptibles durante su gestación (6).

Los síntomas que más se observan en esta patología son el prurito a predominio palmo plantar intenso e ictericia. Además, pueden aparecer síntomas como náuseas, malestar general, dolor abdominal e hiporexia (7).

Esta patología del embarazo está asociada a un mayor riesgo de resultados “adversos” durante la gestación, tales como parto pretérmino, estado fetal no tranquilizador, meconio en líquido amniótico y óbito fetal. El nivel de ácidos biliares está asociado con el nivel de riesgo por complicaciones, presentes en el suero materno. Siendo el principal valor alterado en los laboratorios, el incremento de ácidos biliares en sangre, así como transaminasas incrementadas, fosfatasa alcalina elevada e hiperbilirrubinemia.

Para tratar esta patología se suele optar por el uso de ácido ursodesoxicólico indicado en dosis de 300mg c/ 8 horas hasta el parto. Además, para controlar se pueden efectuar dosajes biliares en sangre a razón de una vez por semana, ya que el riesgo de tener sales biliares >100, es la obitación del feto.

Es por ello que en este caso clínico, la paciente estuvo en el hospital por 2 semanas, donde a indicación del ginecólogo se dosó en 3 oportunidades las sales biliares (al ingreso 15, a la semana 25 y al tercero 20) mostrando una evolución de mejora del cuadro. Dándosele de alta a la paciente y solicitando controles por consultorio periódicos por ser considerada de alto riesgo, así como explicarle los signos de alarma.

#### **Caso Clínico 4**

En los últimos 5 años, estadísticamente, se va a considerar un aborto incompleto como una de las primeras cuatro causas de hospitalización en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Huaycán, así como también una de las primeras causas de emergencias en el mismo servicio.

Considerando que, según el INEI, se producen 55 abortos por cada 1000 mujeres en edad fértil. Mientras que la OMS, indica que 25% de mujeres embarazadas, concluyen este en aborto (8).

Según la Organización Mundial de la Salud, esta patología se define como el término de una gestación en las 22 primeras semanas, con un producto de poco menos de 1 kg y de 25 cm de tamaño. Clasificándolo según semanas, podemos indicar que uno menor a 12 semanas, es considerado temprano; mientras que uno entre las 12 y 20 semanas se le define como tardío; así como el estado de evolución de este, conociéndose como inevitable cuando existe ruptura de membranas y dilatación de cuello; completo con cuello cerrado, posterior a la expulsión del producto; incompleto es con cuello dilatado y restos dentro del útero; amenaza es con contracciones y cuello cerrado; mientras que finalmente anembrionado es aquel que no cuenta con latidos cardiacos fetales (9).

El aborto tiene muchos y muy variados factores de riesgo (10), dentro de los cuales se debe tener especial consideración con las gestantes en edad avanzada, abortadoras recurrentes, patologías como infecciones, obesidad, diabetes, problemas tiroideos e incluso uso de sustancias tóxicas. Algunos estudios indican que el uso de antiinflamatorios no esteroideos, aumentan el riesgo también.

Continuando con lo expuesto, la etiología más frecuente suelen ser las alteraciones cromosómicas; por otra parte, en menor número se encuentran anomalías anatómicas en donde la existencia de miomatosis uterina y fibromas. Así como el trauma directo uterino, el cual va ligado a violencia doméstica.

Para diagnosticar estos problemas, se deben combinar tanto clínica, examen físico e imagen; siendo el signo más frecuente el sangrado (partiendo de ello su clasificación dentro de hemorragias del primer trimestre). Es de suma importancia evaluar el canal mediante la especuloscopia y verificar cambios cervicales, así como emplear la ecografía la cual va a permitir ver el contenido uterino y observa la existencia de actividad cardíaca. Complementariamente se pueden pedir exámenes como B-hCG y hemograma.

Puede ir desde un manejo expectante a alteraciones hasta un procedimiento en sala de operaciones. En algunas oportunidades el paciente acude con restos uterino expulsados, por lo que se indica observación; así como otros presentan restos en cavidad, los cuales conllevan a un manejo según la edad gestacional. Puesto que para la realización de AMEU se recomienda previo a las 14 semanas y el legrado en mayores de 14 semanas (11). Posterior a este procedimiento se debe hacer un adecuado control de funciones vitales y una evaluación de la pérdida sanguínea con la toma de un hemograma. Sin olvidar antes del alta, la explicación adecuada de signos de alarma, así como consejería sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar.

## **Rotación de Pediatría**

### **Caso Clínico 5**

La enfermedad de Kawasaki es una afección poco común que afecta principalmente a niños menores de cinco años, aunque puede ocurrir a cualquier edad. Los síntomas típicos incluyen fiebre alta persistente, erupción cutánea, enrojecimiento de los ojos, labios agrietados, lengua roja y protuberante, hinchazón de manos y pies, y ganglios linfáticos inflamados en el cuello. En casos graves, puede causar inflamación de los vasos sanguíneos, especialmente los coronarios, lo que aumenta el riesgo de problemas cardíacos a largo plazo.

Aunque la causa exacta aún no se comprende completamente, se cree que la enfermedad de Kawasaki puede estar relacionada con una respuesta anormal

del sistema inmunológico a una infección viral o bacteriana en personas genéticamente susceptibles. El diagnóstico se basa en los síntomas y signos clínicos característicos, y se pueden realizar pruebas de laboratorio para evaluar la inflamación y descartar otras enfermedades con síntomas similares (12).

El tratamiento temprano es crucial para prevenir complicaciones graves. Se utiliza gammaglobulina intravenosa para reducir la inflamación y aspirina en dosis bajas para controlar la fiebre y prevenir la formación de coágulos sanguíneos. Los niños con enfermedad de Kawasaki suelen necesitar seguimiento médico a largo plazo para monitorizar la salud del corazón y prevenir problemas cardíacos a largo plazo (13).

### **Caso Clínico 6**

La Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) se define como la presencia de artritis en uno o más articulaciones durante al menos 6 semanas en niños menores de 16 años, después de haber descartado otras causas de artritis. Se considera artritis cuando hay aumento de volumen articular o dos o más síntomas, como limitación de la movilidad, dolor a la presión y aumento de calor local. Es la enfermedad del tejido conectivo más común en la infancia y una de las enfermedades crónicas más prevalentes en niños, después de las cardiopatías congénitas, el asma y la diabetes, siendo una causa importante de discapacidad funcional.

Es crucial observar la evolución durante los primeros 6 meses para clasificar adecuadamente la forma de inicio de la AIJ. Se clasifica en 7 grupos distintos: la artritis sistémica, que se presenta con artritis y fiebre acompañada de síntomas sistémicos; la oligoartritis, que afecta a pocas articulaciones, siendo más común en niñas menores de 6 años y asociada a uveítis; la poliartritis con factor reumatoide negativo o positivo, caracterizada por la afectación de múltiples articulaciones con o sin presencia del factor reumatoide; la artritis asociada a psoriasis, que puede presentarse con o sin el exantema de la psoriasis; la artritis con entesitis, que incluye dolor en el sacroilíaco y/u otras áreas, con frecuencia en varones mayores de 8 años y asociada a HLA-B27; y otras artritis, que son aquellas de causa desconocida que no cumplen los criterios anteriores o cumplen múltiples criterios (14).

El propósito del tratamiento es reducir el dolor y la inflamación. Se recomienda iniciar con AINEs al principio de la enfermedad y durante las recaídas. En los casos de presentación sistémica, se sugiere el uso de corticoides debido a la escasa respuesta a los AINEs; generalmente se administra prednisona oral a dosis de 1-2 mg/kg/día. Si persiste la artritis a pesar del control de los síntomas sistémicos, se considera iniciar metotrexato y, si es posible, realizar infiltraciones intraarticulares de *triamcinolona* en las articulaciones afectadas. Recientemente,

el uso de antagonistas del receptor de la interleucina 1 ha demostrado ser una opción efectiva (14).

En casos de artritis oligoarticular, la infiltración intraarticular de *triamcinolona* suele ser adecuada, mientras que el metotrexato puede ser necesario si se afectan más articulaciones o si estas son de difícil acceso. En situaciones de oligoartritis extendida que no responde al metotrexato, se puede considerar el inicio de antagonistas del TNF.

En la presentación poliarticular, se recomienda iniciar precozmente el tratamiento con metotrexato, comenzando con dosis de 10 mg/m<sup>2</sup>/semana y aumentando según la respuesta clínica. En algunos casos, pueden ser necesarios corticoides por vía oral o intraarticular. Si los síntomas persisten después de 4-6 meses de tratamiento, se puede considerar el uso de antagonistas del TNF, como *etanercept*.

Para los pacientes con manifestaciones de psoriasis o entesitis, las infiltraciones con triamcinolona suelen ser suficientes. En caso contrario, se puede seguir el esquema terapéutico propuesto para la artritis poliarticular. La mayoría de los pacientes presentan una evolución favorable con períodos prolongados de remisión espontánea. La complicación más grave, el síndrome de activación macrofágica, es más común en la forma sistémica de presentación (15).

## **Rotación de Cirugía General**

### **Caso Clínico 7**

En este caso se demuestra de manera típica como se desarrolla un proceso inflamatorio abdominal de manera aguda, destacándose por el dolor en abdomen superior que al examen clínico nos debe guiar a una colecistitis aguda en caso el dolor cumpla algunos criterios y condiciones, como el hecho de haber sido posterior a la ingesta de alimentos grasos, acompañado de náuseas- vómitos, y tener un dolor de tipo cólico (periódico y tipo contracción visceral) (16).

Esta es una de las patologías causantes de abdomen agudo quirúrgico más comunes, donde su principal complicación es la perforación, la cual no es tan común pero puede conllevar a serias complicaciones y riesgos para la salud del paciente.

El diagnóstico lo vamos a centrar en la clínica y con esto los criterios de Tokio (2018), (17) los cuales son bastante conocidos y abarca las 3 esferas (clínico, imagenológico y laboratorial). Es así que basándonos en ello, vamos a poder fundamentar la decisión médica a tomar; en caso se cumplan los 3, se procederá a la extracción quirúrgica de la vesícula, preferentemente por medio de laparoscopia por ser más segura que otras técnicas.

Además del procedimiento quirúrgico es necesaria una adecuada protección antibiótica, tanto profiláctica como para el tratamiento según se requiera por el grado de complejidad.

### **Caso Clínico 8**

Paciente que acudió a emergencia, con dolor en hemiabdomen inferior, localizado en fosa iliaca derecha, que al examen físico se detecta Mc Burney positivo, sin detectarse signos peritoneales, detectando inflamación apendicular.

Se le indica al paciente que su salud corre importante riesgo debido a los hallazgos del examen físico, de laboratorio y ecográficos. Indicándosele los motivos por los cuales es imperioso realizar una intervención quirúrgica, se coordina SOP para ingresar de emergencia.

Manejándosele tanto pre,intra y post operatorio de acuerdo con guías más actualizadas del abordaje de esta patología. Obteniéndose una evolución favorable.

Cabe recordar que la apendicectomía, ya sea incisiones o laparoscópica es un procedimiento en los cuales se extrae el apéndice con su tejido inflamatorio circundante.

Es importante destacar el adecuado diagnóstico y manejo adecuado, para aumentar así la esperanza de vida en aquellos que sufren de esta patología aguda, en su mayoría suelen progresar bien (18). Se debe señalar que no en todos los casos esta patología se comporta igual, ya sea en la aparición de síntoma y complicaciones, las cuales pueden ser muy diversas. Es de esta manera que se debe actuar de manera oportuna.

La apendicitis aguda es una de las primeras causas de dolor abdominal en las que se debe sospechar en la entrada por emergencia. Siendo usualmente de aspecto vermiforme y teniendo su base ubicada en el ciego; no obstante, su posición puede variar. Es por ello que cuando este rezago embriológico se obstruye (usualmente por fecalitos), puede conducir a la inflamación ya conocida como apendicitis. La cual en caso no sea diagnosticada de manera oportuna, puede llevar a complicaciones como la perforación y peritonitis, aumentando la tasa de letalidad que provoca esta patología (19).

## **CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

En el internado 2023-2024 en el Hospital de Huaycán , se han ofrecido muchas chances para poder desarrollar profesionalmente a los próximo médicos que recorrieron sus pasillos durante este último año. Se caracterizó por ser el primero en donde la pandemia del COVID-19 se encuentra prácticamente mitigada, pudiendo reestablecer plenamente las funciones que un interno normalmente realizaba y debe efectuar para poder sentar bien los pilares de su formación como futuro profesional de la salud.

Se rotó por los cuatro servicios, considerándose Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y Pediatría. Se debe tener en cuenta que esto implicaba asistir todos los días de la semana, sin importar que festividad hubiera. La labor asistencial era lo más importante durante este año, en donde se realizaban guardias de 12 horas a más en donde se aprendía de las más variadas patologías en los tópicos de emergencia, en los pases de visita bastante académicos y específicamente en las rotaciones quirúrgicas, se formó parte del equipo que entraba a sala de operaciones bajo las indicaciones de un médico especialista.

De la misma manera, se hacían conversatorios según cada rotación en el hospital, especialmente dirigidos para internos, los cuales permitían condensar los conocimientos teóricos previamente adquiridos. Para finalmente realizar resúmenes de las patologías más prevalentes en este nosocomio.

Lo previamente expuesto, motiva de manera efectiva a los internos a quedarse inclusive horas posteriores al indicado según rol, puesto que las oportunidades ofrecidas suelen ser escasas en el país. Puesto que cada interno dejaba de ser un espectador a intervenir en los procedimientos, visitas y demás.

En síntesis, mi persona considera que mi paso por el Hospital de Huaycán fue un antes y un después en la forma de ver a los pacientes, la medicina y terapéutica. Así como a lo que uno quiere enfocar su carrera durante su vida.

## V. CONCLUSIONES

Al acabar la formación universitaria mediante el internado médico, con un enfoque práctico distinto a la teoría aprendida, se consigue obtener experiencias provechosas de las que durante el resto de la vida uno no se va a poder olvidar. Puesto que se jugó un rol fundamental en el desarrollo de cada paciente aun siendo profesionalmente “pequeño”.

Las oportunidades que el Hospital donde se desarrolló mi internado fueron de las más diversas, pudiendo trabajar con un equipo multidisciplinario tanto en emergencias, sala de operaciones como en piso.

La experiencia de encontrarme en una sede que, a pesar de la precariedad, da lo mejor por sus pacientes, sinceramente motiva y demuestra que con poco se puede hacer mucho cuando el interés y las ganas del profesional empujan todo.

Es importante mencionar que se realizaron actividades académicas por parte de la universidad, tales como evaluaciones constantes en las diferentes rotaciones, las cuales se complementaban con las actividades realizadas dentro del hospital, como son exposiciones de diversos casos clínicos, seminarios abarcando diversos temas referentes a la rotación, y que en su mayoría fueron patologías interesantes que me ayudaron mucho a incrementar mis conocimientos en cada rotación. Estas actividades se realizaban cada semana en algunas rotaciones, siendo supervisadas y evaluadas por nuestros diferentes tutores asignados por la universidad, quienes fueron un gran apoyo y soporte para la experiencia vivida durante el internado. Por otra parte, en otras rotaciones no presentaban el énfasis necesario a las evaluaciones, por lo que, en mi opinión debería ser necesario establecer un sistema de evaluación de aprendizaje, para así complementar la teoría con la práctica.

Todo lo antes expuesto permitió mi desarrollo tanto en habilidades blandas con el trato al paciente, resolución de casos de profundidad compleja y en circunstancias retadoras. Las cuales permitirán un desarrollo adecuado para el SERUMS y una futura residencia médica.

## VI. RECOMENDACIONES

1. La duración del internado debe ser reevaluada, para volver a ejecutar los 12 meses que caracterizaban a esta etapa, para facilitar la adquisición de experiencias.
2. La distribución del internado, entre hospitales y primer nivel de atención, debe mantenerse, pero de una manera más centrada en la distribución de capacidades que se pueden adquirir en cada una. Puesto que cada lugar nos otorga vivencias distintas.
3. Las diferentes actividades académicas durante el internado son imprescindibles para el desarrollo y mejora de nuestras habilidades. Estos nos ayudan a afianzar y complementar todos nuestros conocimientos como internos de medicina, para así poder abordar los diferentes casos clínicos durante nuestra vida profesional.
4. Existieron diversos obstáculos durante el internado, motivo por lo cual se solicitaría que tanto la universidad como el Ministerio de Salud, presten mayor atención a ello, para obtener un mejor planeamiento y evitar dificultades.
5. Se observó que varios internos no se encontraban socializados con los criterios de evaluación dados. Motivo por lo que se sugiere a nuestra casa de estudios, que se dejen claros estos factores, para que luego no ocurran malos entendidos.
6. Las actividades virtuales, no se han desarrollado de la manera óptima que se esperaban. Situación que se viene repitiendo a lo largo de los años, generando más bien un factor estresor no adecuado. Es por ello que se sugiere que se busquen tomar otras medidas de aprendizaje más apegadas a la adquisición de habilidades y experiencias.

## VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. MINSA. Historia del Hospital de Huaycán [Internet]. <https://www.hospitalhuaycan.gob.pe>. [citado el 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.hospitalhuaycan.gob.pe/vistas/Institucional/Nosotros.php>
2. Fuseau Herrera M, Villagómez Estrada M, Garrido Salazar D, Noboa Torres D, Escudero Abad L, Narváez Castillo B. Diagnóstico y manejo de síndrome de encefalopatía posterior reversible asociado a lupus eritematoso sistémico. Reporte de caso clínico. Rev Colomb Reumatol [Internet]. 2019;26(1):74-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2017.10.004>
3. Matias-Guiu JA, García-Ptacek S, Ordás CM, Marcos-Dolado A, Porta-Etessam J. Síndrome de encefalopatía posterior reversible recurrente con respuesta a nimodipino. Neurología [Internet]. 2012;27(6):378-80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2011.12.013>
4. Vallejo R, Rosa Gonzáles M, Santiago G, Ortega E, Gómez P, Panadero F. PANCREATITIS AGUDA Y CRÓNICA [Internet]. Botplusweb.portalfarma.com. 2018 [citado el 15 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://botplusweb.portalfarma.com/documentos/2018/10/22/128556.pdf>
5. Jamanca H. Factores pronósticos de severidad en pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda en el servicio de gastroenterología del HNSEB de junio 2016 aJ 2018 [Internet]. Repositorio.urp.edu.pe. 2019 [citado el 15 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1862>
6. Williamson C, Geenes V. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. Obstet Gynecol [Internet]. 2014 [citado el 18 de marzo de 2024];124(1):120–33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24901263/>
7. Wood AM, Livingston EG, Hughes BL, Kuller JA. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: A review of diagnosis and management: A review of diagnosis and management. Obstet Gynecol Surv [Internet]. 2018;73(2):103–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/ogx.0000000000000524>

8. Fernández A. Análisis Situacional de Salud Hospitalario 2021 - HNHU [Internet]. 2022. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/wpcontent/uploads/2016/04/ASIS-2021-FINAL.pdf>
9. Orestes J, Solis T, Felicita M, Lara P, De Obstetricia F, Enfermería Y. Factores Asociados al Aborto Incompleto en Mujeres en Edad Fértil del Centro Materno Infantil Juan Pablo II. Villa el Salvador [Internet]. Edu.pe. [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3685/ponce\\_lmf.pdf?Sequence=3&isallowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3685/ponce_lmf.pdf?Sequence=3&isallowed=y)
10. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Interrupción Voluntaria del Embarazo: definición, proyectos de ley y legislación extranjera. 2015.
11. Table: Classification of abortion [Internet]. MSD Manual Professional Edition. [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/professional/multimedia/table/classification-of-abortion>
12. Enfermedad de Kawasaki [Internet]. MayoClinic.org. 2023 [citado 31 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/kawasaki-disease/symptoms-causes/syc-20354598>
13. Aeped.es. [citado 31 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19\\_kawasaki.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_kawasaki.pdf)
14. Quesada Vargas M, Esquivel Rodríguez N, Rosales Gutiérrez JM. Artritis Idiopática Juvenil: manifestaciones clínicas y tratamiento. Med Leg Costa Rica [Internet]. 2020 [citado 31 de marzo de 2024];37(1):45-53. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152020000100045](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152020000100045) Artritis idiopática juvenil: qué es, síntomas, diagnóstico y tratamiento
15. [Internet]. Inforeuma. SER; 2015 [citado 31 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://inforeuma.com/enfermedades-reumaticas/aij-artritis-idiopatica-juvenil/>
16. Escartín A, González M, Muriel P, Cuello E, Pinillos A, Santamaría M, et al. Litiásic acute cholecystitis: application of Tokyo Guidelines in severity grading. Cir Cir. 2021;89(1):12-21.
17. Lincango-Naranjo EP, Negrete-Ocampo JR, Barberis-Barcia G, Cajas MJ, Campuzano JC. Safety of laparoscopic cholecystectomy in patients older than 90 years in a private hospital in Ecuador: A case series. Cir Cir. 2021;89(3):291- 4.
18. Krzyzak M, Mulrooney SM. Acute Appendicitis Review: Background, Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. Cureus. 24 de marzo de 2024;12(6): e8562

19. Dubón Peniche M del C, Ortiz Flores A. Apendicitis aguda, su diagnóstico y tratamiento. Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex [Internet]. 2014 [citado el 26 de marzo de 2024];57(4):51–7. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422014000400051](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000400051)