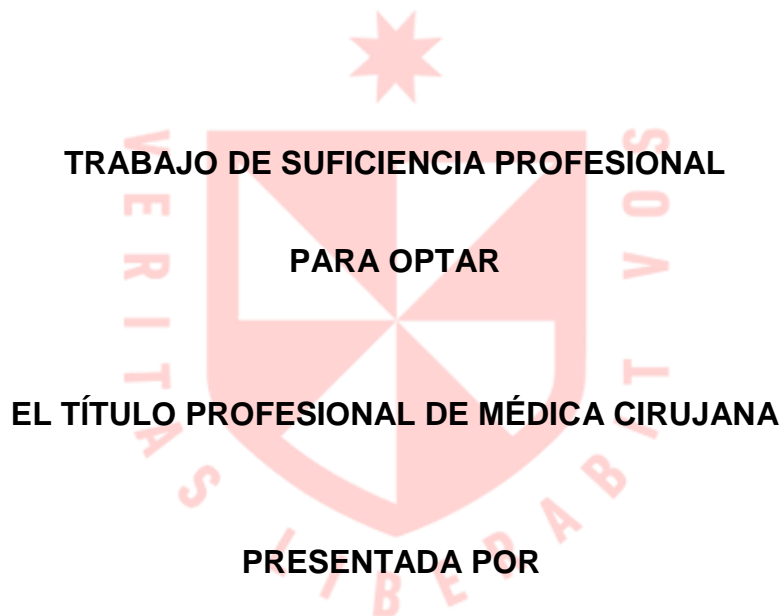


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DEL INTERNADO
MEDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO ERNESTO
BERNALES 2024



KIMBERLY ZORALLA CUTI CHERO

ASESOR

OSCAR ORLANDO OTOYA PETIT

LIMA – PERÚ

2025



**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

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DEL INTERNADO
MEDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO ERNESTO
BERNALES 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
MEDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR
KIMBERLY ZORALLA CUTI CHERO**

**ASESOR
MTRO. OSCAR ORLANDO OTOYA PETIT**

LIMA-PERÚ

2025

JURADO EVALUADOR

Presidente

Dr. Herrera Huaranga, Fernando Marcos

Miembros

Dr. Delgado Quispe, Johandi

Dr. Aguilera Herrera, Cesar Augusto

DEDICATORIA

A mi padre por haberme apoyado a lo largo de los 7 años de mi carrera. A mis hermanos, por brindarme su tiempo, paciencia, comprensión y amor en los momentos más difíciles de la profesión. A mi sobrino, por siempre hacerme reír que son momentos que atesorare por toda la vida.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la oportunidad de poder estudiar esta hermosa profesión y brindarme conocimiento y experiencias para poder con ello aliviar las enfermedades de los pacientes. A la Universidad de San Martín de Porres por brindarme una educación de calidad y de alta competencia. Al Hospital Nacional Sergio Ernesto Bernales, que fue la sede donde realice mi última rotación del Internado Médico, y en especial a los doctores por brindarme sus conocimientos, paciencia y experiencias en la formación académica y profesional de los futuros médicos del país.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	x
CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPITULO II: CONTEXTO EN QUE SE DESEMPEÑO LA EXPERIENCIA...	28
CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL.....	28
CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	36
V. CONCLUSIONES.....	39
VI. RECOMENDACIONES.....	40
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	41

RESUMEN

Objetivo: Describir y exponer la importancia y la experiencia de la última etapa de formación universitaria en la carrera de medicina humana.

Materiales y métodos: Práctica clínica llevada en el Hospital Nacional Sergio Ernesto Bernales y centro de salud Ermitaño Bajo, desde febrero del 2024 hasta diciembre del 2024.

Conclusiones: Las prácticas hospitalarias en el ámbito de internado médico nos da la oportunidad de afianzar los conocimientos teóricos adquiridos en los primeros años de la carrera y poder llevarlo al ámbito práctico. Las prácticas hospitalarias se realizaron en los diferentes servicios como en el servicio de pediatría, cirugía, ginecología y obstétrica y medicina interna tanto en el área de urgencias y emergencias así como en hospitalización, donde con la compañía de nuestros médicos residentes y médicos asistentes nos orientan en el manejo de la enfermedad, asimismo en la parte empática de la profesión; y como última rotación se lleva a cabo en los centros de salud de primer nivel de atención donde se participa de campañas de promoción y prevención de las enfermedades más frecuentes y una atención directa e integral en emergencia y consultorios externos. Teniendo como finalidad en esta última etapa de la carrera universitaria el poder brindar una atención de calidad a nuestros futuros pacientes.

Palabras clave: Internado médico, hospital nacional Sergio Ernesto Bernales, medicina humana.

ABSTRACT

Objective: To describe and expose the importance and experience of the last stage of university training in human medicine.


Materials and methods: Clinical practice carried out at the Sergio Ernesto Bernales National Hospital and the Ermitaño Bajo health center, from February 2024 to December 2024.


Conclusions: The hospital internship gives us the opportunity to consolidate the theoretical knowledge acquired in the first years of the career and to be able to take it to the practical field. The hospital internships were carried out in different departments such as pediatrics, surgery, gynecology obstetrics and internal medicine, in the emergency department, as well as in hospitalization, where, in the company of our resident doctors and medical assistants, we are guided in the management of illnesses, as well as in the empathic part of the profession. The last rotation was carried out in first level health centers where we participated in campaigns for the promotion and prevention of the most frequent illnesses and direct and comprehensive care in emergencies and outpatients' offices. The aim of this last stage of the university course is to be able to provide quality care to our future patients.


Keywords: Medical internship, Sergio Ernesto Bernales National Hospital, human medicine.

KIMBERLY ZORALLA CUTI CHERO

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DEL INTERNADO MEDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO ERNESTO BER...

 My Files

 My Files

 Universidad de San Martín de Porres

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::29427:423161054

50 Páginas

Fecha de entrega

24 ene 2025, 8:59 a.m. GMT-5

12,604 Palabras

73,129 Caracteres

Fecha de descarga

24 ene 2025, 9:03 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

TSP_CUTI_KIMBERLY ZORALLA 23-1- 2025.docx

Tamaño de archivo

124.2 KB


Dr. Oscar Ojeda Petit
Especialista Cirujano
C.R. 0001 RNE 8929
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
DNI: 08498700
ORCID: 0000-0002-1958-9674




14% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)
- Trabajos entregados

Fuentes principales

- 14%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Dr. Oscar Ojeda Petit
Médico cirujano
CMP 19131 RNE 8929
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
DNI: 08498700
ORCID: 0000-0002-1958-9674

INTRODUCCIÓN

El internado médico es una etapa indispensable para afianzar y consolidar los conocimientos adquiridos durante los ciclos anteriores. Durante estos últimos ciclos de la carrera profesional se tiene la oportunidad de estar en contacto directo con los pacientes de forma constante, lo que permite poder identificar riesgos, medidas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (1).

Un aspecto importante es la capacidad de poder adquirir conocimientos en el año de internado, en la cual debe ser práctica de forma didáctica que permita el pensamiento crítico y que nos capacite para formar opiniones propias o adquirir experiencia para generar decisiones independientes (2).

En el Perú, los estudiantes de medicina en función de internos cumplen un rol indispensable en los establecimientos de salud, de manera multifuncional, atendiendo y realizando seguimiento a los pacientes y en muchas oportunidades soporte emocional de estos (3).

El internado médico comenzó el 01 de febrero del 2024 en el Hospital Nacional Sergio Ernesto Bernales, que forma parte de la DIRIS Lima Norte, que ofrece una variedad de especialidades médicas enfocadas en la atención integral del paciente. En este hospital, se realizó las rotaciones en 04 especialidades fundamentales para la práctica preprofesional como son pediatría, cirugía general, ginecología y obstetricia, y medicina interna.

CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

A lo largo del internado médico, se logró adquirir conocimiento teórico como práctico importante para la formación integral del médico futuro médico cirujano. Esto gracias a los conocimientos y experiencias recibidas en el Hospital Nacional Sergio Ernesto Bernales donde ingresan y se atienden a pacientes con múltiples patologías a nivel nacional e internacional. Las prácticas en este centro hospitalario incluyen las rotaciones en las áreas más esenciales para las prácticas preprofesionales como son el servicio de Pediatría, Cirugía, Ginecología y Obstetricia y Medicina Interna.

El poder interactuar con una diversa variedad de pacientes que acojan múltiples enfermedades que generan sus molestias proporciona una gran oportunidad para adquirir constantemente conocimientos en la pasantía sobre la prevención, clínica, diagnóstico, el uso de exámenes complementarios, tratamiento y rehabilitación de muchas patologías expuestas día a día y adquiridas previamente de forma teórica en los ciclos previos.

1.1. Rotación de Pediatría

Esta rotación se realizó en el Hospital Nacional Sergio Ernesto Bernales, el cual se caracteriza por brindar una oportuna atención desde la primera atención en emergencia-urgencia hasta en la hospitalización de los pacientes que acuden al nosocomio. Asimismo, esta área cuenta también con el servicio de neonatología, en este contexto en la práctica hospitalaria se pudo observar diversa variedad de patologías como: asma, enfermedad diarreica aguda, crup, neumonías, bronquiolitis, síndromes convulsivos, ictericia neonatal, sepsis neonatal, etc. Por lo cual se presentarán 02 casos clínicos atendidos en esta rotación:

Caso clínico n.º1

Paciente mujer de 8 años que ingresa al hospital nacional Sergio E Bernales en camilla acompañada por su madre, con antecedente de hidrocefalia congénita y con un tiempo de enfermedad de 2 semanas, caracterizado por tos seca por lo que la automedica con "broncol" y en el transcurso de los días cursa con tos productiva que no podía expectorar por condición y además presenta sensación de alza térmica.

Las funciones vitales al ingreso fueron: temperatura: 36.8°C, frecuencia respiratoria: 35 rpm, frecuencia cardiaca: 135 lpm, saturación de oxígeno: 42%, peso: 42kg y superficie corporal: 1.32.

Antecedentes personales

- Antecedentes natales: Parto por cesárea en la Maternidad de Lima a las 38 semanas, peso al nacimiento: 3.700 kg, talla 31cm, perímetro cefálico: 80 cm, apgar: no precisa.
- RAM: fenobarbital
- Antecedentes patológicos:
 - Hidrocefalia congénita (portadora de válvula ventrículo peritoneal desde los 17 días de nacida).
 - Hipotiroidismo desde el 1er año de vida en tratamiento con levotiroxina.
 - Epilepsia desde los 8 días de nacida, en tratamiento con levotiracetam, clobazam 15mg, lacosamida 150mg.
 - Esquizencefalia a labio abierto.
 - Pubertad precoz, por lo que le aplican ampolla mensual.
 - Bridas amnióticas en pies y manos.
- Hospitalizaciones previas:
 - Neumonía en noviembre del 2023
- Antecedentes quirúrgicos:
 - Cambio de válvula ventrículooperitoneal hace 2 meses

Examen físico:

- Piel y anexos: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular disminuidos en ambos campos pulmonares, se auscultan sibilantes, roncus difusos en ambos campos pulmonares, tirajes intercostales

- Abdomen: globuloso, blando, depresible, ruidos hidroaereos presentes, no doloroso a la palpación.
- Cabeza: cicatriz en región frontoparietal izquierda por colocación de válvula ventriculoperitoneal desde hace 8 años.
- Miembros superiores e inferiores: dedos con falange distal ausentes

Diagnostico principal

- Crisis asmática moderada

Diagnósticos secundarios

- D/C neumonía
- D/c Atelectasia
- Hidrocefalia congénita por historia clínica
- Epilepsia por historia clínica 8 en tratamiento)
- Hipotiroidismo por historia clínica
- RAM a fenobarbital

Plan de trabajo:

- NPO
- Tratamiento:
 - Hidratación: dextrosa 5% 1000cc + ClNa20% 40cc, ClK20% 10cc: LV gotas por minuto en 8 horas y luego XXXVI por minuto en las siguientes 16 horas.
 - Metilprednisolona 42mg (EV) STAT y luego 15 mg EV c/6 horas
 - NBZ c/ salbutamol 20 gotas + 4cc SF c/20 minutos 3 veces y luego c/3 horas.
 - Bromuro de ipatropio 4 puff c/20 minutos 3 veces y luego c/4 horas.
 - Budesonida 1 puff c/12 horas EV
 - Metamizol 840mg EV PRN a T°≥38°C
 - Midazolam 5mg EV PRN a convulsión
 - O2 húmedo para saturación ≥ 94%
 - Cabecera 30°
- Se solicitó hemograma, glucosa, urea, radiografía de tórax, creatinina, examen de orina, electrolitos y PCR.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: leucocitos: 13.13/mm³, hemoglobina:15.10 g/dL, hematocrito:45.20%, plaquetas:185.000, neutrófilos segmentados:10.37/mm³, bastonados:0/mm³, eosinofilo: 1.05/mm³, neutrófilos segmentados:79.0%. bioquímica: glucosa: 125mg/dl, urea: 4 mg/dl, creatinina 0.38 mg/dl, sodio: 138.0 mEq/l, potasio: 4.08 mEq/l, cloro:105.29 mEq/l, proteína C reactiva 1.60 mg/dl.

Evolución clínica

La paciente es hospitalizada y evaluada a las 09 horas después de su ingreso con evolución favorable afebril, saturación de oxígeno: 94% con apoyo oxigenatorio a alto flujo, frecuencia respiratoria de 31 rpm, frecuencia cardiaca de 111 lpm, , con distress respiratorio moderado, no convulsión , tolerando vía oral, diuresis (+), deposiciones (+) , al examen físico de tórax se auscultan murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares , roncales difusos y con leves tirajes intercostales, estertores en ACP. Paciente es reevaluada a las 12 horas afebril, ventilando con apoyo oxigenatorio de alto flujo a 8 litros saturando 98% y sin apoyo oxigenatorio saturando 90%, frecuencia cardiaca de 126 lpm, frecuencia respiratoria 32rpm; al examen físico de tórax y pulmones murmullo vesicular disminuido en ambos hemitórax y roncantes difusos, sibilantes espiratorios, subcrepitos 1/3 inferior de hemitórax, tirajes intercostales y subcostales y se agrega el diagnostico de neumonía bacteriana y se agrega al tratamiento ceftriaxona 2g EV cada 12 horas. Es evaluada a las 27 horas con evolución estacionaria afebril dependiente de oxígeno con fio₂ de 0.28 saturando 97%, hemodinamicamente estable con abundantes secreciones que se nebuliza, cuenta con analítica con leucocitosis y neutrofilia, PCR ligeramente elevada, en la radiografía de tórax se aprecia trama bronquial y algunos refuerzos parahiliares, por lo cual ingresa a hospitalización de pediatría para continuar con tratamiento.

Caso clínico n°2.

Paciente mujer de 04 meses de edad quien ingresa acompañada de su madre por emergencia con un tiempo de enfermedad de 01 día, madre refiere que 01 día antes de su ingreso presenta fiebre de 37.9°C por lo que le da paracetamol (5 gotas) generando descenso de temperatura, pero vuelve a la hora por tal motivo acude con menor centro de salud por presentar fiebre de 38.5°C donde le prescriben paracetamol (20 gotas) generándole descenso de la fiebre, pero vuelve a aparecer a las horas. Al ingreso las funciones vitales eran temperatura 39°C, frecuencia respiratoria de 70 rpm, frecuencia cardiaca de 200 lpm, peso: 10kg; saturación de oxígeno 99%.

Antecedentes personales

- Antecedentes natales: parto cesáreo a las 39 semanas, peso al nacimiento: 3735 kg, talla 50cm, apgar 9 al minuto y 9 a los 5 minutos,
- Antecedentes quirúrgicos: niega
- Antecedentes patológicos: soplo cardíaco (comunicación interventricular) a los 23 días de nacida
- RAMS: niega
- Hospitalizaciones: hace 3 semanas por 03 días por SOBA

Examen físico:

- Nivel de conciencia: despierto, reactivo a estímulos.
- Piel y anexos: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 3 segundos, en flexuras se observa zonas de resequead.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos arrítmicos, presencia de soplo audible II/VI
- Orofaringe: no eritematosa, no presencia de placas

Diagnostico principal

- Síndrome febril

Diagnósticos secundarios

- D/C infección del tracto urinario

Plan de trabajo:

- Tratamiento médico: Metamizol 20mg IM STAT
- Se solicita: hemograma, examen de orina y PCR.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: leucocito de 17.44/mm³, hemoglobina 11.10 g/dL, hematocrito de 32.70%, plaquetas de 512.000, neutrófilos segmentados 11.16 mm³, neutrófilos abastionados 0 mm³, PCR: 7.51 g/dL.
- Examen de orina: amarillo, leucocitos :60-70 por campo, nitritos negativos, hematíes 1-3 por campo, gérmenes 2++.

Evolución clínica

Se reevalúa a paciente a las 04 horas posteriores de su ingreso con resultado de exámenes solicitados, madre refiere poca lactancia e irritabilidad, en el examen físico abdominal se halla dolor abdominal en fosa iliaca derecha por lo que se hace interconsulta al servicio de cirugía pediátrica a descartar apendicitis aguda y se solicita urocultivo antes de iniciar tratamiento antibiótico con ceftriaxona e hidratación endovenosa con dextrosa 5% 1L, NaCl 20% 20mL, KCl 20% 10ml a XV gotas por minuto, y se hospitaliza en el servicio de pediatría. Es evaluado por el servicio de cirugía pediátrica donde al examen físico describen dolor en hemiabdomen inferior donde solicitan ecografía abdominal, reevalúan a la paciente con resultados donde indican no presentar hallazgos compatibles con apendicitis y sugieren continuar con tratamiento y reevaluación a solicitud. A las 24 horas de su ingreso cursa afebril, no presenta dolor a la palpación abdominal y continua tratamiento antibiótico. A las 48 horas de su ingreso madre refiere que menor cursa con disposiciones liquidas amarillentas 12 veces en 24 horas, por lo que se agrega al diagnóstico descartar diarrea aguda infecciosa y se solicita reacción inflamatoria en heces y se agrega amikacina 50mg cada 12 horas endovenoso. A las 72 horas del ingreso se recibe resultados donde presenta BLEE positivo resistente a ceftriaxona por lo que se suspende a ceftriaxona, con el paso de las horas y días, se reevalúa a paciente, madre refiere notar mejoría con respecto a la sintomatología.

1.2 Rotación de Cirugía General

Esta rotación se realizó en el Hospital Nacional Sergio Ernesto Bernales, el cual se caracteriza por brindar una oportuna atención desde la primera atención en emergencia-urgencia hasta en la hospitalización de los pacientes que acuden al nosocomio, así como la oportunidad de poder entrar a sala de operaciones y que la teoría explicada sea vista de manera experimental al observar y poder participar de ella en función de instrumentista. Este servicio cuenta con la participación de rotaciones en diversas especialidades como el servicio de urología, cirugía cardiovascular, traumatología, cirugía plástica y cirugía pediátrica, que nos permitieron enfrentar diversas patologías. En la práctica hospitalaria del servicio de cirugía general se pudo observar diversa variedad de patologías como: apendicitis aguda, colecistitis aguda, hernias, vólvulos, diverticulitis, quistes hepáticos, quemaduras, etc.

Caso clínico n.º3

Paciente masculino de 40 años, que ingresa por emergencia al servicio de medicina, procedente de su domicilio. Paciente refiere que cinco días antes de ingresar por emergencia, presenta dolor abdominal en hemiabdomen inferior que posteriormente se irradia de forma difusa a predominio de fosa iliaca derecha, asociado a sensación de alza térmica y 1 vomito. Asimismo, refiere haberse automedicado con doxiciclina y analgésicos, al no presentar mejoría del cuadro clínico acude al hospital Sergio Bernales.

Al ingresar por emergencia de medicina sus funciones vitales fueron temperatura 36.6°C, presión arterial 100/60mmHg, frecuencia cardíaca 90 lpm, saturación de oxígeno 96%, Glasgow 15/15, talla: 1.63m y peso: 70kg.

Antecedentes personales

- RAM: Niega
- Patológico: Gastritis hace 3 años en tratamiento con omeprazol
- Quirúrgico: Niega

Antecedentes familiares

- Niega antecedentes familiares

Examen físico:

- SNC: Paciente orientado en tiempo y espacio. Glasgow: 15/15. Paciente obedece ordenes simples y complejas.
- Piel: THE, elástica, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos.
- TYP: MV pasa bien en AHT. No rales.
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos. No soplos.
- ABD: Distendido, resistente a la palpación, dolor abdominal difuso a predominio de hemiabdomen inferior. RHA(+) Mcburney (+) Blumberg (+). Se evidencia signos peritoneales.

Diagnostico en emergencia:

- Síndrome de dolor abdominal: abdomen agudo

Plan de trabajo:

- NPO
- Tratamiento: Analgésicos
- Se solita exámenes de laboratorio presentando HB: 15,5 g/dL, leucocitos 7.850/mm³. Se reevalúa paciente en horas de la noche, paciente refiriendo la persistencia del dolor abdominal, se le decide realizar una ecografía y radiografía de abdomen y por ello es transferido al servicio de cirugía general.

Diagnostico Pre Operatorio

- Peritonitis generalizada por apendicitis aguda complicada

Diagnósticos Post Operatorios

- Diverticulitis aguda Hinchey III + perforación sigmoidea + periapendicitis + malrotación intestinal

Tratamiento medico. postoperatorio

- Operación: Laparotomía exploratoria + Apendicectomía + Rafia de perforación sigmoidea + Colostomía sigmoidea lo Wangsteen + Secado de Cavidad + Drenaje Mixto. Hallazgos: Secreción purulenta 1500 cc distribuida difusamente en cavidad + perforación en colon sigmoides a 15

cms de reflexión peritoneal, tercio distal de colon sigmoides y recto sigmoides severamente inflamados, acartonados, aumentados de volumen, congestivos y con múltiples placas de fibrina. Divertículos múltiples en el colon sigmoides asas delgadas congestivas, dilatadas y con múltiples placas de fibrina. Ciego de posición subhipotéca con apéndice cecal subseroso y con tercio distal retroperitoneal, congestiva. Paciente tolera acto QX y es transferido a URPA.

- NPO
- Antibiótico
- Analgésico
- Deambulación
- Control de funciones vitales

Exámenes auxiliares

- Hemograma completo: leucocitos: 8.90/mm³, hemoglobina: 10.30g/dL, plaquetas: 571.000, hematocrito: 30.70%.
- Bioquímica: Glucosa: 80 mg/dl, Albumina: 2.3 g/dl, Bilirrubina total: 0.81 mg/dl
- Gasometría: Ph: 7.484, PCO₂: 29.4 mmHg, PO₂: 66.7 mmHg, PO₂/FIO₂: 317.7 mmHg, Gap: 3.2

Evolución clínica

Paciente de URPA es transferido a piso de cirugía. El día 9 postoperatorio por la tarde cursa con fiebre de 38.5 °C y saturación de 95%, al examen físico de tórax se auscultan murmullo vesicular disminuido en base de ambos campos pulmonares, abdomen poco depresible, RHA (+), doloroso a la palpación en mesogastrio, herida operatoria mediana supraumbilical, afrontada, puntos liberados en 1/3 medio y 1/3 inferior, con secreción serosa, portador de colostomía (8140cc) con contenido fecaloideo y dren tubular (27cc) contenido purulento y se cambia los diagnósticos a infección de sitio operatorio tipo I, insuficiencia respiratoria en remisión y sepsis punto de partida abdominal por lo que se cambia indicaciones en el tratamiento a dieta líquida, hidratación, clindamicina 600gr EV c/8 horas, salbutamol 100mg 2 puff cada 6 horas, n-acetil cisteína 600mg VO cada 12 horas e inspirómetro de incentivo y se solicita

hemograma, PCR, perfil hepático , creatinina, urea glucosa y ecografía abdominal. Se recibe resultados ecografía de abdomen superior la cual se observa como impresión diagnóstica: Hepatomegalia y liquido libre subhepatico. Al día siguiente se reciben exámenes de laboratorio leucocitos de 8.90/mm³, hemoglobina de 10.30 g/dL, hematocrito de 30.70%, VCM de 88.8., HCM 29.70, CHCM 33.50 g/dL, plaquetas 571.000, segmentados: 80%, glucosa 80 mg/dl, fosfatasa alcalina 1029 U/L, GGT 322 U/L. bilirrubina total 0.81 mg/dl, bilirrubina 0.58 mg/dl, enfermería reporta fiebre de 38.5°C y saturación de 95% no refiere molestias, niega nauseas, niega vómitos, elimina flatos. Diuresis (+). Deposiciones (+). Al examen físico: Abdomen: Distendido, ruidos hidroaéreos presentes, timpanismo, doloroso a la palpación en mesogastrio. por lo que se rota de antibiótico a piperaciclina/tazobactan 4.5gr EV cada 8 horas y se agrega simeticona 1 tableta cada 8 horas y continua con los diagnósticos de infección de sitio operatorio tipo I, Insuficiencia respiratoria en remisión y anemia leve. Paciente presenta evolución favorable.

Caso clínico n°4

Paciente femenino de 52 años ingresa por emergencia con un tiempo de enfermedad de hace 3 horas, producto de sufrir una explosión de buzón eléctrico motivo por el cual sufre una caída en una tapa de concreto ocasionándole dolor de gran intensidad 8/10 a nivel de hombro derecho acompañado de incapacidad para su movilización. Motivo por el cual, es traída a emergencia del hospital Sergio Bernales.

Paciente acude por emergencia a tópico de cirugía con las siguientes funciones vitales: Presión Arterial: 110/70 mmHg, Frecuencia respiratoria: 20 rpm, Frecuencia Cardíaca: 82 lpm, Saturación de oxígeno: 97%, Glasgow: 15/15 y con el diagnostico de quemadura eléctrica: D/C Luxación de hombro derecho y D/C Lesión de órgano blanco intrabdominal. Se decide realizar interconsulta a traumatología y medicina interna. El servicio de traumatología evalúa a la paciente realizando la evaluación clínica determinando la limitación F/E de hombro derecho. Asimismo, se realiza el diagnostico de Contusión de hombro derecho con fractura de escapula derecha. Se solicita tomografía de hombro derecho ampliada para evaluar el dx de fractura conminuta de escapula. Luego

de realizar la tomografía, se concluye que existe fractura compleja de escapula derecha y se coloca inmovilizador de hombro y analgesia, se mantiene a paciente en observación. Del mismo modo, el servicio de cirugía evalúa al paciente concluyendo con el diagnóstico de quemadura eléctrica y fractura de omoplato derecho. Paciente ingresa a piso de cirugía.

Antecedentes personales

- Patológicos: No refiere. Alergia al tramadol
- Familiares: Padre, fallecido de accidente de tránsito. Madre con antecedente de HTA y Prediabetes. Hermanos: 6, 1 hermano con dx de HTA
- Quirúrgicos: Cesareada anterior 2 veces. Niega transfusiones

Examen físico:

- Piel: THE, Llenado capilar menor a 2 segundos
- TyP: MV pasa bien en AHT, no tirajes
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abd: Globuloso, RHA (+), blando, depresible, no dolor a la palpación
- Genitourinario: PPL y PRU negativos.
- SNC: EG:15/15. Paciente orientada en tiempo, persona y espacio. Obedece ordenes simples y complejas

Diagnostico principal

- Quemadura eléctrica: Traumatismo hombro derecho

Diagnósticos secundarios

- Fractura de omoplato
- Fractura peritrocantariana

Exámenes auxiliares

- Gasometría: Ph: 7.370, PCO2: 34.4 mmHg, PO2: 80.5 mmhg, PO2/FIO2: 380.5 mmHg, NA: 143.1 mmO/L, K: 3.35 mmO/L, CL: 106.1 mmO/L. Bioquímica: TGO: 96 U/L, Ca: 1.11 mmo/L, lactato 2.7 mmo/L,

Deshidrogenasa láctica: 592 U/L, Urea: 17 mg/dl, Creatinina: 0,79 mg/dl, Troponina I: 0.005 ng/ml, Creatinkinasa MB: 7.3 ng/ml.

- Asimismo, se realiza una ecografía abdominal completa la cual presenta como impresión diagnóstica: Hepatopatía difusa moderada grado II asociada a hepatomegalia. No se observa líquido libre en cavidad abdomino pélvica.

Tratamiento médico

El tratamiento médico que se administró en emergencia:

- 1) NPO
- 2) NaCl 0.9% x 1000 cc Ev gotas
- 3) Omeprazol 40 mg Ev C/24h
- 4) Metamizol 1.5 gr ev
- 5) Ketoprofeno ev 100 mg c/8 horas
- 6) Plan: EKG c/4 horas

Evolución clínica

Paciente en emergencia es dada de alta por el servicio de cirugía y por el servicio de medicina interna. Paciente se encuentra en evaluación por los servicios de cardiología y traumatología, y es derivada a piso de traumatología. Es evaluada a su vez por el servicio de cardiología, en el examen físico se hallan ruidos cardíacos rítmicos, no soplos audibles. En el EKG: 1) RS no alteración QT, onda T. Troponina 0,005 ng/ml. RP: Se solicita troponina control cada 12 horas, EKG control en 12 horas, ecocardiograma Doppler y holter. En su día número 5 de hospitalización paciente refiere mejoría del dolor 7/10 en región de hombro derecho. Personal de enfermería no reporta interurrencias. Al examen físico paciente se encuentra en decúbito dorsal:

- MMSS derecho: Inmovilizado con cabestrillo, equimosis en cara superior de hombro derecho. Limitación a la movilización de hombro. LCC menor a 2seg, Dolor a la movilización.
- MMII derecho: Equimosis en cara posterior 1/3 proximal de muslo de aproximadamente 6x6 cm. Limitación a la movilización en flexión y extensión de cadera.

Plan de trabajo en hospitalización:

- 1) DC + LAV
- 2) VS
- 3) EKG cada 12 horas
- 4) Pendiente ecocardiograma y holter
- 5) Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas

La paciente se encuentra con indicación de manejo conservador por traumatología. Presenta evolución favorable.

1.3 Rotación de ginecología y obstetricia

Esta rotación se llevó acabo en el hospital Sergio E. Bernales, el cual se caracteriza por brindar atención, diagnóstico y tratamiento oportuno a las pacientes con patologías ginecológicas y a las gestantes que acuden por emergencia o urgencias. En esta especialidad se observó con mayor frecuencia ciertas patologías ginecológicas como: sangrado uterino anormal de diferentes etiologías, prolapsos, neoplasias, etc.; y en el área de obstetricia se visualizó patologías como: amenaza de aborto, abortos espontáneos, mola hidatiforme, preeclampsia con o sin criterios de severidad, atonía uterina, etc.

Caso Clínico n°5

Paciente femenino de 31 años acude a tópico de ginecología con un tiempo de enfermedad de 3 horas por presentar contracciones uterinas de moderada intensidad y frecuencia. Niega perdida de líquido amniótico, Niega sangrado vaginal. Percibe movimientos fetales. Niega síntomas de irritación cortical. Sus funciones vitales al ingreso fueron temperatura de 36.6, PA 130/80, FR: 18x min, FC 88 x min, peso: 89 kg, saturación de oxígeno: 98% y Glasgow 15/15.

Antecedentes personales

- Antecedentes ginecológicos: FUR: No recuerda.
- Antecedentes Obstétricos G4P2012, FPP: 01/01/2025, EG: 36 semanas 4/7 x eco I trimestre
- Antecedentes quirúrgicos: Colelap 2014

- Antecedentes patológicos: Hipertiroidismo (desde 2021). Vitíligo. Preeclampsia-2021. ITU en el tercer trimestre tratada con antibioticoterapia. RAMS: Niega

Examen físico:

- Estado general: AREG
- Estado hidratación: AREH
- Piel: THE. Tibia, hidratada, elástica
- Examen clínico regional:
- ABD: Útero grávido. Altura Uterina: 30cm, ponderado fetal: 2832kg, SPP: longitudinal cefálico derecho. LCF 137xmin. Movimientos fetales: ++.
- Tacto Vaginal: Dilatación: 5 cm, Incorporación: 85%, Altura de Presentación: -2, pelvis ginecoide, Membranas Integras.

Diagnostico principal

- Multigesta 36 semanas 4/7 x ECO IT- Trabajo de parto prematuro.

Diagnósticos secundarios

- Hipertiroidismo por antecedente.
- Vitíligo por antecedente.
- Obesidad pregestacional

Plan de trabajo:

- En emergencia se solicita ecografía obstétrica.
- DC + LAV
- Nacl 0,9% 1000cc vía
- Se solicita exámenes de laboratorio: hemograma, glucosa, urea , creatinina, examen de orina
- Monitoreo materno fetal
- Control obstétrico estricto
- CFV
- Pasa a centro obstétrico para evolución espontanea del trabajo de parto

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos: 10.11/mm³, hemoglobina: 11.20 g/dL, plaquetas: 221.000, tiempo de protrombina: 12.7 seg., VCM: 81.10, HCM: 25.70, urea: 22 mg/dl, creatinina: 0.67 mg/dl.
- Examen completo de orina: color: amarillo, aspecto: turbio, PH: 6.0, células epiteliales: escasas, gérmenes: escasos.

Evolución clínica

Paciente ingresa a sala de partos con sensación de pujo. Se coloca en posición ginecológica y se realiza higiene vulvoperineal. Se produce expulsivo de RN vivo con Apgar 8-9 y se coloca en vientre materno, se limpia secreciones y se entrega RN a servicio de neonatología. Se aplica 10 UI de oxitocina IM para alumbramiento dirigido. Se produce alumbramiento en modalidad shultze con dimensiones 22x20x3cm con cordón umbilical de 70 cm 2A/1V. Placenta membranas y cotiledones completos. Se realiza revisión de cavidad vaginal y cervix, se observa desgarró en canal vaginal a las 5h, se sutura con catgut crónico 2.0. Se realiza higiene vulvoperineal, paciente con funciones vitales estables pasa a alojamiento conjunto. Paciente puérpera es reevaluada después de 5 horas se encuentra hemodinámicamente estable, afebril, ventilando espontáneamente con funciones vitales conservadas, pasa a puerperio. Durante la guardia diurna paciente refiere leve dolor en la zona genital y hemiabdomen inferior al examen físico sin alteraciones. Tratamiento: 1) DC + LAV, 2) Paracetamol 500 mg VO c/8horas. 3) Sulfato ferroso 300 mg VO c/12 horas. 4) Lactancia materna exclusiva + masaje uterino + aseo vulvovaginal 5) CFV + CSV. Durante la reevaluación de paciente después de 48 horas paciente no refiere molestias, obstetra no reporta interurrencias. Examen Físico: ABD: B/D RHA positivos, útero contraído por debajo de cicatriz umbilical. Leve dolor a la palpación profunda en hipogastrio. TV: loquios hemáticos escasos, sin mal olor.

Caso Clínico n°6

Paciente gestante de 40 años de edad, cursando su cuarta gestación ingresa el a emergencia del HNSEB referida de consultorio externo por presentar presión arterial elevada. A su ingreso se encontró los signos vitales en los siguientes valores: temperatura de 36. 8°C, PA: 210/100 mmHg, FR: 19 rpm, FC:120 lpm y

SatO2: 98%, Glasgow 15/15, peso: 85 kg, talla: 160 cm. En cuanto a la anamnesis, negó cefalea, negó escotomas, negó tinnitus, negó pérdida de líquido, negó sangrado vaginal y percibe movimientos fetales.

Antecedentes:

- Antecedente familiar refirió madre con HTA y padre con HTA y DM2.
- Antecedentes personales patológicos: niega RAM.
- Antecedentes quirúrgicos: 2 cesáreas previas, en el 2006 por parto disfuncional (peso al nacimiento de 2300) y en el 2009 por RPM y hemorragia de la 2da mitad (peso al nacimiento de 2950).
- Antecedentes ginecobstétricos, su menarquia fue a los 12 años con régimen catamenial de 7/30, se realizó más de 6 PAP, el último en el año 2023 con resultado normal; no recuerda fecha de última menstruación, su fórmula obstétrica fue G4P2012: G1: 2006, G2:2009, G3: aborto, G4: actual, con 02 controles prenatales: el primero en C.S La Flor a las 18 semanas 1/7 x ecografía (PA:110/60 mmHg), segundo en HNSEB (PA 100/60 mmHg).

Examen físico

- Abdominal: altura uterina de 29cm, SPP: longitudinal cefálico derecho, LCF: 148 lpm, dinámica uterina ausente, movimientos fetales presentes, tacto vaginal: cérvix posterior sin cambios.

Diagnósticos principales:

- G4 de 31 0/7 por ecografía del II trimestre
- THE: preeclampsia con criterios de severidad
- Diagnósticos secundarios
- ARO: cesareada anterior 2 veces
- Controles prenatales tardíos e insuficientes
- Obesidad pregestacional

Plan de trabajo:

- Tratamiento:
 1. NPO

2. NaCl 9% 100cc, 300 a chorro luego 45 gotas por minuto
 3. Nifedipino 10 UI VO STAT, luego cada 20 minutos
 4. Nifedipino 10UI VO PRN PA \geq 160/110mmHg
 5. NaCl 9% 950cc + sulfato de magnesio (5 ampollas)-40ml en 20 minutos luego 10ml por hora
 6. Sonda folley permeable +BHE
 7. Control de PA cada 15 minutos
 8. Betametasona 12 mg IM-STAT
- Monitoreo materno-fetal
 - Vigilar signos de intoxicación por SO₄Mg
 - Completar pre quirúrgicos: hemograma, glucosa, urea, creatinina, solicita perfil de preeclampsia, perfil de coagulación, monitoreo materno fetal estricto, examen de orina, EKG, riesgo quirúrgico y pruebas cruzadas.
 - Se activa clave azul
 - Se realiza interconsulta con la especialidad de neonatología quien recomendó iniciar maduración pulmonar con corticoide IM en la madre, prolongar gestación y si su condición materna cambia comunicar al servicio para preparación de equipo UCIN.
 - Se realiza interconsulta a trauma shock quien diagnostica riesgo quirúrgico II/IV y recomienda monitorización hemodinámica, transfusión de plaquetas pre-sop y plaqueta control >10.000; debido a que nosocomio no cuenta con tal cantidad de hemoderivados se pide apoyo a diversos hospitales.
 - Se solicitó sala de operaciones para cesárea con orden de transfusiones plaquetas.

Exámenes auxiliares:

- Laboratorio: leucocitos: 13.60/mm³, hemoglobina: 12.9 g/dL, hematocrito: 36.40%, plaquetas: 46.000, recuento manual de plaquetas: 75.000, segmentados: 72.0%, abastionados 0%, glucosa: 90 mg/dl, urea: 31.7 mg/dl, creatinina: 0.86 mg/dl, tiempo de coagulación 5 min., tiempo de sangría 2 min., grupo y factor: B+. examen de orina: color amarillo, aspecto: ligeramente turbio: leuco: 3-5 x campo, hematíes: 20-30 x campo, células epiteliales escasas, gérmenes 1+. Perfil hepático: TGO:

29.8 U/L, TGP: 36.8 U/L, BT: 0.42 mg/dl, BD: 0.11 mg/dl, BI: 0.31mg/dl, proteína total: 0.42 gr/dl, bilirrubina directa: 0.11 mg/dl, bilirrubina indirecta: 0.31 mg/dl, proteína total: 7.48 gr/dl, albumina: .3.8 gr/dl, globulina 363 gr/dl serológicos (VIH, SIFILIS, HEPATITIS B) negativos.

- Ecografía obstétrica: longitudinal cefálico derecho, LCF: 134 LPM, DBP: 77.50mm, CC: 276.89mm, CA: 266.01mm, LF: 57.77 mm, placenta corporal anterior grado II, PVM: 45cc, ponderado fetal: 1594 grs (percentil 45%)

Evolución:

A las 04 horas de su ingreso se reevalúa a la paciente con signos vitales: 165/87mmHg, frecuencia cardiaca: 85 lpm, frecuencia respiratoria: 19 rpm, temperatura: 36.0°C, saturación: 98%, paciente refiere leve cefalea, negó pérdida de líquido, negó sangrado vaginal y percibe movimientos fetales. A las 8 horas del ingreso se realizó junta médica, quienes acordaron la realización de cesárea de emergencia debido a riesgo materno de eclampsia, hemorragia, morbilidad materna extrema y neonatales como prematuro de alto riesgo. Se recibió respuesta del Hospital Arzobispo Loayza quien comunica la prestación de hemoderivados, se solicitó nuevo perfil de preeclampsia y se agrega los diagnósticos de prematuridad extrema, morbimortalidad materna extrema, síndrome de hellp parcial con disfunción hematológica, y se solicita interconsulta a los servicios de neonatología y UCI, y es programada para cesárea de emergencia.

A las 17 horas de su ingreso se realizó ecografía Doppler, concluyendo en una gestación única activa de 31 semanas 1/ 7, RCIU tipo I, Doppler fetal normal y Doppler materno patológico. A las 22 horas de su ingreso se inicia con transfusión de unidades de plaquetas pre-sop y posteriormente ingresa a sala donde se le administra anestesia general con transfusión continua de 3 unidades de plaquetas, se realiza cesárea más ligadura de trompas ver, con los siguientes hallazgos: extracción de recién nacido vivo género masculino , talla 42cm, peso de 1520 gr, Apgar 3 al minuto y 8 a los 5 minutos que fue trasladado al servicio de neonatología, placenta corporal anterior, líquido amniótico claro. Durante la cirugía hubo sangrado de +400cc y líquido ascítico en regular cantidad, no se

reportaron complicaciones. En URPA, presentó PA de 160/110 mmHg, se halla despierta, obedece a órdenes, apósito limpio en herida operatoria, hemodinámicamente inestable, refirió leve cefalea, pasando infusión de sulfato de Mg 10 cc. A las 10 horas de post- cesárea, paciente es transferida a UCI con una PA de 153/105 mmHg, PAM:114 mmHg, FC;89 lpm, FR: 15 rpm, SatO2:98% y temperatura de 36.8°C. Al examen físico abdominal se evidenció abdomen globuloso, blando, depresible, RHA presentes, útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical, dolor a la palpación profunda en hemiabdomen inferior y herida operatoria cubierta por gasas, se le añade los diagnósticos de PO de cesárea +BTB y obesidad y se solicita nuevos exámenes de laboratorio: leucocitos: 22.36/mm³, hemoglobina: 12.40 g/dl, hemotocrito: 35.40%, plaquetas 97.000, segmentados: 94%, abastionados:0% y como plan monitoreo, antihipertensivos y vigilancia de diuresis.

A las 62 horas de post-cesárea, es evaluada por la especialidad de gineco-obstetricia evalúa con un PA de 140/80 mmHg, diuresis: 1680cc en 24 horas y se encuentra a paciente orientada en tiempo, espacio y persona, al examen físico de abdomen blando, depresible, RHA presentes, útero contraído por debajo de 1 cm de la cicatriz umbilical, dolor a la palpación profunda en hemiabdomen inferior, herida operatoria sin signos de flogosis, loquios hemáticos escasos sin mal olor, sonda vesical permeable y se añade el diagnóstico de anemia moderada y plaquetopenia. Asimismo, paciente es transferida a UVIM sin hallazgos significativos en la evolución, se le agrega a su tratamiento hemáticos, continua con antihipertensivo, en los siguientes 08 días paciente cursa con evolución estable y es dada de alta.

1.4 Rotación de medicina interna

Esta rotación se llevó a cabo en el Hospital Nacional Sergio E Bernales, el cual se caracteriza por brindar una atención inmediata y oportuna, como primera línea en emergencia y urgencias de los pacientes que acuden al nosocomio. En área hospitalaria se subdivide en diversos sectores como endocrinología, infectología, neumología, geriatría, gastroenterología, medicina varones y medicina mujeres, esto para una mayor organización en cada subrotación en el internado,

en donde se ve una diversidad de enfermedades como diabetes mellitus con complicaciones agudas y tardías, pancreatitis complicadas, accidentes cerebrovasculares hemorrágicos vs isquémicos, infarto al miocardio, hipertensión arterial mal controladas, estados convulsivos, tuberculosis con sobreinfección, etc.

Caso clínico n°7

Paciente mujer de 62 años llega emergencia con un tiempo de enfermedad de aproximadamente una hora por presentar dolor abdominal tipo cólico de intensidad 10/10 que intensificaba al momento de sentarse y se irradiaba a toda la región abdominal a predominio de epigastrio e hipocondrio derecho asociado a náuseas y vómitos. No refiere que antes del dolor abdominal ella se encontraba solo con leve molestia. en emergencia se le solicitan exámenes de laboratorio donde se observa una leucocitosis sin desviación izquierda, anemia leve normocítica normocromica, amilasa elevada en 306, por lo que es evaluada por cirugía general y gastroenterología los cuales solicitan examen de imágenes para reevaluación. se le realizó ecografía abdominal donde se informa hepatomegalia con hepatopatía difusa, hidrops vesicular sin líquido libre en abdomen inferior. Fue nuevamente reevaluada por dichas especialidades mencionadas donde le solicitan tomografía toraco abdomino pélvica. entra a medicina interna mujeres para continuar manejo y continuar con estudios.

Ecografía abdominal superior: hígado: LHD 172mm, tamaño incrementado ecogenicidad moderadamente incrementada, no se definen lesiones sólidas o quísticas, no dilatación de vías biliares intrahepáticas, , vena porta: 8mm, colédoco no visualizado, vesícula biliar mide 108x60mm, paredes de 3mm, contenido anecogénico, no litiasis, páncreas parcialmente visible por interposición gaseosa, a nivel de cuerpo mide 16mm de ecogenicidad conservada, no se observa líquido libre en cavidad abdominal superior., meteorismo intestinal ligeramente incrementado. Impresión diagnóstica: hepamegalia, hidrops vesicular, meteorismo intestinal incrementado. Ecografía abdominal inferior: no se observa líquido libre

Tomografía computarizada de abdomen con contraste: vesícula biliar distendida, mide 95 x 85 mm, impresiona tabique y acodamiento a nivel de cuerpo, paredes

delgadas, grasa perivesicular de aspecto conservado, no se evidencian lesiones hiperdensas en su interior. Colédoco de aproximadamente 3mm de diámetro en su porción intrapancreática. Bazo de tamaño y forma normal de parénquima homogéneo sin lesiones focales. Parénquima con captación heterogénea a nivel de cabeza (menor 30%), presencia de colecciones peri pancreáticas extensas de densidad heterogénea. Impresión diagnóstica: signos tomográficos de pancreatitis con captación heterogénea a nivel de cabeza que sugiere necrosis, se asocia colección peri pancreáticas de densidad heterogénea (índice de severidad tomográfico: 6 puntos). Hidrops vesicular. Pared intestinal engrosada de duodeno y líquido perirrenal izquierdo a considerar reactivo a proceso inflamatorio. Imágenes diverticulares a nivel de sigmoides y colon descendente sin signos inflamatorios. Espondilosis dorso-lumbar

Antecedentes:

- Patológicos: Hipertensión arterial hace dos años, diabetes mellitus hace 8 años y COVID 19 hace dos años.
- Hospitalizaciones previas: Hernia umbilical hace 10 años y COVID 19 hace dos años
- Niega hábitos nocivos
- Niega alergias medicamentosas
- Familiares:
 - Padre: Fallecido (cáncer de cabeza y cuello)
 - Madre: Fallecida (UPP grado V complicada)
 - Hermanos: Vivos (7 hermanos)
 - Hijos: 2 aparentemente sanos

Examen Físico:

- Aspecto general: paciente en decúbito dorsal, ventilando sin apoyo oxigenatorio suplementario, con vía periférica permeable, REH, REN con obesidad moderada
- Piel: Tibia, elástica, no edemas, llenado capilar menor a 2 segundos, cicatriz en región umbilical por PO hernia umbilical.

- Cabeza: normocéfalo, simétrico, sin protuberancias ni depresiones anormales, pupilas isoconicas foto reactivas, globos oculares móviles a voluntad correa transparentes
- Sistema linfático: no se palpan adenopatías
- Typ: MV pasa bien en ACP, no se auscultan rales pulmonares
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos regulares, no ingurgitación yugular.
- Abd: Blando depresible ligeramente distendido, dolor a la palpación profunda y superficial a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho. No se palpan masas, Murphy (-), Mcburney (-) Rebote (-). Presencia de cicatriz por Po de hernia umbilical-
- Tacto Rectal: Impactación Fecal
- Genitourinario: PPL (-) bilateral, PRU negativo, no se palpa globo vesical.
- Sistema nervioso: Despierta, orientada en tiempo, espacio y persona. EG: 15/15, no signos meníngeos ni signos de focalización

Diagnósticos principales:

1. Pancreatitis necrosante
2. Hidrops Vesicular
3. Hepatopatía crónica
4. Diabetes mellitus tipo 2 con manifestaciones tardías
D/C nefropatía diabética
D/C neuropatía diabética
D/C retinopatía diabética
5. Hipertensión arterial controlada
6. Portadora de traqueostomía
7. Obesidad mórbida

Plan de trabajo:

- SS Perfil lipídico, perfil hepático, PCR, hemograma completo, urea, creatinina, glucosa, TSH, hemoglobina glicosilada, gases arteriales y electrolitos séricos, CA19.9, CEA.
- SS radiografía de tórax
- IC gastroenterología
- HGT: 6am, 4pm, 10pm

- Enema evacuante STAT

Exámenes auxiliares:

21/11/2024:

- Leucocitos: 12.32/mm³, Neutrófilos Abastados: 1%, Neutrófilos segmentados: 85%, HB: 11.10, Plaqueta: 285.00, HCM: 28.30, VCM 84.80
- Bioquímica: Urea: 59, Creatinina: 1.39, glucosa 192, proteínas totales: 6, albumina; 3.3, globulina: 2.7, TGO: 20, TGP: 14, GGT: 56, amilasa: 306, lipasa: 34, proteína c reactiva: 26, bilirrubina total: 0.82, bilirrubina directa: 0,46.

25/11/2024

- Leucocitos: 12.49, neutrófilos abastados: 0%, neutrófilos segmentados: 85,7%, HB: 10.60, Plaquetas: 332,000, HCM: 27.80, VCM: 83.30

Evolución:

En emergencia se observa en sus exámenes de laboratorio una leucocitosis sin desviación izquierda, anemia leve normocítica normocrómica, amilasa en 306. Paciente es transferida a sala de hospitalización y se solicita evaluación por los servicios de gastroenterología, cirugía y endocrinología. El servicio de gastroenterología evalúa a la paciente el cual indica que la paciente presenta un cuadro de pancreatitis con complicaciones locales (luego de evaluar la tomografía) y solicita que se continúe con el tratamiento farmacológico. Asimismo, la paciente también es evaluada por el servicio de cirugía el cual refiere no es necesario un tratamiento por su servicio y que el manejo se debe dar por el área de gastroenterología. De igual manera, el servicio de endocrinología también evalúa a la paciente y le deja como tratamiento dieta 1500 kcal + LAV, insulina NPH 8 UI y el control de glucosa.

Tras la evaluación por estos servicios, en su primer día de hospitalización, la paciente refiere dolor leve en epigastrio y que no puede realizar deposiciones hace tres días. Se inicia tratamiento con omeprazol 40mg ev cada 24 horas, metoclopramida 10 mg ev cada 8 horas, hioscina 20mg ev cada 8 horas,

metamizol 1 gr ev cada 8 horas, dimenhidrinato 50 mg ev cada 8 horas, tramadol ev PRN dolor intenso, insulina NPH 8UI en la mañana y 8UI en la noche e insulina R en escala de corrección. Dextrosa 33% (4 amp) PRN HGT menor a 70 y enema evacuante STAT. Paciente continua en hospitalización y en su día 5 se añade el diagnóstico de D/C ICC, se evidencia cardiomegalia en rayos X de tórax, se solicita electrocardiograma y NT PROBNP. La paciente se encuentra estable, se confirma asimismo el diagnóstico de pancreatitis en fase evolutiva, inicia tratamiento antibiótico, con evolución estacionaria. El tratamiento que se le añade para este día de hospitalización es el de ceftriaxona 2GR cada 24 horas, gabapentina 300 mg VO cada 8 horas, atorvastatina 40 mg vo cada 24 horas. En el día de hospitalización 4 se le añade los estudios por imágenes que se le realizaron a la paciente, donde en la tomografía de abdomen con contraste realizada se evidencia signos tomográficos de pancreatitis con captación heterogénea a nivel de cabeza que sugiere necrosis, se asocia a colecciones peri pancreáticas (índice de severidad tomográfico 6 puntos), hidrops vesicular, pared intestinal engrosada de duodeno y liquido perirrenal izquierdo.

A considerar reactivo de proceso inflamatorio, imágenes diverticulares a nivel de sigmoides. Asimismo, se realizó una ecografía abdominal cuya impresión diagnóstica fue de hepatomegalia asociada a hepatopatía difusa moderada, hidrops vesicular de EAD, meteorismo intestinal marcadamente incrementado, páncreas parcialmente visualizado por interposición gaseosa a nivel de cuerpo mide 16mm, de ecogenicidad conservada. Y en la radiografía realizada se evidencia signos de constipación.

Para el día 10 de hospitalización la paciente aun sigue presentando dolor intermitente en zona de epigastrio , se le añade diuréticos al presentar la cardiomegalia ya descrita en los días anteriores, se encuentra en tratamiento para el día 10 con imipenem 500 mg 2 amp ev cada 8 horas, ranitidina 50 mg ev cada 12 horas, paracetamol 2 tabletas 500 mg cada 12 horas, atorvastatina 40 mg vía oral cada 24 horas, furosemida 40 mg vo cada 24 horas, insulina NPH 8UI mañana y noche , gabapentina 300mg vo cada 8 horas, insulina R en escala de corrección, dextrosa 33% 5amp PRN HGT menor a 70 , nebulizaciones con NACL 0.9% 5cc cada 8 horas, polietilenglicol 17 GR (1 sobre cada 8 horas diluido en medio vaso de agua), aspiración de secreciones a demanda.

Para el día 14 de hospitalización paciente se encuentra más estable a comparación de días anteriores, con funciones normales y con indicación de alta. Paciente de alta con tto: Dieta blanda hipoglucida baja en azucares simples, nebulizaciones con suero fisiológico 5cc en domicilio cada 8 horas, metformina 850 mg cada desayuno y almuerzo, paracetamol 500 mg condicional a dolor y fiebre, atorvastatina 40 mg vo, gabapentina 300 mg vo cada 8 horas.

Caso clínico 8

Paciente masculino de 57 años ingresa por emergencia tras presentar dificultad respiratoria, alteración de conciencia y estado de hiperglicemia. El paciente en aquella oportunidad fue estabilizado y dado de alta. Esto ocurrió 1 semana antes de ingresar por emergencias. Posteriormente, después de haber sido dado de alta, paciente vuelve por emergencia tras presentar disnea, tos productiva, glicemia de 500 mg/dl y alteración de glases arteriales debutando con cetoacidosis diabética. Del mismo modo, en el examen físico que se le realiza en emergencia el paciente presenta a la evaluación sibilantes y crepitantes bibasales, recibiendo el diagnostico de síndrome de distrés respiratorio complicado con cetoacidosis diabética. En emergencia se reciben las pruebas de laboratorio que se realizaron presentando un pH: 7.37, PCO₂: 12.3mm/Hg, HCO₃: 0,7mmO/L, K:4,22 mmOL. Posterior a estabilizarlo ingreso al área de ACE donde permaneció un día siendo finalmente hospitalizado en medicina para continuar con tratamiento y seguimiento.

Antecedentes:

- Patológicos: COVID 19 (2020)
- Diabetes mellitus tipo 2. Desde hace 25 años (tratamiento con metformina 850 mg cada 8 horas)
- Celulitis en miembro inferior derecho, hace aproximadamente 8 años
- Coma diabético hace 2 años
- Antecedentes Quirúrgicos: no refiere
- Hábitos nocivos: no refiere
- Alergias: Ibuprofeno
- Antecedentes familiares.
 - Padre: Fallecido, desconoce causa

- Madre: Fallecida. Diabetes mellitus tipo 2
- Hermanos: 8, dos hermanos difuntos, 6 hermanos restantes aparentemente sanos.
- Hijos: 3, Todos sanos.

Examen físico:

- Piel: Tibia, elástica, húmeda, llenado capilar menor a dos segundos
- TYP: MV pasa disminuido en hemitórax derecho, se auscultan crepitantes en base pulmonar
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, no ingurgitación yugular
- SNC: Despierto, LOTEPE, no signos de focalización EG: 15/15

Diagnósticos principales

- Diabetes mellitus descompensada
- Neumonía basal derecha

Diagnósticos secundarios

- Otitis externa
- Candidiasis oral
- Anemia leve normocítica normocrómica

Tratamiento en emergencia

1. NACL 0,9% 500cc a chorro
2. NACL 0,9% 150 cc hora en bolo de infusión
3. Bicarbonato de sodio 6amp STAT, luego 2 amp cada 8 horas
4. Oxígeno por CBN para saturación mayor o igual a 95%
5. Control de aga y electrolitos en 2 horas
6. CFV + BHE
7. Colocación de sonda Foley
8. Insulina R 6cc

Examen de laboratorio:

- Hemograma: Leucocitos: 9.36/mm³, HB: 11.4 g/dl, plaquetas: 230.00, HCTO: 13.70%, Eosinofilos 0%, Segmentados: 88%, linfocitos 5%.

- Examen de orina: Leucocitos aislados: 1-3 x campo, leucocitos degenerados: ausentes, hematíes: 1-2 por campo, cilindros: ausentes, cetonas +1.
- AGA:PH: 7.34, PCO₂: 24.4 mmHg, PO₂: 79.9 mmHg, HCO₃: 13.5 mmOL, PAFI 380,7 mmHg, Lac: 1.0mmOL, GAP: 17.1 mmOL, NA: 141.2 mmOL, K: 2.62 mmOL, CL: 110.6 mmOL, CA: 1.08 mmOL.

Evolución

Paciente pasa a ACE, se encuentra hemodinámicamente compensado en su 3re día, ventilando espontáneamente, se encuentra con cobertura antibiótica, con buena tolerancia siendo medicado también con insulina, paciente cuenta con BK seriados negativos. Al momento el paciente no se encuentra tributario de manejo por dred crítico. Se encuentra con indicación de pase a observación o hospitalización. Paciente en tratamiento con dieta hipoglucida + LAV, NACL 9% x 1000 + CLK 20% 11p todo ello pasar en 100c en 1 hora. Omeprazol 40 mg ev cada 24 horas, ceftriaxona 2 gr ev cada 24 horas, metoclopramida 10 mg ev cada 8 horas, azitromicina 500 mg vo cada 24 horas, insulina NPH 14 UI SC mañana y 7UI SC noche, metamizol 1g ev PRN temperatura mayor a 38 grados, pase a observación. Paciente es transferido a hospitalización. En su primer día de hospitalización paciente refiere presentar dolor de garganta y dolor de oído. Presenta funciones vitales estables y asimismo presenta glucosa 10PM; 264, 6AM: 192. Laboratorios: Cultivo de esputo: klebsiella pneumoniae BLEE +. Asimismo, paciente es evaluado por otorrinolaringología quien le realiza el diagnostico de otitis externa y candidiasis oral por lo cual deja sugerencias y se solicita la interconsulta a oftalmología para descarte de retinopatía diabética, paciente con evolución estacionaria. En su primer día de hospitalización cuenta con los diagnósticos de: Neumonía basal derecha en tratamiento, otitis externa, candidiasis oral, diabetes mellitus tipo 2: D/C retinopatía y nefropatía, Anemia leve. El RP del paciente es: Dieta hipoglucida (VOL total 1200 CC) en 4 tomas + LAV, omeprazol 40mg ev cada 24 horas, ceftriaxona 2gr ev cada 24 horas, clindamicina 600 mg ev cada 8 horas, n-acetilcisteína 600 mg ev cada 8 horas, B-ipratropio 2 puff x aerocámara cada 4 horas, insulina NPH 12 UI (mañana) / 6UI noche, Insulina R escala móvil, dextrosa 33% (4 amp) PRN si HGT es menor

a 70 MG/DL, higiene oral con clorhexidina. En su día 3 de hospitalización paciente refiere otalgia y leve disfagia en horas de la tarde.

Del mismo modo esa sintomatología se repite en el día 4 pero con menor intensidad, manifiesta realizar deposiciones duras con ligero dolor por lo que se añade fibra en la dieta y lactulosa. Continúa en tratamiento con antibióticos e insulina. En su quinto día de hospitalización paciente no refiere molestias. Paciente al momento se encuentra en buen control de glicemias, por lo cual se decide iniciar el tratamiento con metformina. Es evaluado por otorrinolaringología que indica que debe seguir tratamiento para otitis y retornar por consultorio externo. Paciente se encuentra con evolución favorable y es dado de alta.

CAPITULO II: CONTEXTO EN QUE SE DESEMPEÑO LA EXPERIENCIA

El internado se realizó en el Hospital Nacional Sergio Bernales, ubicado en Lima-Perú, el cual cuenta con excelentes instalaciones, médicos docentes que hacen que la última etapa como estudiantes sea satisfactoria y enriquecedora. La labor del interno de medicina es acompañar al paciente desde su ingreso a la sede hospitalaria, su hospitalización, el seguimiento de cada plan expuestos por los médicos así mismo el aporte de nuestros conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera, además la solvencia emocional para los pacientes.

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

Mediante este capítulo, el objetivo es analizar la metodología que se empleó para el manejo del paciente en la institución de salud, comparándolo con la bibliografía que se tiene al alcance, mediante guías de práctica clínica con relación a la enfermedad que se desarrolla en cada caso, así como también, contrastar con normas técnicas aplicadas por el Ministerio de Salud de nuestro país, teniendo como finalidad presentar un enfoque integral sobre el desarrollo de cada caso y rotación.

3.1 Rotación en Pediatría

En primer lugar, para abordar el primer caso de la rotación de pediatría es importante mencionar que el asma viene a ser una enfermedad de tipo

heterogéneo, cuya característica importante radica en la inflamación crónica de la vía aérea con la presencia de síntomas respiratorios tales como sibilancia, disnea, opresión torácica y tos que en ciertas ocasiones difiere con el tiempo y la intensidad junto a una limitación variable del flujo espiratorio (4).

A partir de ello, podemos mencionar que la exacerbación de un episodio asmático se puede definir como un episodio agudo o subagudo que presenta incremento progresivo de lo que son los síntomas iniciales del asma, que presentan aún más complicación al presentar obstrucción del flujo aéreo (5). Asimismo, podemos presentar que aproximadamente el 20% acude a servicios de urgencia, formando parte de una de las urgencias más solicitadas en el área de pediatría. La afección de la apariencia (fallo respiratorio) y/o la circulación (fallo cardiorrespiratorio) es menos frecuente e indica mayor gravedad (6).

La evaluación fundamental en este tipo de pacientes consiste en enfocarnos en la exploración física y evaluar signos de alarma tales como: apariencia anormal (irritabilidad o somnolencia, dificultad para hablar), preferencia por postura en sedestación, respiración lenta y dificultosa con hipoventilación grave en auscultación. Es de vital importancia la evaluación de la frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno, y si se presenta valores iniciales de SatO₂ < a 92% asociar a mayor riesgo de hospitalización y mayor estancia en urgencias. (6).

En nuestro caso, nuestra paciente es transferida a sala de hospitalización para continuar tratamiento. En su primer día de hospitalización se continua con el manejo con dexametasona 4mg EV c/6 horas, ceftriaxona 2gr EV c/12 horas, NBZ c/ salbutamol 20 gotas + 3.5 cc SF c/4 horas, budesónida 2 puff c/12 horas con aerocámara, levetiracetam 50 mg 1 tb (mañana) 1 ½ tab (noche), clobozam 10 mg 1 ½ tab (mañana y noche), lacozamida 50 mg 3 tab (mañana y noche), O₂ húmedo para saturación ≥ 92 %. El segundo día continua el tratamiento presentando una evolución favorable y continuando en evaluación con funciones vitales estables y presentando buena adherencia al tratamiento con pronóstico favorable.

El síndrome febril por lo general se suele presentar por ser resultado de la exposición del cuerpo a microorganismos infectantes, complejos inmunitarios y otra causa que provoque inflamación (7). De la misma forma es importante

mencionar, que una de las causas a prestar mayor atención en el área de pediatría es la infección del tracto urinario. Al evaluar el aspecto epidemiológico, se encuentra en aumento las infecciones del tracto urinario (84%) y el E. coli es el patógeno bacteriano más prevalente (7). Asimismo, se consideran factores de riesgo anomalías del tracto urinario, la uretra corta, la fimosis en lactantes varones, la disfunción vesical, el estreñimiento y la infestación por oxiuros, además de la instrumentación de la vía urinaria, la vejiga neurógena y las concentraciones bajas de sustancias antibacterianas en la orina (8).

En nuestro caso, la paciente pasa a sala de hospitalización presentando mejora significativa. En su segundo día de hospitalización se recibe resultado de urocultivo presentando E. coli Blee positivo con resistencia a ceftriaxona, se decide cambiar el tratamiento ante este resultado. Se cambia tratamiento a amikacina presentando una mejoría consistente según nos refiere la madre. Paciente evoluciona favorablemente con posibilidades de alta médica.

3.2 Rotación en cirugía general

La peritonitis generalizada es el proceso inflamatorio general o localizado de la membrana peritoneal secundaria a una perforación, irritación química, invasión bacteriana, necrosis local contusión directa, es uno de los diagnósticos más frecuentes de emergencia que puede llevar a conducir a sepsis y posteriormente a la muerte. Se debe realizar el diagnóstico oportunamente y evitar el riesgo de mayores complicaciones (9).

Asimismo, es importante mencionar que la apendicitis aguda presenta como factor principal de desencadenamiento de este proceso a la obstrucción del lumen apendicular por un fecalito o la hiperplasia del tejido linfoide (enfermedades virales, mononucleosis, gastroenteritis) (10).

En nuestro caso, el paciente luego de la operación que se realizó que fue una laparotomía exploratoria + apendicetomía + rafia de perforación sigmoidea + colostomía por diverticulitis aguda hinchey III + perforación sigmoidea + peri apendicitis, cuyos hallazgos fueron secreción purulenta 1500 cc distribuidas difusamente en cavidad , perforación en colon sigmoides a 15 cm de reflexión peritoneal , tercio distal de colon sigmoides y recto sigmoides severamente inflamados, acartonados, aumentados de volumen , congestivos y con múltiples

placas de fibrina , ciego de posición subhepática con apéndice cecal subseroso y con tercio distal retroperitoneal congestiva. El paciente posteriormente pasa a piso de cirugía y su evolución es favorable, curso con episodios febriles los cuales recibieron el tratamiento apropiado y pudo ser dado de alta con evolución favorable.

El traumatismo de hombro genera lesiones en la cual dependemos del mecanismo por el cual se genera el traumatismo y la edad del paciente. Son lesiones que requieren un cuidado minucioso debido a la cantidad de músculos que engloba dicha región del cuerpo (11).

El omoplato es un hueso triangular grande, plano que conecta los huesos del brazo con la columna vertebral y la caja torácica. Cuando ocurre una fractura de omoplato es debida a gran parte a un trauma de alta energía, como accidentes automovilísticos o caídas. El omoplato a menudo sufre fracturas en la parte más delgada del hueso. Esta parte delgada por lo general se mantiene en su lugar gracias a varios músculos y, a menudo, no necesita cirugía. Las partes más gruesas, como la cavidad glenoidea (cavidad del hombro), el acromion o la apófisis coracoides, rara vez se rompen. Las fracturas de la cavidad glenoidea pueden ocurrir con una dislocación de la articulación del hombro (12).

En nuestro caso la paciente sufre un accidente el cual le ocasiona un traumatismo a nivel del hombro a la cual se le realiza una tomografía de hombro en la que se evidencia una fractura de omoplato compleja por lo cual se decide colocar inmovilizador de hombro y analgesia. A su vez la paciente tras haber sufrido una quemadura eléctrica es evaluada por el área de cirugía la cual descarta cualquier procedimiento quirúrgico y es evaluada a su vez por cardiología la cual le realiza un EKG y no se evidencia hallazgos significativos. La paciente pasa a hospitalización, siendo observada por el área traumatología portando un cabestrillo el cual con el transcurrir de los días, se evidencia una mejoría significativa del dolor y dándosele de alta con evolución favorable.

3.2 Rotación en Ginecología

El trabajo de parto prematuro se refiere a la presencia de contracciones uterinas que se evidencian al tacto y presentan frecuencia igual o mayor a 6 contracciones cada 30 min (1/5 min) produciendo modificaciones cervicales tal

es el caso de borramiento del cérvix mayor al 50% y una dilatación de 3cm o más. La sintomatología puede no ser específicos y la exploración clínica del cérvix es subjetiva e inexacta para el diagnóstico temprano de esta entidad, básicamente suelen ser: Percepción de contracciones uterinas regulares, que producen cambios y/o dilatación del cuello uterino, dolor en hipogastrio y/o región lumbar, flujo sanguinolento, sensación de presión en pelvis, constante o rítmica (13).

En nuestro caso, paciente ingresa por emergencia presentando contracciones uterinas de moderada intensidad y frecuencia refiere que iniciaron hace 5 horas. Paciente percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal y niega pérdida de líquido, con funciones vitales conservadas. El servicio de neonatología toma conocimiento de paciente gestante de 36 semanas 4/7 x eco 1re trimestre, en trabajo de parto. Posteriormente paciente pasa a sala de partos, se produce expulsivo, sin complicaciones. Posteriormente se le reevalúa y paciente refiere leve dolor en zona genital y hemiabdomen inferior, se decide enviar a paciente a puerperio. Posteriormente se le aplica analgesia, paciente se encuentra estable, sin complicaciones con evolución favorable y alta con indicaciones.

La preeclampsia es una enfermedad vascular sistémica progresiva e irreversible, caracterizada por un trastorno hipertensivo, y/o proteinuria inducida por el embarazo que se manifiesta clínicamente después de las 20 semanas de gestación. Suele presentarse por una disfunción vascular placentaria y materna y su resolución ocurre después del parto durante un periodo de tiempo variable. Los signos y síntomas que se ocurren son síntomas cerebrales o disturbios visuales (cefalea de novo inicio y gravativa frontooccipital persistente y repentina), visión borrosa, escotomas, luces o chispas parpadeantes. Además: epigastralgia, náuseas/vómitos, ganancia excesiva de peso. Edema repentino de cara, manos y pies (14).

Cuando nos referimos a preeclampsia con criterios de severidad nos referimos a una gestante que presenta la presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y/o presión arterial diastólica ≥ 110 mmHg en al menos 2 ocasiones consecutivas de separación después de 20 semanas de gestación en una paciente previamente normotensa y la nueva aparición de 1 o más de los siguientes criterios

diagnósticos: En ausencia de proteinuria: la presencia inicial de una o más de las siguientes características: Conteo de plaquetas < 100000 , creatinina sérica $> 1,1$ mg/ dL o elevada mayor al doble de su valor normal, TGO y TGP elevadas mayor al doble de sus valores normales o dolor severo y persistente en el cuadrante superior derecho o epigastrio, cefalea de nueva aparición inexplicable por diagnósticos alternativos, edema pulmonar, síntomas cerebrales o disturbios visuales, visión borrosa, escotomas, amaurosis, luces o chispas parpadeantes (14).

En nuestro caso, la paciente gestante de 31 semanas acude referida de consultorio externo con PA: 210/100 mmHg. Se realiza interconsulta con la especialidad de neonatología quien recomendó iniciar maduración pulmonar con corticoide IM en la madre, prolongar gestación y si su condición materna cambia comunicar al servicio para preparación de equipo UCIN. Se realiza interconsulta a trauma shock quien diagnostica riesgo quirúrgico II/IV y recomienda monitorización hemodinámica, transfusión de plaquetas pre-sop y plaqueta control >10.000 ; debido a que nosocomio no cuenta con tal cantidad de hemoderivados se pide apoyo a diversos hospitales. Se solicitó sala de operaciones para cesárea con orden de transfusiones plaquetas. Asimismo, después de realizar evaluaciones, se realiza junta médica, quienes acordaron la realización de cesárea de emergencia debido a riesgo materno de eclampsia, hemorragia, morbilidad materna extrema y neonatales como prematuro de alto riesgo. Se recibió respuesta del Hospital Arzobispo Loayza quien comunica la prestación de hemoderivados, se solicitó nuevo perfil de preeclampsia y se agrega los diagnósticos de prematuridad extrema, morbimortalidad materna extrema, síndrome de hellp parcial con disfunción hematológica, y se solicita interconsulta a los servicios de neonatología y UCI, y es programada para cesárea de emergencia. Se inicia con transfusión de unidades de plaquetas pre-sop y posteriormente ingresa a sala donde se le administra anestesia general con transfusión continua de 3 unidades de plaquetas, se realiza cesárea más ligadura de trompas ver, con los siguientes hallazgos: extracción de recién nacido vivo género masculino, talla 42cm, peso de 1520 gr, Apgar 3 al minuto y 8 a los 5 minutos que fue trasladado al servicio de neonatología, placenta corporal anterior, líquido amniótico claro.

Posterior a la cesárea, es evaluada por la especialidad de gineco-obstetricia evalúa con un PA de 140/80 mmHg, al examen físico de abdomen blando, depresible, RHA presentes, útero contraído por debajo de 1 cm de la cicatriz umbilical, dolor a la palpación profunda en hemiabdomen inferior, herida operatoria sin signos de flogosis, loquios hemáticos escasos sin mal olor, sonda vesical permeable y se añade el diagnóstico de anemia moderada y plaquetopenia. Seguidamente, paciente es transferida a UVM sin hallazgos significativos en la evolución, se le agrega a su tratamiento hematínicos, continua con antihipertensivo, en los siguientes 08 días paciente cursa con evolución estable y es dada de alta.

3.3 Rotación en Medicina Interna

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio agudo del páncreas con afectación variable de otros tejidos regionales y de sistemas orgánicos alejados. Cuando nos referimos a una pancreatitis leve, ocurre en el 80% de los casos, y ocasiona una disfunción orgánica mínima y su recuperación suele ser sin lesiones. La grave, su origen es cursar con insuficiencia orgánica, complicaciones locales o ambos cuadros. Una cuarta parte a un tercio de los pacientes con pancreatitis grave fallecen, con una mortalidad total del 2%-10% (15).

El uso de antibióticos está indicado en pacientes con pancreatitis severa cuando se desarrolla sepsis y/o falla orgánica múltiple, infección extrapancreática o posterior a necrosectomía. Los antibióticos indicados son carbapenémicos, por ejemplo, imipenem 1-4 g/día en tres o cuatro dosis o quinolonas y metronidazol, debido a que tienen adecuada penetración (16).

Cuando hacemos referencia a una necrosis pancreática lo definimos como una o varias áreas, focales o difusas, de parénquima pancreático no viable que se asocia a necrosis de la grasa peri pancreática. El 20% aproximadamente de los casos de pancreatitis aguda presentan necrosis. Esta necrosis puede infectarse hasta en el 20%-50% de los pacientes con pancreatitis necrosante y manifestarse en las dos primeras semanas de evolución. Se han identificado tres subtipos que pueden tener implicaciones clínicas relevantes: necrosis

pancreática organizada, necrosis glandular central y necrosis extra pancreática (15).

Existen a su vez ciertas indicaciones para intervención en necrosis pancreática, si la necrosis es estéril el manejo es conservador y si la necrosis se encuentra infectada se debe correlacionar con el deterioro clínico que suelen presentar. Su diagnóstico se da porque existe gas dentro de la colección o por el procedimiento de punción por aspiración aguja fina. Anteriormente existía el concepto de ser indicación plena y directa la intervención quirúrgica, sin embargo, hoy en día el manejo conservador con antibióticos nos presenta menor tasa de mortalidad y por este motivo su uso retrasa o evita la cirugía (17)

En nuestro caso la paciente cursa con un cuadro de pancreatitis necrosante detectado en el TEM de abdomen con contraste. La paciente ingresa al área de hospitalización la cual es evaluada constantemente por la especialidad de gastroenterología y cirugía, el cual decide emplear el tratamiento farmacológico. Cursa asimismo con el diagnóstico de hepatomegalia asociado a hepatopatía difusa moderada e hidrops vesicular de EAD evidenciado en la ecografía abdominal realizada. La paciente además de presentar estos diagnósticos también presenta hipertensión, diabetes mellitus y es portadora de traqueotomía. Se decide realizar tratamiento antibiótico el cual con el transcurrir de los días evoluciona favorable, evidenciando una mejora en la sintomatología, en el presente caso no se realizó cirugía. La paciente cursa con funciones vitales estables y es dada de alta por el servicio de medicina interna.

La Diabetes mellitus es un trastorno metabólico crónico debido a defectos en la acción (insulinorresistencia) y/o en la secreción de insulina (insulinodeficiencia), caracterizados principalmente por hiperglicemia (18). En la diabetes mellitus tipo 2 se presenta grados variables de resistencia a la insulina asociados a una deficiencia en la producción de insulina. En diferentes momentos de la enfermedad puede predominar uno u otro defecto. Por lo general, el exceso de peso sugiere predominio de resistencia a la insulina mientras que la pérdida de peso sugiere una reducción progresiva en la producción de esta hormona. Aunque este tipo de diabetes mellitus se presenta principalmente en el adulto, su frecuencia está aumentando en niños y adolescentes obesos. El cuadro

clínico por lo general se presenta poliuria, polidipsia, polifagia, prurito corporal y pérdida de peso (descompensación simple). Además, visión borrosa, mareos, micosis corporales, parestesias en etapas iniciales (19).

En el caso de la cetoacidosis diabética el paso inicial para su aparición es la deficiencia de insulina o su ineffectividad debido a situaciones de estrés o sepsis. Esta alteración hormonal conlleva a aumento de la producción de glucosa mediante glucogenólisis y gluconeogénesis, resultando en hiperglicemia, diuresis osmótica, pérdida de electrolitos, deshidratación, disminución de la filtración glomerular e hiperosmolaridad (18).

En nuestro caso el paciente cursa con signos y síntomas de cetoacidosis diabética motivo por el cual acude por emergencia. Es transferido a ACE recibiendo tratamiento y presentando mejoría, seguidamente es transferido a hospitalización. En hospitalización el paciente cursa con cuadros de otitis media y candidiasis oral, que con el tratamiento empleado mejora la sintomatología, así como también se le realiza BK en esputo y cursa con cuadro de neumonía por klebsiella pneumoniae. Recibe tratamiento con insulina y glicemias empiezan a normalizarse en sus días de hospitalización, presentando gran mejoría y por eso se decide dar al paciente de alta.

CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado es un periodo por el que atraviesa cada estudiante de medicina y le permite llevar a cabo las prácticas médicas en un hospital y/o establecimiento de salud, el cual consiste en emplear los conocimientos que se van adquiriendo durante cada año de preparación, sirviendo de utilidad para el posterior desarrollo profesional de cada estudiante.

En el presente año se inició con la rotación de pediatría, en el cual nos enfocamos en recién nacidos, niños y adolescentes. Los casos que llegaban por emergencia eran atendidos en ese sector, y los casos que ameritaban mayor seguimiento o que cursaban con mayor complicación eran derivados a hospitalización, cuidados intermedios pediátricos o cuidados intensivos según el

requerimiento del paciente. La primera rotación fue en el área de pediatría para seguidamente pasar por neonatología.

La segunda rotación que se llevó a cabo fue en cirugía, donde se trataba en su mayoría a pacientes adultos que por lo general acudían a consultas por emergencia o consultorio. Los casos que principalmente llegaban por emergencia ameritaban el pase a sala de operaciones para realizar una cirugía inmediata, mientras que los casos por consultorio, por lo general se coordinaban para realizar cirugías que eran programadas. Lo sobresaliente de esta rotación es formar parte de las cirugías y poder ser parte de la operación ya sea observando o poniendo en práctica los conocimientos con instrucción de residentes y asistentes que nos brindan apoyo para un mejor aprendizaje. Asimismo, en hospitalización, las curaciones que se realizaban a los pacientes también eran de gran apoyo para nuestra formación académica.

La tercera rotación fue en el área de ginecología y obstetricia, donde el centro de atención son las pacientes con problemas ginecológicos, pacientes gestantes con o sin complicaciones. Esta rotación te permite presenciar y formar parte de los partos vaginales y por cesárea, formando parte del equipo que atiende el parto, llevando un correcto control de las gestantes antes del periodo expulsivo. Asimismo, el apoyo que se les brinda a las pacientes puérperas llevando a cabo un correcto masaje uterino y esperando su pronta recuperación, son de vital importancia para la contracción del útero y evitar posteriores sangrados. A su vez, en esta rotación es importante durante la gestación tener en cuenta los signos de alarma ya que nos permite prevenir en gran cantidad las posteriores complicaciones que se puedan presentar. De la misma manera ocurre en pacientes que vienen con problemas ginecológicos las cuales eran evaluadas por los especialistas para su posterior manejo ambulatorio o seguimiento en hospitalización.

La cuarta rotación fue la de medicina interna en la que la evaluación es general en cuanto a pacientes jóvenes, adultos o adultos mayores con diferentes enfermedades, que acuden por atención en consultorio o emergencia. En nuestro hospital, mayormente los pacientes llegaban por emergencia y eran transferidos a sala de hospitalización para su correcto seguimiento y manejo. En

esta rotación es importante tener en cuenta que ante la diversidad de comorbilidades por la que atraviesan los pacientes es necesario formar parte de cada pase de visita porque nos permite enriquecer nuestros conocimientos debido a que en ciertas oportunidades otras especialidades también se encuentran supervisando al paciente que esta nuestro cargo (ya sea para seguimiento o tratamiento) y eso nos permite ampliar el aprendizaje que vamos adquiriendo como interno tras la evaluación que se le realiza y el tratamiento que se emplea.

La última rotación fue llevada a cabo en un centro de salud, en el cual se dividió en emergencias y área de tuberculosis. En el servicio de tuberculosis, los pacientes llegaban para recojo de medicina y para evaluación a cargo del especialista. Mientras que, en el servicio de emergencias, solían acudir pacientes de todas las edades que eran evaluados por los responsables de emergencia y si ameritaban un manejo más complejo eran referidos al hospital mas cercano. El primer nivel de atención también nos hacía formar parte de campañas que ayudan a la promoción y prevención de enfermedades y que a su vez fomentan un mejor cuidado del paciente en cuanto a lo que concierne su salud.

Finalmente, todo lo que se aprendió durante esta etapa de internado involucro a residentes y asistentes de cada especialidad, que nos instruyen continuamente para obtener una mejor experiencia y aprendizaje de lo que es la carrera de medicina humana para en un futuro poner en práctica la evaluación y tratamiento de los pacientes que tengamos a nuestro cargo.

V. CONCLUSIONES

1. El internado es el año de estudios más importante porque nos permite afianzar el aprendizaje ya adquirido y necesario para poner en práctica los conocimientos teóricos y así tener una mejor calidad de atención futura con nuestros pacientes.
2. El aprendizaje y enseñanza es integral, permitiéndonos tener un enfoque correcto y apropiado de lo que es la medicina integral.
3. La rotación en los centros hospitalarios es fundamental en la práctica médica, debido a que se está en constante entrenamiento tanto teórico como práctico, donde el interno de medicina tiene la función de evaluar de forma integral al paciente y durante el pase de visita que se realiza con los médicos asistentes y médicos residentes él tiene la función de presentar de forma evolutiva al paciente; asimismo, participa en discusión y revisión de casos clínicos, juntas médicas, trabajos de investigación y en la presentación de seminarios donde se exponen los temas más comunes de cada rotación, donde hay una interacción enriquecedora junto al médico tutor y compañeros; por ello, es de suma importancia y beneficio esta última etapa de la carrera universitaria.
4. La rotación que se realiza en un centro de salud es de vital importancia para el posterior desarrollo de lo que es el SERUMS (servicio rural y urbano marginal de salud). Nos permite tener conocimiento de las enfermedades más comunes que acuden a un centro de salud y asimismo evidenciar los planes de trabajo que el centro de salud realiza para fomentar la promoción y prevención de enfermedades.
5. El internado es la práctica preprofesional en la cual nos capacitamos de manera correcta para tener un mejor desempeño en nuestra vida profesional, habiéndose obtenido el título de médico cirujano y la colegiatura.

6. El aprendizaje que se adquiere en el hospital y centro de salud en donde se realiza el internado es en gran parte al apoyo que nos brindan los médicos residentes y médicos asistentes para poder realizar de manera apropiada las funciones y poder tener un correcto manejo de nuestro paciente.

VI. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda poner a disposición mayor cantidad de sedes hospitalarias para llevar a cabo el internado médico. De esta manera, permite al interno poder escoger su sede hospitalaria en sedes de mayor complejidad tanto en ESSALUD como en el MINSA
2. Se recomienda regresar a la misma cantidad de horas y meses que se realizaba el internado antes de la pandemia por COVID19, con el apoyo de la normativa legal, que permita tener más cantidad de horas en guardias diurnas y nocturnas.
3. Se recomienda el cumplimiento constante de las horas académicas con la supervisión y participación del médico tutor y residentes, así como en el aporte del interno de medicina en la discusión de casos clínicos, juntas médicas, trabajos de investigación, revisión de casos clínicos, etc.
4. Se recomienda al ministerio de salud que brinde a los internos de medicina los equipos necesarios de bioseguridad para evitar infecciones o enfermedades intrahospitalarias.
5. Se recomienda que las rotaciones que se realicen en el primer nivel de atención sigan continuando, esto permite que el interno pueda socializar con la población y poder desarrollar labores en conjunto para la prevención y promoción de enfermedades

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Chinchay Ruesta SA, Burga AG, Peña-Sánchez ER. Internado médico: una difícil elección. *Investigación en Educación Médica* [Internet]. 2017 Jan 1;6(21):65–6. [citado 2025 enero 5]. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-internado-medico-una-dificileleccionS2007505716300369#:~:text=El%20internado%20m%C3%A9dico%20es%20indispensable%20para%20integrar%20y>
2. M R, M R, Syr Salas Perea, Ramón, Rodríguez-Orozco, Alain R. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano. *Educación Médica Superior* [Internet]. 2019;21(4). [citado 2025 enero 5]. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412007000400005
3. Rivas A. DURANTE EL INTERNADO DE MEDICINA SE FORMAN LOS ASPECTOS ACADÉMICOS Y ÉTICO-MORALES [Internet]. Colegio Médico del Perú - Consejo Nacional. 2022. [citado 2025 enero 6]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/durante-el-internado-de-medicina-se-forman-los-aspectos-academicos-y-etico-morales/>
4. Subunidad de atención integral especializada pediátrica y subespecialidades, Neumología pediátrica. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del asma [Internet]. Ministerio de salud. 2023. [citado 2025 enero 8]. Disponible en: <https://portal.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2024/GPC%20Asma%202023%2004%201F.pdf>
5. Adolescentes N. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA CRISIS ASMÁTICA [Internet]. 2023. [citado 2025 enero 8]. Disponible en: https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2024/01/GPC_Asmapediatria_Version-corta.pdf
6. Calzón N, Fernández J. Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en Urgencias [Internet]. 2020. [citado 2025 enero 9]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/04_crisis_asmatica.pdf

7. Unidad de atención integral especializada- servicio de emergencia. Guía de práctica clínica de diagnóstico y manejo de la fiebre en el paciente pediátrico [Internet]. Ministerio de salud. 2023. [citado 2025 enero 9]. Disponible en: <https://portal.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2023/GPC%20Fiebre.pdf>
8. Marco R, Daza A, Serra J. 5 Infección urinaria en el niño (1 mes-14 años) [Internet]. AEPED. 2008. [citado 2025 enero 9]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/5_4.pdf
9. Becerra Coral LE, Gomez Ceron LN, Delgado Bravo AI. Peritonitis manejada por laparoscopia como método terapéutico eficaz. Revista de Gastroenterología del Perú [Internet]. 2018 Jul 1;38(3):261–4. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292018000300007
10. Llerena del rio H, Londoño Moreno O. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda. Hospital de emergencias villa esl salvador [Internet]. [citado 2025 enero 9]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3435747/10.%20gu%C3%ADa%20para%20el%20diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20de%20apendicitis%20aguda.pdf.pdf>
11. Castel É, Benazet JP. Fracturas y traumatismos del hombro. EMC - Tratado de Medicina [Internet]. 2002 Jan 1;6(2):1–7. [citado 2025 enero 13]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636541002701888>
12. Fractura de Escápula/Omóplato (Hombro Roto) [Internet]. Orthopaedic Trauma Association (OTA). 2025. [citado 2025 enero 12]. Available from: <https://ota.org/for-patients/find-info-body-part/spanish/6129sp#/+/0/score>
13. Yaranga Abregu J, Leyton Valencia I, Urbina Gordillo C, Calderon Rivera M, Fernandez Navarro M. Guía técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la amenaza de parto prematuro y parto prematuro. Cdn Ministerio de salud [Internet]. .2024. [citado 2025 enero 12]. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6687622/5807406-rd-191-2024-dg-hsr-minsa.pdf>

14. Arias Morales L, Delgado Salazar J, Vega Cabrejos L, Alejos Cano H, Espinoza Tarazona K, Caballa E, Rivera Moron P. Guia técnica guía de practica clínica para el diagnostico y tratamiento de la preeclampsia para el servicio de obstetricia. Ministerio de salud Hospital Maria Auxiliadora [Internet]. 2024. [citado 2025 enero 12]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/7023510/6048728-r-d-n-277-2024-hma-dg.pdf>
15. de D. RAPD Online | Sociedad Andaluza de Patología Digestiva [Internet]. Sapd.es. 2024. [citado 2025 enero 13]. Disponible en: <https://www.sapd.es/rapd/2010/33/5/01>
16. Velázquez de la Vega R, Cárdenas Lailson LE, Velázquez de la Vega R, Cárdenas Lailson LE. Pancreatitis aguda y necrosis pancreática: conceptos actuales y tratamiento. Cirujano general [Internet]. 2017 Sep 1;39(3):147–51. [citado 2025 enero 13]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992017000300147
17. Pinto Valdivia J, Espinoza Rios J. Guia de practica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda en pacientes adultos. Resolucion directoral [internet]. 2017 agosto. 2025 [citado 2025 enero 13]. Disponible en: <https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/2017/09/RD-351080917.pdf>
18. Davila Uriarte A, Jimenez Martel S, More Saldaña L, Suarez Rojas J. Guia Tecnica: Guia de practica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 Resolución Directoral [internet]. 2024 julio. Disponible en: [_https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6921589/5974527-rd-203-2024-dg-hsr-minsa.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6921589/5974527-rd-203-2024-dg-hsr-minsa.pdf)
19. Arnold Rodríguez M, Arnold Domínguez Y, Alfonso Hernández Y, Villar Guerra C, González Calero TM. Pesquisaje y prevención de la diabetes mellitus tipo 2 en población de riesgo. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología [Internet]. 2012 Dec 1;50(3):380–91. [citado 2025 enero 9]. Disponible: en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000300012